Marcelo José de Souza e Silva

O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber
Coorientador: Prof. Dr. André Mota

São Paulo

2017

Marcelo José de Souza e Silva

O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber
Coorientador: Prof. Dr. André Mota

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Marcelo José de Souza e

O conceito de saúde na saúde coletiva : contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade / Marcelo José de Souza e Silva. -- São Paulo, 2017.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Coorientador: André Mota.

Descritores: 1.Saúde coletiva 2.Formação de conceito 3.Saúde 4.Trabalho
5.Corpo humano 6.Conhecimento 7.Medicina 8.Saúde pública

USP/FM/DBD-119/17

NOME: SILVA, Marcelo José de Souza e

Título: O conceito de Saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Qualquer produto do trabalho humano é concebido tendo como base toda a humanidade por trás dele, pois todo objeto fruto do trabalho humano, mesmo que realizado por um único indivíduo, é um objeto social, fruto da sociabilidade humana e tudo que foi produzido por ela. Dessa forma, essa tese só existe devido à essa sociabilidade, o que torna difícil fazer agradecimentos, já que, de forma direta ou indireta, diversas pessoas participaram da elaboração desse estudo. Entretanto, algumas pessoas participaram de forma mais próxima e, mesmo que com toda a humanidade como base, sem elas esse trabalho não teria saído do mundo das ideias.

Agradeço imensamente à Lilia por ter aceitado me orientar neste trabalho e que nesses quase 4 anos que passamos juntos discutindo sobre o que é o conceito de saúde, aprendi muito sobre como ser um bom pesquisador e um bom orientador e realmente ajudar alguém com menos experiência, sobre como me portar quando aparecem as divergências e também as igualdades de pensamento, de agir sempre disposto a ajudar, lendo atentamente os textos, respondendo aos e-mails rapidamente, ou seja, realmente orientar um estudante. Levo essa experiência para a vida, já replicando o possível com meus atuais orientados.

Ao Guilherme e Rogério, que interviram junto à Lilia para que ela aceitasse conversar comigo e, conseqüentemente, aceitasse me orientar e que, como colegas de trabalho, têm me ajudado nos desafios da docência.

Ao André, que aceitou me coorientar e que trouxe outras perspectivas para dentro do estudo, além de sempre me receber de forma muito carinhosa no Museu, juntamente com a Graça, o Gustavo e o Clebison.

À Vivian e ao Yuri, que me ajudaram a enfrentar São Paulo, tanto nas conversas (principalmente nas reclamações) quanto em infraestrutura, que se tornaram grandes amigos que espero levar para a vida toda.

À Lilian por me acompanhar em todos esses anos e me apoiar e que, se tivéssemos nos aproximado alguns meses mais tarde, eu provavelmente não seria o que sou hoje.

À Lígia e à Maria, que me deram as bases marxistas com as quais eu também não seria o que sou hoje, além de todo carinho e amizade, que, mesmo um pouco mais longe hoje em dia, não diminuíram.

Ao meu círculo de amigos mais próximos, Rhayane, Jamile, Patrícia e Mozart, com quem divido as alegrias e as tristezas da vida.

E ao meu pai e minha mãe, que sempre me apoiaram em tudo que faço e que espero conseguir atender suas expectativas.

Um marxista-historiador nunca diria: “história marxista da Rússia”. Consideraria que isto se depreende dos próprios fatos. “Marxista” é para ele sinônimo de “verdadeiro, científico”; não reconhecemos outra história a não ser a marxista. E para nós a questão deve ser formulada assim: nossa ciência se tornará marxista na medida em que se tornar verdadeira, científica; e é precisamente à sua transformação em verdadeira, e não a coordená-la com a teoria de Marx, que nos dedicamos.

Lev Semenovitch Vigotski

Eritis sicut Deus, scientes bonum et malum.
Mefistófeles (*Fausto I*, Johann Wolfgang von Goethe)

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	12
2. A SAÚDE COLETIVA	14
2.1. AS BASES HISTÓRICAS E O MOVIMENTO DA SAÚDE COLETIVA.....	14
2.2. A SAÚDE COLETIVA COMO CAMPO CIENTÍFICO CRÍTICO.....	33
3. O CORPO: BASE SOCIAL DA MEDICINA DO INDIVÍDUO	42
3.1. A EXPRESSÃO SOCIAL DO CORPO NO CAPITALISMO	44
4. O CONCEITO DE SAÚDE NA SAÚDE COLETIVA: A NÃO CONCEITUAÇÃO	53
4.1. O CONCEITO NO SENSO COMUM	54
4.2. TRABALHO: ATIVIDADE TELEOLÓGICA DO SER HUMANO.....	58
4.3. CONCEITO: A DIALÉTICA DO ABSTRATO E DO CONCRETO	62
5. O CONCEITO DE SAÚDE NA SAÚDE COLETIVA: A POLISSEMIA	72
5.1. A ANÁLISE EMPÍRICA DO CONCEITO DE SAÚDE E DA TOMADA DO CORPO NA SAÚDE COLETIVA	72
5.1.1. A saúde como noção	76
5.1.2. A saúde como lema.....	82
5.1.3. A saúde como construções conceituais em curso.....	85
5.1.4. A tomada do corpo na construção do conceito de saúde	89
5.2. APROXIMAÇÕES PARCIAIS DA ESSÊNCIA DO OBJETO SAÚDE.....	90
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
7. ANEXOS	96
8. REFERÊNCIAS	99

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
CEBES	CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
CSC	CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA
CSP	CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
EUA	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
RBE	REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA
RBSMI	REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL
RBSO	REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL
RSB	REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA
RSP	REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA
RSUS	REVISTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SD	SAÚDE EM DEBATE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SS	SAÚDE E SOCIEDADE
TES	TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Número total de artigos da base Scielo por descritores, Brasil, 2016	73
Quadro 2 – Número final de artigos que conceituam saúde de forma ampla, Brasil, 2017	73
Quadro 3 – Número de estudos, por tema central do artigo	75
Quadro 4 – Tipos de definições de saúde encontrados.....	76
 Gráfico 1 – Número de artigos que delimitam o conceito de saúde por período de tempo, segundo periódico científico de publicação, Brasil, 2017	 74

RESUMO

Silva MJS. **O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade** [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

A presente pesquisa teve como objetivo compreender qual é o conceito de saúde dentro da Saúde Coletiva, por ser o espaço, hoje em dia, em que se concentram as abordagens e pesquisas críticas sobre saúde – consideramos, portanto, o espaço mais desenvolvido na discussão sobre a saúde, contendo o mais desenvolvido até então sobre o assunto –, além de ser o espaço que abarca as análises críticas em relação à construção biomédica da Medicina e que busca tecer outras relações entre saúde e sociedade. Nossa análise parte do marxismo como referencial teórico, tanto para definir o que é um ‘conceito’, quanto para compreender o pensamento crítico da Saúde Coletiva que buscou compreender a medicina e sua conceituação de doença enquanto prática do social, o que nos permitiu, igualmente, reconhecer o engajamento da produção desse campo na crítica a uma definição que reduza biomedicamente saúde a um corpo não patológico. Como pesquisa empírica, usou-se um corpo documental, contendo produção bibliográfica que foi selecionada a partir da base de dados Scielo, por concentrar os principais periódicos que reúnem publicações da Saúde Coletiva enquanto área de conhecimento. Dessa forma, delimitou-se aos 12 periódicos considerados pela CAPES como sendo da área Saúde Coletiva. Para as buscas foram utilizados de forma isolada os seguintes descritores: ‘conceito de saúde’, ‘determinação social do processo saúde-doença’ e ‘saúde global’. E, a seguir, outros descritores afins do tema foram utilizados de forma cruzada, sendo eles: ‘processo saúde-doença’, ‘promoção da saúde’ e ‘qualidade de vida’, cruzados com ‘conhecimento’, ‘produção científica’, ‘práticas de saúde’ e ‘serviços de saúde’. Não houve restrição quanto ao ano de publicação, sendo incluídos todos os artigos encontrados, de 1978 a 2016, resultando em 264 artigos. A partir dos resumos foram selecionados 65 artigos para leitura integral, buscando aqueles artigos que apresentaram definição sobre o que é saúde, o que resultou em 34 artigos que tratavam, de alguma forma, o conceito de saúde, mesmo que não fosse o objeto principal do trabalho. O período de publicação encontrado foi entre os anos de 1991 e 2015, concentrado, sobretudo, a partir do ano 2005, não sendo encontrado nenhum artigo nessa condição em 04 dos 12 periódicos examinados. Como conclusão, identificamos ao menos 03 distintas modalidades de definições, que variaram tanto na base referencial usada para apreender e analisar realidades empíricas concernentes à saúde, quanto na conceituação de social que poderia estar nessa análise, também se identificando que os artigos mais oscilaram entre uma produção estritamente descritiva dessas realidades empíricas e ensaios estritamente teóricos, do que produzirem um particular concreto (empírico) pensado com base na definição de social eleita.

Descritores: saúde coletiva; formação de conceito; saúde; trabalho; corpo humano; conhecimento; medicina; saúde pública.

ABSTRACT

Silva MJS. **The concept of health in collective health: contributions from social and historical critique of the taking of the body and its illness in medicine of modernity** [Thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

The objective of this study was to understand the concept of health within Collective Health. This is the space, nowadays, where are concentrated critical approaches and research about health – we consider, therefore, the most developed space in the discussion about health, containing the most developed until now on the subject. It is also the space that encompasses critical analyzes in relation to the biomedical construction of Medicine and that seeks to weave other relations between health and society. Our analysis starts from Marxism as a theoretical reference, both to define what is a ‘concept’ and to understand the critical thinking of Collective Health that sought to understand Medicine and its conception of illness as a social practice, which also allowed us to recognize the engagement of the production of this field in the critique of a definition that biomedically reduces health to a non-pathological body. As empirical research, a documentary body was used, containing bibliographic production that was selected from Scielo database, by concentrating the main journals that bring together Collective Health publications as a knowledge area. Thus, it was delimited to the 12 periodicals considered by CAPES as being of the Collective Health area. For the searches, the following descriptors were used in isolation: ‘health concept’, ‘social determination of the health-disease process’ and ‘global health’. And then, other related descriptors of the theme were used in a cross-way: ‘health-disease process’, ‘health promotion’ and ‘quality of life’ crossed with ‘knowledge’, ‘scientific production’, ‘health practices’ and ‘health services’. There were no restrictions on the year of publication, and all papers found were included, from 1978 to 2016, resulting in 264 papers. From the abstracts, 65 papers were selected for full reading, searching for the ones that presented a definition about what is health, which resulted in 34 papers that somehow treated the concept of health, even if it was not the main object of the study. The period of publication was between 1991 and 2015, with a focus mainly from the year 2005 onwards, and no papers in this condition were found in 04 of the 12 journals examined. As a conclusion, we identified at least 03 different modalities of definitions, which varied both in the referential basis used to apprehend and analyze empirical realities concerning health, and in the conceptualization of social that could be in this analysis. We have also identified that the papers oscillated between a production that was strictly descriptive of these empirical realities and strictly theoretical essays, rather than to produce a concrete (empirical) thought based on the elected definition of social.

Descriptors: collective health; concept formation; health; work; human body; knowledge; medicine; public health.

1. INTRODUÇÃO

O tema *conceito de saúde* tem sido uma questão há alguns anos, que se apresentou inicialmente durante o mestrado, cujo tema central era a educação farmacêutica. Naquele período foi realizada uma análise das contradições do ensino brasileiro de Farmácia, tendo como base empírica tanto as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Farmácia, instituídas em 2002, quanto o currículo de 2013 do curso da Universidade Federal do Paraná. Uma das contradições evidenciadas foi a falta de conceituação do que é saúde, tanto no currículo em si, quanto nos outros documentos estudados. Nos textos se falava em formar um profissional da saúde, através de um ensino voltado para a saúde, mas nunca se especificava, nunca se explicitava o que o termo significava. Naquele momento foi possível apenas desenvolver de forma breve uma crítica a essa situação, pois como este não era o objeto de análise, não se pode aprofundar adequadamente o tema, sendo possível fazê-lo neste momento.

A partir disso, verificou-se que esse uso do termo saúde sem uma definição precisa não estava restrito aos documentos de uma parte específica da área, mas presente nela como um todo e, mais ainda, parecendo haver uma disputa em torno do que é saúde. Assim, buscamos compreender qual é o conceito de saúde. Para isso, a presente pesquisa teve como recorte esse conceito dentro da Saúde Coletiva, por ser o espaço, hoje em dia, em que se concentram as abordagens e pesquisas críticas sobre saúde – consideramos, portanto, o espaço mais desenvolvido na discussão sobre a saúde, contendo o mais desenvolvido até então sobre o assunto –, sendo o espaço que abarca as análises críticas em relação à construção biomédica da Medicina e buscando tecer outras relações entre saúde e sociedade. Deixamos claro que não pretendemos tomar a Saúde Coletiva em si, mas como expressão das contradições existentes na sociedade que a engendrou, a sociedade capitalista. Dessa forma, partimos dela como recorte buscando compreender quais as leis gerais e as contradições existentes desse objeto saúde na sociedade capitalista. Nossa análise parte de pesquisa documental, de artigos da área, como base para uma análise crítica da possibilidade de existir um conceito de saúde e, existindo, como ele se explicita. Para isso, partimos do marxismo como referencial teórico, enquanto base teórica que se compromete com a busca pela verdade (enquanto conhecimento da realidade), sendo a prática social e histórica o critério para verificar se esse conhecimento

é verdadeiro ou não; além de tomar uma posição na luta de classes, de estar ao lado da classe trabalhadora na luta contra a divisão da sociedade em classes, a luta contra a propriedade privada dos meios de produção, a luta contra a exploração do ser humano (trabalhador) pelo ser humano (capitalista) e uma perspectiva da revolução, a superação da sociedade atual.

A partir desse referencial, buscamos então realizar uma análise crítica de como tem sido tomado o objeto *conceito de saúde* na Saúde Coletiva, buscando, a partir do referencial citado, enriquecer o debate dentro da área. Em uma primeira abordagem, vemos que, por um lado, há autores que parecem advogar não ser possível estabelecer um conceito de saúde, por este ser um elemento muito complexo da realidade; por outro lado, podemos observar uma grande diversidade de temáticas que os pesquisadores conectam com esse termo. Observa-se, portanto, à primeira vista, uma aparente polaridade: o da *não-conceituação* e o da *polissemia*.

Dessa forma, nosso primeiro passo é discutir, no capítulo 2, o que é a própria Saúde Coletiva, quais são suas bases históricas e em que se constitui seu pensamento crítico, para que seja possível depois analisar como se define saúde em consonância com esse pensamento. No capítulo 3, falaremos sobre o corpo humano, sede individual da saúde-doença, como base para compreender se nas definições existentes dentro da Saúde Coletiva, existe uma superação ou não do entendimento do corpo máquina vigente até então dentro da Medicina. Isso nos permitirá apreciar quais as modalidades de relações que os estudos acerca da saúde estabelecem com a Medicina, lembrando que uma das questões do pensamento da Saúde Coletiva foi a crítica ao isolamento da Medicina ante o social, formulando no conceito de ‘integralidade’ possíveis vias de integração entre ambos. No capítulo 4 discutiremos o que é um conceito do ponto de vista teórico aqui adotado, para que possamos ter caminhos interpretativos para compreender as modalidades de estudos realizados e no capítulo 5 apresentamos os resultados da pesquisa empírica sobre como tem sido definido ‘saúde’ na Saúde Coletiva e a discussão das várias definições existentes frente aos referenciais adotados e trabalhados nos capítulos anteriores.

2. A SAÚDE COLETIVA

Hoje em dia o movimento crítico de Saúde no Brasil tem enfrentado grandes revezes, principalmente no que concerne à Saúde Pública e sua instituição provedora, o Sistema Único de Saúde (SUS). Muitos consideram a Saúde Pública enquanto política de Estado (capitalista) e que, portanto, visa somente a manutenção deste modo de produção; tantos outros consideram a Saúde Pública esgotada, não conseguindo cumprir as tarefas históricas a que se propôs; dessa confusão, surge o movimento chamado Saúde Coletiva, que hora é interpretado como uma Nova Saúde Pública, em outros momentos como sinônimo desta última, e hora entendido como algo novo.

A Saúde Coletiva tem se mostrado como um movimento aglutinador da área da Saúde, tanto durante quanto após a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e após o surgimento do SUS, encontrando-se em seu escopo diversos outros: políticos, acadêmicos, profissionais. Por isso sua importância para a área da Saúde, e por isso também a importância de compreender como o conceito de saúde tem sido tratado dentro da própria Saúde Coletiva.

Para isso, é mister entender, primeiramente, o que é a Saúde Coletiva, através da análise crítica dos documentos que contam sua história. Estamos, portanto, trabalhando com uma história já narrada por esses autores, e a partir dela buscamos, quando possível, complementar as análises já realizadas, ao mesmo tempo buscando expor aqui a análise de cada autor. Isso se refletirá, no texto, em divergências, como a diferença na análise dos autores quanto ao exato surgimento da Saúde Coletiva, quais foram suas bases principais, entre outros. Pretendemos, ao final, expor nossa própria versão do que é a Saúde Coletiva e, com isso, enxergar de onde veio, o que é, e, quiçá, para onde vai esse movimento.

2.1. AS BASES HISTÓRICAS E O MOVIMENTO DA SAÚDE COLETIVA

Segundo Schraiber (2015), a Saúde Coletiva seria uma construção que pode ser caracterizada como brasileira, pela sua peculiaridade em entrelaçar o campo científico com a política pela redemocratização do Estado durante a ditadura militar, culminando na integração entre a Reforma Sanitária e a reforma da Medicina, com base no princípio

da integralidade em saúde, que é incorporado pela característica da utilização de diversas disciplinas, mas em especial das ciências sociais e humanas e da filosofia na construção desse campo. Para tal, busca cunhar conceitos críticos da biomedicina, também chamada por Donnangelo (1983, p. 21) de “medicina ‘do indivíduo’”, tais como ‘determinantes sociais do adoecimento’ e ‘integralidade’, neste último postulando a integração da medicina com o social. Esse aspecto é reiterado tanto em Osmo e Schraiber (2015), quanto em Paim e Almeida Filho (1998, p. 310), quando apontam para a necessária “superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico”.

Entretanto, apesar de surgir no final do século XX em um país específico, acreditamos, assim como os autores estudados, ser possível retomar as bases para sua origem no século anterior, principalmente no período que sucede a Revolução Industrial, pois é nesse momento histórico que surgirá a Saúde Pública, enquanto intervenção do Estado no campo da Saúde, e a Medicina terá se modernizado, se transformado totalmente, tornando-se uma prática ajustada à sociedade capitalista; e, posteriormente, a Saúde Coletiva buscará fazer a crítica e superar exatamente esses dois movimentos.

Seguindo essa linha de raciocínio, Paim e Almeida Filho (1998; 1999) afirmam que as origens históricas (e não o surgimento propriamente dito) da Saúde Coletiva se encontrariam nos discursos sociais doutrinários sobre saúde que surgiram a partir da segunda metade do século XVIII, como forma de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos, sendo a boa saúde circunscrita à esfera moral ou a uma Política Médica de Estado. Esse disciplinamento se faz necessário, pois o corpo adquire novo significado social, de “estrutura anatomofisiológica” (Schraiber, 1989, p. 67) – diferente dos modos de produção anteriores –, mas uma estrutura em meio a relações sociais reificadas, uma estrutura que possui determinados usos sociais, um corpo que se expressa enquanto força de trabalho, “cuja manutenção e recuperação é central na garantia de sua atividade produtora”, ou seja, “adquire o significado de um valor de uso para o capital” (Schraiber, 1989, p. 69).

O disciplinamento dessa força de trabalho mercadoria se deu de diversas maneiras, como uma nova educação (a escola passa a ser o local de educar), uma nova higiene, uma nova moral, entre outros. Nas palavras de Thompson (2015), buscou-se também criar uma nova cultura que permitisse a consolidação do novo ritmo de trabalho advindo da Revolução Industrial – que deve se pautar pela máquina da indústria –, como,

por exemplo, substituição do trabalho por empreitada pelo remunerado semanalmente, fazendo com que o trabalhador tivesse que ficar determinadas horas e determinados dias trabalhando nas fábricas para conseguir o necessário para sobreviver. Segundo Rubin (2014, p. 45):

As medidas brutais contra a vagabundagem e as leis determinando o valor máximo dos salários foram tentativas dos governos da época de converter esses elementos sociais desclassificados numa classe disciplinada e obediente de trabalhadores assalariados, que, por uma ninharia, ofereciam seu trabalho a um jovem e crescente capitalismo.

Além disso, como mostra Rubin (2014), nessa época os economistas clássicos, buscando decifrar o funcionamento da sociedade capitalista, chegam à conclusão de que o trabalho é o gerador de riqueza (Adam Smith) e de que o aumento nos salários gera uma queda nos lucros (David Ricardo), sendo o lucro conseguido nas últimas horas da jornada de cada dia. Com base nessas conclusões, os capitalistas buscam sempre aumentar cada vez mais a jornada de trabalho, mantendo o salário o mais baixo possível (o mínimo necessário para o trabalhador sobreviver fisicamente), pois entendem que quanto maior a jornada e menor o salário, maior o lucro¹.

Segundo Hobsbawm (2011a), a expansão industrial nessa época – principalmente, nesse primeiro momento, a indústria algodoeira – não ocorreu de forma linear, levando até mesmo à primeira crise geral do capitalismo no final da década de 1830 e início da década de 1840, tendo como consequências mais sérias questões sociais, como o aumento da miséria e do descontentamento, levando à eclosão de revoluções em 1848 no continente europeu. Segundo Thompson (2015, p. 294):

A primeira geração de trabalhadores nas fábricas aprendeu com seus mestres a importância do tempo; a segunda geração formou os seus comitês em prol de menos tempo de trabalho no movimento pela jornada de dez horas; a terceira geração fez greves pelas horas extras ou pelo pagamento de um percentual adicional (1,5%) pelas horas trabalhadas fora do expediente. Eles tinham aceito as categorias de seus empregadores e aprendido a revidar os golpes dentro desses preceitos. Haviam aprendido muito bem a sua lição, a de que tempo é dinheiro².

¹ Marx (2013) mostrará que o trabalho gera riqueza a partir da exploração do trabalhador, pois o salário não corresponde ao todo produzido por ele, com o excedente, o mais-valor, ficando com o capitalista. Dessa forma, mesmo diminuindo a jornada, é possível aumentar a extração de mais-valor através da intensificação do trabalho, possibilitando um aumento do lucro do capitalista.

² E tempo realmente é dinheiro, pois o valor de uma mercadoria é quantificado pelo tempo socialmente necessário para sua produção (Marx, 2013).

Mesmo existindo o enfrentamento por parte dos trabalhadores, a organização capitalista de produção da vida conseguiu de forma externa e interna a fazer com que os trabalhadores e toda a produção da vida se organizassem a partir do tempo da fábrica, do tempo da máquina.

Conforme Vieira-da-Silva *et al.* (2014), apenas no mercantilismo e com o desenvolvimento do Estado moderno teria sido possível a instituição de uma medicina de Estado, assim como uma sistematização das informações populacionais para formulação de recomendações de saúde a nível nacional. Isso ocorre, pois antes do modo de produção capitalista, o modo de produção feudal era organizado de forma estratificada, com o camponês vivendo em regime de servidão ao senhor, dono da terra a que o indivíduo pertencia, sendo obrigado a fornecer a maior parte de sua produção como tributo, baseado em uma legitimidade religiosa ou genealógica. O senhor, por sua vez, devia suserania e ajuda militar quando necessária a um senhor feudal mais poderoso (ou seja, aquele que possuía mais terra, pois o modo de produção era fundiário); esse senhor, suserania a um outro, e assim por diante, sendo que o último senhor da cadeia diferia do primeiro não em tipo, mas em grau. Sendo a terra a fonte de riqueza e como ela não aumenta naturalmente, os senhores feudais – e, conseqüentemente, o regime feudal – dependiam da guerra para re-dividir as terras existentes, aumentando e diminuindo o poder senhorial (Anderson, 2013). “Guerra não era o ‘esporte’ dos príncipes, era o destino deles” (Anderson, 2013, p. 32, tradução nossa), ou seja, o movimento dos senhores feudais era sempre em direção à guerra para aumento da área de terra dominada, fazendo com que seus esforços e deveres estivessem voltados para essa tarefa, com a manutenção da saúde não consistindo enquanto uma obrigação do senhor para com seus servos.

Com o surgimento do capitalismo, e a força de trabalho se tornando uma mercadoria, um valor de uso para o capital, se fez necessária a criação de um outro instrumento de dominação da classe dominante, o Estado, para atender as novas relações sociais que estavam surgindo³. De acordo com Mascaro (2015, p. 57):

³ Isso não significa que antes do capitalismo não existiam instrumentos de dominação de classe, entretanto, esses instrumentos eram (e precisavam ser, pois não existia igualdade entre os indivíduos) pessoais e imediatos. “Em sociedades pré-capitalistas, o poder político, de variados modos, estava ligado imediatamente aos exploradores econômicos. Tal imposição política direta se baseia em liames de escravidão ou servidão, sustentados pela força, pela posse contígua e não circulável dos meios de produção ou pela tradição” (Mascaro, 2015, p. 57). Somente com o capitalismo e a consolidação da igualdade como fundamento da sociedade (pois sem igualdade não existe troca de equivalentes) se fez necessário um instrumento que não fosse pessoal e imediato, mas impessoal e mediato. Segundo Marx (2013, p. 136), “o segredo da expressão do valor, a igualdade e equivalência de todos os trabalhos porque e na medida em que

A forma política estatal deriva da forma mercadoria. Só é possível que haja vínculos na produção entre capitalistas e assalariados se, também, houver um aparato terceiro aos agentes que tenha uma materialidade política suficiente para fazer jungir os vínculos em casos de negativas e também para garantir o entesouramento do capitalista. Tal aparato não é incidental nem diretamente pertencente ao burguês ou à burguesia.

Dessa forma, o Estado – enquanto dominação de classe moderna –, por estar baseado – assim como para garantir – na circulação das mercadorias, não se apresenta de forma direta e imediata como a dominação nas sociedades anteriores, “exigindo, ao contrário, um aparelho que se apresenta como poder impessoal que não funciona a serviço dos interesses privados de uma classe, mas que se põe como autoridade pública, distante e acima das classes” (Naves, 2008, p. 80). Assim, a forma política estatal é derivada diretamente das relações capitalistas, pois é o ente terceiro na relação entre capitalista e assalariado (uma relação entre iguais), ente este que garantirá a acumulação capitalista, fazendo com que o estado não seja burguês porque seja controlado pela burguesia, mesmo que em geral assim aconteça, mas porque o Estado é espelho da forma mercadoria, pois ambas as formas estão atravessadas pela exploração, pela contradição e pelo antagonismo (Mascaro, 2015). As sociedades anteriores ao capitalismo não demandaram que o poder político centralizado (que já existia antes do capitalismo) se apresentasse exterior à própria sociedade, como um representante abstrato e neutro da coletividade, assim como não distinguiram entre econômico e político, público e privado – “o poder político não é ainda um poder público, não se afirma como separado das relações privadas sobre as quais se aplica” (Kashiura Júnior, 2009, p. 91). O Estado precisa se mostrar neutro, por um lado, porque a nova classe dominada é vista como igual perante a nova classe dominadora (todos são iguais – perante a lei), pois somente assim é possível vender e comprar força de trabalho; por outro lado, precisa se mostrar neutro porque os novos detentores dos meios de produção não se encontram mais hierarquizados como os senhores feudais (igualmente perante a lei).

são trabalho humano em geral, só pode ser decifrado quando o conceito de igualdade humana já possui a fixidez de um preconceito popular. Mas isso só é possível numa sociedade em que a forma-mercadoria [*Warenform*] é a forma universal do produto do trabalho e, portanto, também a relação entre os homens como possuidores de mercadorias é a relação social dominante”. Dessa forma, o Estado surge como nova forma de dominação de classe, uma forma específica da sociedade capitalista.

De acordo com Kashiura Júnior (2009, p. 95):

A forma do Estado, como forma de um poder político “retirado” da sociedade e precisamente em função de sua apresentação como uma “exterioridade”, aparece socialmente como corporificação – sem corpo – do interesse coletivo, interesse este que não encontra e não pode encontrar abrigo na sociedade civil. Pois aquilo que diz respeito ao bem do conjunto social não pode ser objeto de preocupação de indivíduos isolados, então o bem do conjunto social é confiado a algo que se erige além, como uma imagem da coletividade projetada para “fora” da própria coletividade. Por isso o Estado é entendido, inclusive pela teoria jurídica tradicional, como encarnação – sem carne – do interesse público, garantidor da ordem sem o qual a sociedade composta pela soma de átomos egoístas seria não mais do que o “caos”.

Nas palavras de Marx e Engels (2009, p. 75), à “propriedade privada moderna corresponde o Estado moderno”⁴, sendo que esta propriedade privada agora é organizada a partir dos interesses da burguesia, que se constitui enquanto classe e não mais como estamento, sendo forçada a se organizar nacionalmente e dar uma forma geral ao seu interesse particular.

Dessa forma, com o Estado surge também a noção de nação, que após a Revolução Francesa, até cerca de 1880, a identifica com o próprio Estado, não existindo para todos os povos e regiões, apenas para os centrais à época, necessários para o desenvolvimento do capitalismo. Os critérios de sua constituição eram a sua relação com um Estado estabelecido, a existência de uma elite cultural estabelecida e uma comprovada capacidade para a conquista (Hobsbawm, 2013). “[O] desenvolvimento das nações era inquestionavelmente uma fase do progresso ou da evolução humana que ia do pequeno ao grande grupo, da família à tribo, à região, à nação e, em última instância, ao mundo unificado do futuro” (Hobsbawm, 2013, p. 54). Apesar de uma das necessidades para a criação de nações ser a existência de um Estado, essa mesma criação foi um passo necessário para a consolidação deste último, pois, em um momento em que se tornou inevitável a democratização da política (transformando sujeitos em cidadãos para que todos sejam iguais – perante a lei), a máquina estatal necessitava de grande contingente

⁴ Marx, em certos momentos, considera que o Estado já existia antes do capitalismo e que apenas se conforma diferente nesta sociedade, correspondendo a ela. Consideramos que essas afirmações se dão devido à época em que Marx viveu, na qual ainda muito do capitalismo estava se configurando, mas que hoje, com o Estado conformado e também após a experiência de um outro tipo de Estado (soviético), é possível ir além do que ele pensou sobre esse instrumento. Um dos grandes pensadores do direito e do Estado é Evgeni Pashukanis, que viveu entre 1891 e 1937 na antiga União Soviética e que lançou as bases para um pensamento marxista do Estado que atualmente é estudado pelos autores utilizados neste trabalho.

de pessoas, ou seja, eram necessárias pessoas da classe dominada dentro do próprio Estado, buscando defender os interesses da classe dominante. “A necessidade de o Estado e as classes dominantes competirem com seus rivais pela lealdade das ordens inferiores se tornou, portanto, aguda” (Hobsbawm, 2013, p. 118). Além disso, o Estado passa a exigir um grau de participação dos cidadãos comuns que não existia anteriormente. Era necessário que essas pessoas voluntariamente servissem o governo com sua força de trabalho. Assim, a nação busca sanar, por um lado, a questão de que os trabalhadores do Estado precisam falar uma língua⁵ em comum, devido à necessidade de que cada habitante estivesse ligado ao governo estatal, assim como da lealdade e identificação dos cidadãos a esse Estado, permitindo que este exerça o poder em seu nome (Hobsbawm, 2013).

E diferente do feudalismo, que tinha a base de sua riqueza na terra, o capitalismo tem a base de sua riqueza na exploração do mais-valor dos trabalhadores (Marx, 2013), o que faz necessário um domínio muito maior da natureza como forma de acumular riqueza e poder, pois essa exploração só se concretiza a partir da transformação da natureza para a produção de mercadorias (para a produção de valor). Para esse domínio, se revolucionam constantemente os meios de produção e se utiliza cada vez mais a máquina, ficando cada vez mais encerrada nela o conhecimento produzido pela humanidade, tornando o trabalhador cada vez mais um apêndice dela. Da necessidade de que tudo tenha valor⁶ para virar mercadoria para poder ser trocada na circulação, concomitantemente com a acentuação do caráter privado da propriedade e do uso cada vez maior da máquina como forma de dominação da natureza, o próprio mundo passa a ser entendido enquanto máquina e, dessa forma, busca-se controlar a natureza racionalmente, através da observação, descrição e classificação das coisas, inclusive do próprio ser humano, enquanto corpo máquina (Luz, 1988), corpo mercadoria – mercadoria força de trabalho. Mercadoria essa cuja quantidade é fundamental para a manutenção da sociedade, necessitando, portanto, pensar a população, registrá-la e controlá-la (Donnangelo, 2011).

⁵ Para Hobsbawm (2013), a questão das línguas é pragmática, mas que não é encarada assim pelos ideólogos do nacionalismo, pois estes identificam a *língua nacional* com a *alma da nação* e o critério crucial de nacionalidade.

⁶ Pois, como no capitalismo todo trabalho é privado, o valor (engendrado pela faceta abstrata do trabalho) é aquele que possibilita que todo esse trabalho privado dos vários produtores privados possa ser socializado, cujo local, no capitalismo, é o mercado (circulação de mercadorias). O valor é o componente social do trabalho – e também da mercadoria – no capitalismo.

Além disso, esse corpo mercadoria é uma questão privada do indivíduo detentor da força de trabalho; entretanto, uma questão privada que não pode se restringir ao âmbito privado, pois da manutenção dessa mercadoria depende a existência dessa nova sociedade. Por isso a manutenção desse corpo, apesar de ser uma mercadoria e toda mercadoria ser uma questão privada, se torna uma questão pública. Para o domínio e manutenção desse corpo mercadoria, passa a ser importante reunir as informações populacionais, inclusive informações de saúde, e o instrumento utilizado para isso passa a ser o Estado, por ser o ente fora da sociedade nessas novas relações sociais, aquele que exerce o poder político, já que a sociedade civil deveria ficar restrita ao poder econômico, à circulação de mercadorias; o Estado passa a representar o público, enquanto os sujeitos econômicos passam a representar o privado. A saúde do corpo mercadoria passa a ser uma questão pública (uma questão estatal), por ser um fator essencial para a produção e circulação de mercadorias, o que deve ser garantido pelo Estado, enquanto a questão privada (a questão econômica) se resume à compra e venda dessa mercadoria.

Dessa forma, principalmente após a Revolução Industrial, que acentuou as terríveis condições a que ficou sujeita a classe trabalhadora, o que levou a sua maior organização política, fez com que os países capitalistas centrais da época (Inglaterra, França e Alemanha) incorporassem o discurso da saúde (Paim e Almeida Filho, 1998; 1999; Vieira-da-Silva *et al.*, 2014). Segundo Rosen (1974), a industrialização e seus problemas sociais levaram diversos pesquisadores a tentar compreender a relação entre estes últimos e as causas das doenças, levando a um movimento que vai ganhar o nome de Medicina Social. “Historicamente, o aparecimento de um conceito de medicina social ocorreu em resposta a problemas de doenças criadas pela industrialização” (Rosen, 1974, p. 116, tradução nossa), principalmente após a Revolução Industrial; segundo Garcia (1989), 1848 é o ano de nascimento da Medicina Social. Em paralelo, surge também o movimento conhecido como Sanitarismo – que mais tarde, ancorado nas descobertas dos microrganismos e suas consequências, no aumento de epidemias que acometiam inclusive a classe dominante e a necessidade de manutenção da força de trabalho, passará a se chamar Saúde Pública –, que busca uma organização racional das atividades de prevenção destinadas principalmente aos pobres e outros setores excluídos da população (Paim e Almeida Filho, 1998; 1999; Vieira-da-Silva *et al.*, 2014). Segundo Rosen (1993, p. 189, tradução nossa), “resumidamente, doença e indigência podem ser consideradas como parte do plano inescrutável do Todo Poderoso, mas quando elas ferem ou matam o

trabalhador e interferem com a sagrada máquina industrial, era hora de os homens tomarem conhecimento e agir”.

Segundo Nunes (2005), essa Medicina Social que se origina no século XIX teria como fundamento o intuito de estudar as doenças, controlar os saberes e práticas da medicina, além do controle do espaço, dos pobres e trabalhadores, para torna-los mais aptos ao trabalho industrial. Ao mesmo tempo, a Saúde Pública visaria controlar problemas da coletividade da sociedade nascente, devido à industrialização, que agravou as condições sanitárias das populações urbanas, gerando a necessidade de intervenções estatais quanto ao saneamento das cidades (Vieira-da-Silva *et al.*, 2014), se apresentando como ação de maior vitalidade até a década de 1940, quando a Medicina se tornou a ação predominante (Paim, 1992).

No Brasil, ações de saúde e saneamento ocorrem no período da primeira república, final do século XIX e início do século XX (1889 a 1930), influenciado pelos modelos europeu e estadunidense, podendo ser caracterizado como um sanitarismo campanhista. No período seguinte (1930 a 1964) as campanhas são cada vez mais institucionalizadas e surgem outras duas concepções de sanitarismo: o dependente, correspondendo ao modelo importado dos Estados Unidos da América (EUA); e o desenvolvimentista, que tinha como fundamento a ideia de que o desenvolvimento econômico resultaria necessariamente em melhoria das condições de saúde da população. Birman (2005) avalia que a Saúde Pública teria nascido juntamente com a Medicina capitalista, que, segundo Vieira-da-Silva *et al.* (2014), seria um dos meios da medicalização social no âmbito do Estado.

Segundo Paim e Almeida Filho (1998; 1999), no começo do século XX, a medicina passou a adotar o modelo flexneriano, que dá ênfase ao conhecimento empírico de base subindividual, fortemente calcado nas pesquisas básicas, o que acentua a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo e é nesse contexto que surgem as primeiras escolas de Saúde Pública na América Latina, contando com grandes investimentos da Fundação Rockefeller, que, segundo Vieira-da-Silva *et al.* (2014) e Vieira-da-Silva (2015), buscava substituir o modelo de ensino médico francês pelo estadunidense, fundamentado nas ciências básicas e na clínica laboratorial, com base no relatório de Abraham Flexner, assim como fomentar o ensino de higiene, ações de saneamento, controle das endemias e educação para a saúde. A Fundação Kellogg também teve um papel importante, pois financiava bolsas de estudo

para pesquisas em áreas básicas, assim como a Fundação Milbank, que financiou a Organização Pan-Americana de Saúde no apoio aos programas de medicina preventiva que estavam sendo criados.

Na década de 1940, momento histórico em que se inicia a Guerra Fria, se articula nos EUA uma tentativa de criar um sistema nacional de saúde, mas que não chega a ser implementado, principalmente devido ao movimento chamado de Medicina Preventiva, que buscava criar no e pelo ensino uma atitude preventiva em saúde. Segundo Paim e Almeida Filho (1998; 1999), esse movimento teria sido aplicado internacionalmente de forma ideológica, tendo como grande êxito nos EUA a não criação até hoje em dia de um sistema universal de saúde, e na América Latina apenas a implantação de departamentos de medicina preventiva nas faculdades, e no Brasil, acabou resultando apenas na incorporação de disciplinas de medicina preventiva nos currículos nas reformas curriculares da década de 1960.

Segundo Paim e Almeida Filho (1998; 1999), nessa mesma época, surge o movimento de Saúde Comunitária, ou Medicina Comunitária, que tinha como objetivo implantar centros comunitários de saúde para atender áreas geograficamente limitadas. Nos EUA o fracasso desse movimento foi evidente, devido ao seu distanciamento dos serviços de saúde existentes e em alguns países da América Latina são implantados programas ligados à Saúde Comunitária, que dão origem, na década seguinte, à Atenção Primária à Saúde. Segundo Donnangelo (2011), além do que já foi dito, a questão era de que seria um tipo de medicina voltado às comunidades pobres, como se fosse possível separar a vida dentro de um certo sistema econômico e político da saúde. Na década de 1980, esse movimento dará origem às primeiras iniciativas de reformas do setor de saúde nos países subdesenvolvidos (Paim e Almeida Filho, 1998; 1999).

No Brasil, a fase que vai de meados da década de 1950 até o começo da década de 1970 é chamada por Nunes (1994) de fase pré-saúde coletiva, marcada pelo projeto preventivista, que é seguido, até o final da década de 1970 pela fase da medicina social, enquanto a partir da década de 1980 vai se estruturando o que será chamado Saúde Coletiva. Para Osmo e Schraiber (2015), essa periodização seria importante, pois evidenciaria o preventivismo e a medicina social como raízes históricas da implantação institucional da Saúde Coletiva no Brasil. Segundo Nunes (1994; 2013), o projeto preventivista teria surgido em resposta a uma crise determinada da medicina, tanto teórico quanto prática, e vai gerar como consequência reformas vinculadas a um projeto

pedagógico e não a uma reforma das práticas médicas, buscando fornecer ao futuro profissional de saúde uma visão mais completa do indivíduo.

Esse projeto é engendrado em um momento histórico pós-Segunda Guerra Mundial, quando ocorre no Brasil e em alguns países da América Latina a substituição das importações pela produção industrial nacional, com aumento da participação estatal no processo de acumulação (através do aumento da produtividade da força de trabalho); dentro da área Saúde esse momento histórico teria como consequência um planejamento baseado na relação custo/benefício. Apesar desse movimento ter conseguido a introdução de disciplinas dentro dos currículos médicos, a sua integração com os serviços de saúde existentes se deu de forma artificial e desvinculada.

No Brasil, nessa época, está em curso a ditadura militar, cujo suposto milagre econômico levou a uma grave crise fiscal, marcada por forte repressão e piora dos indicadores socioeconômicos e de saúde. Começaria, segundo Nunes (1998), o momento da Medicina Social, cujas origens remontam aos movimentos iniciados no pós-revolução industrial na Europa no século XIX e que tinham como objetivo o monopólio do médico sobre a prática médica, mas que, segundo Nunes (1994), nesse momento teria também como objetivo uma atualização dos currículos médicos, contudo, com base crítica sobre a relação entre saúde e sociedade, principalmente do modelo da Saúde Pública desenvolvimentista e de busca de um novo paradigma teórico para a medicina com o intuito de instaurar novas práticas. De acordo com Nunes (1998), é na década de 1970 que cresce a importância das ciências sociais em saúde na América Latina, que, segundo o autor, seria um fator de grande importância na emergência da Saúde Coletiva. Segundo Vieira-da-Silva *et al.* (2014), esses movimentos de reforma da Medicina foram importantes, pois constituíram um fundamento para a crítica ao modelo curativo e hospitalocêntrico que estava sendo desenvolvido e ensinado, além de uma certa rearticulação da dimensão social e populacional do adoecimento nos conhecimentos biomédicos. Ao mesmo tempo em que essas reformas foram importantes, Ianni (2015) argumenta que na década de 1960 ganharia força na América Latina um movimento que questiona essas mesmas reformas do ensino, principalmente porque os teóricos envolvidos nessa discussão estavam vivenciando profundas reformas de saúde em seus países ou estavam travando lutas contra as ditaduras militares. O conjunto desses autores destacará o fato de que neste movimento surgirá a Reforma Sanitária Brasileira, a qual em parte concretiza suas aspirações propostas na criação de um sistema de saúde no país

(o SUS), e também surgirá a Saúde Coletiva, que é tido por eles como campo de saberes e práticas que se envolve com a reforma e mais além, cria todo um pensamento crítico em saúde e promove a produção de novos conhecimentos e a formação de profissionais.

As críticas às reformas da educação, assim como as possíveis soluções a serem adotadas, foram influenciadas pelo movimento que se iniciou nessa área após 1968, quando se buscou a revolução da sociedade pela revolução cultural e, dentro desta, mais precisamente pela educação, tendo como expoente as universidades francesas. Esse movimento vem na esteira do desgaste da escola nova como modelo teórico para a escola capitalista. Com a derrota desse movimento, os teóricos buscaram explicar o fracasso ocorrido, o que levou ao que Saviani (2008) chama de teorias crítico-reprodutivistas: teóricos como Althusser⁷ (*Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado*), Baudelot e Establet (*A escola capitalista na França*), e Bourdieu e Passeron (*A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*), realizaram uma grande contribuição ao mostrar os limites da educação dentro da sociedade capitalista, entretanto, se limitaram a uma crítica unilateral, prescindindo da luta de classes, o que levou a um entendimento de que pela educação só é possível a reprodução da própria sociedade capitalista e não sua superação. Essa crítica unilateral se deve muito ao fundamento estruturalista dos teóricos, que, segundo Coutinho (2010), aceita o ser humano como um ser passivo, cuja liberdade é apenas uma ilusão, com o humanismo sendo um falso problema, fazendo com que o positivismo estruturalista dos autores acabe se tornando uma apologia do neocapitalismo, com a vida humana completamente subordinada a regras formais. De qualquer forma, a vertente althusseriana (que poderíamos chamar de marxista/estruturalista) não fica restrita à educação, influenciando também pensadores da área da saúde nesse momento em que surge a Saúde Coletiva, fazendo com que esse movimento tenha em seu início uma base marxista/estruturalista.

A década de 1970 é um marco importante para a história do capitalismo, pois é o momento em que ocorre uma grande crise que leva a mudanças significativas na forma de gerenciamento do capitalismo. A grande crise que caracteriza esse momento histórico

⁷ Althusser chega a tais conclusões, pois, segundo McKenna (2014, p. 146, tradução nossa), “a alegação althusseriana [...] quando despojada da parafernália do idioma estruturalista torturante – é nada mais que um idealismo vulgar no qual a consciência determina unilateralmente o ser”. Maher (2016, p. 295, 296, tradução nossa) complementa que, para Althusser, o “conhecimento do mundo é derivado não da experiência, mas sim de construções teóricas-ideais que se autogeram”, tendo como causa das relações humanas uma estrutura, cuja causa é a própria estrutura, fazendo com que “a ‘pessoa’, a ‘consciência’, o ‘agente’, entre outros, sejam meramente ilusões ópticas, sintomas da operação invisível da estrutura”.

tem como base estrutural a queda da taxa média de lucro nos países capitalistas centrais. Antes da década de 1970, a outra grande crise que ocorreu foi a de 1929, causada pela queda da taxa de lucro no início do século XX. A superação dessa crise foi possível através da destruição de capital, tanto produtos quanto o valor do capital em si. Essa destruição acentuou-se enormemente com a Segunda Guerra Mundial, possibilitando, nas décadas seguintes, um aumento extraordinário da taxa de lucro, principalmente dos EUA, que não teve seu território destruído pela guerra, mas se utilizou da destruição ocorrida na Europa. Em contrapartida, devido a essa mesma destruição, o movimento dos trabalhadores se tornou muito mais radical, devido à pauperização em que se encontravam por causa da guerra.

Desse movimento do capital surge o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), como resposta às condições históricas encontradas na Europa ao final da Segunda Guerra Mundial, que tinha o keynesianismo como base teórica econômica, que, em conjunto com outros fatores, possibilitou que o capitalismo vivesse o que Hobsbawm (2011b) chamou de *Era de Ouro* ou *Os Trinta Anos Gloriosos*, uma fase de auge no desenvolvimento econômico da humanidade sem precedentes. Segundo o autor, após 1945, a prioridade da maioria dos países europeus e do Japão era se recuperar da guerra, enquanto dos EUA era simplesmente continuar a expansão econômica dos anos de guerra. A recuperação no pós-guerra também significava deixar para trás o medo da revolução social e do avanço comunista, representado pela União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Com a economia a pleno vapor, muitos acreditaram que esta iria “para a frente e para o alto eternamente” (Hobsbawm, 2011b, pp. 254-255).

Entretanto, a taxa de lucro, após atingir seu ápice após a Segunda Guerra Mundial, começa novamente a cair, o que resultará mais tarde na grande crise de 1973. Isso ocorre pois, mesmo com o desenvolvimento econômico alcançado, a taxa média de lucro tende a cair com o aumento da produção, resultando em crises. Depois do longo período de acumulação de capital na primeira metade do século XX, graças ao taylorismo e ao fordismo, no pós-guerra ocorre essa queda, segundo Kliman (2012), tanto pelo aumento dos salários, quanto pela diminuição do emprego de capital variável em relação ao capital constante; esgotamento do padrão de acumulação taylorista e fordista, devido à incapacidade de responder à retração do mercado; e maior concentração de capitais (monopólios e oligopólios).

Após atingir seu ápice, a taxa de lucro começa a cair, mas a *Era de Ouro* do capitalismo é chamada assim exatamente porque essa queda não foi sentida, já que essas taxas estavam em um patamar nunca alcançado. O ciclo de aumento da taxa de lucro é reiniciado e, posteriormente, volta a cair. Esse ciclo se repete inúmeras vezes, até que a taxa de lucro média volta a cair em um patamar que se faz sentir. Entretanto, esse novo patamar alcançado no início da década de 1970 se localiza abaixo do nível de reprodução do capital. Era preciso, portanto, novamente destruição de capital. No entanto, segundo Kliman (2012, p. 3, tradução nossa):

Formuladores de decisões não queriam que [a significativa radicalização dos trabalhadores da década de 1930] acontecesse novamente, então eles intervieram com políticas monetárias e fiscais com o intuito de prevenir uma destruição em massa de valor de capital. Isso explica porque recessões subsequentes na economia não têm sido tão severas como da Depressão. Mas desde que muito menos valor de capital foi destruído durante a década de 1970 e início da década de 1980 do que foi destruído na década de 1930 e início da década de 1940, o declínio na taxa de lucro não foi revertido. E por não ter sido revertido, a rentabilidade se manteve em um nível muito baixo para sustentar um novo crescimento.

Para prevenir o que aconteceu na década de 1930, os governos usaram, com sucesso, financiamento de dívidas e garantias de dívidas para retardar e desviar da destruição de capital. E como essa destruição é o principal fator que restaura a rentabilidade e, portanto, é o grande responsável pela próxima fase de crescimento, não houve um crescimento como o que ocorreu depois da Grande Depressão e da Segunda Guerra Mundial. “Ao contrário, *a economia nunca se recuperou totalmente da recessão da década de 1970*” (Kliman, 2012, p. 24, tradução nossa).

A queda da taxa de lucro pode ter efeitos persistentes, pois mesmo que ela não continue a cair até o momento da crise econômica, ela pode criar o palco para a crise, produzindo uma baixa taxa de lucro média (isso pode acontecer mesmo que a taxa de lucro permaneça constante ou até mesmo cresça em um período imediatamente antes da crise). Porém, se a queda da taxa de lucro se mantém em uma média que é relativamente baixa, muitas empresas estarão com problema, porque a taxa de lucro está menor do que o mínimo necessário para elas sobreviverem. Ou seja, “muitos fenômenos que são às vezes considerados como efeitos do *declínio* na taxa de lucro são na verdade efeitos de uma taxa *baixa*” (Kliman, 2012, p. 16, tradução nossa).

Esse novo momento histórico, quando a industrialização passa a se tornar generalizada e universal na busca de novas fontes de lucro para a reprodução do capital, permite que ganhe força a teoria neoliberal de gerenciamento do Estado, sendo adotada por Margaret Thatcher e Ronald Reagan, na Inglaterra e nos EUA, respectivamente, e continuamente implantada nos países capitalistas nas décadas seguintes. Segundo Anderson (1995), para o neoliberalismo o Estado deve ser forte para poder enfraquecer os sindicatos e controlar o dinheiro, e mínimo em gastos sociais e intervenções econômicas, sendo a estabilidade monetária a meta suprema de qualquer governo. Juntamente ao neoliberalismo, em um momento em que se critica a educação unilateralmente (de forma reprodutivista), um dos frutos do fracasso dos movimentos de 1968, associado à desilusão vivenciada pelo chamado *socialismo real*, ganha força também o que Wood (1999) chama de agenda pós-moderna, que, a partir da década de 1990 e principalmente década de 2000, terá bastante influência dentro da Saúde Coletiva, sendo, segundo Rodrigues (2006), a expressão cultural do capitalismo do final do século XX, com a própria cultura – principalmente a cultura da classe trabalhadora – se transformando acentuadamente em mercadoria.

Devido à queda da taxa de lucro, também toma força nesse momento uma reestruturação na produção capitalista, que tem como grande expressão o toyotismo (mas que não foi único), que se diferencia do fordismo, segundo Antunes (2009, pp. 56-57), basicamente pelo seguinte: produção vinculada à demanda, singularizada, diferente da produção em série do fordismo, em massa; trabalho operário em equipe, com multivariada de funções, diferente do caráter fragmentado do fordismo; processo produtivo flexível que possibilita ao operário operar várias máquinas simultaneamente; tem como princípio o melhor aproveitamento possível do tempo de produção (*just in time*); estoques mínimos (*kanban*); complexo produtivo com uma estrutura horizontalizada, “transferindo a ‘terceiros’ grande parte do que antes era produzido dentro de seu espaço produtivo”; organiza os Círculos de Controle de Qualidade, onde grupos de trabalhadores são instigados a discutir o processo de trabalho para aumentar a produtividade; “emprego vitalício” para uma parcela dos trabalhadores, além de ganhos salariais vinculados ao aumento da produtividade. O toyotismo buscou o aumento da produção sem o aumento do contingente de trabalhadores, por meio dos *team work*, que consiste em uma intensificação da exploração do trabalho, tanto pelo fato dos trabalhadores trabalharem simultaneamente com várias máquinas diversificadas, quanto

pelo ritmo e pela velocidade da cadeia produtiva dada pelo sistema de luzes, se fundamentando em um padrão produtivo organizacional e tecnologicamente avançado, que é o resultado do uso da informática nas técnicas de gestão da força de trabalho, além da introdução generalizada de computadores no processo produtivo e de serviços.

No Brasil, a década de 1970 segue o caminho aberto pelo golpe de 1964, contando com uma “economia em crescimento”, mas com o arrocho econômico “desabado sobre os trabalhadores e assalariados dos setores médios urbanos” (Schwarcz e Starling, 2015, p. 451). A crise de 1973 foi o *declínio* do milagre econômico da ditadura, momento em que o controle de informações e dos reajustes de preços e salários não pode ser mantido censurado. Segundo Marsiglia (2013), é a partir desse momento no começo da década, quando professores, profissionais e estudantes dos departamentos de Medicina Preventiva, Medicina Social, Saúde Comunitária e Saúde Pública passaram a se reunir, que se iniciam discussões sobre as disciplinas e os conteúdos das graduações em Medicina e especializações em Saúde Pública. Essas discussões e a união das diversas pós-graduações levarão à criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva⁸ (Abrasco) em 1979, que em seu primeiro encontro buscava novos marcos conceituais de formação em saúde, buscando romper com o modelo elaborado e controlado pela Fundação Rockefeller, devido ao esgotamento da saúde pública clássica e da medicina social, com a introdução das ciências sociais em saúde, principalmente o referencial marxista, além do estruturalismo foucaultiano e as discussões sobre antipsiquiatria (Paim, 1992; Nunes, 1994; 2005).

Ainda na década de 1970 é publicado o Relatório Lalonde, base para o movimento que depois foi chamado de Nova Promoção da Saúde, que vai ser definida com a Carta de Ottawa em meados da década seguinte. Esse movimento surge paralelamente ao que Paim e Almeida Filho (1998; 1999) chamaram de nova ordem mundial, ou seja, a adoção da gestão neoliberal do Estado, com a tentativa de desmantelamento do sistema nacional de saúde da Inglaterra e em outros países europeus. Nesse contexto, os organismos financeiros internacionais adotam o ideário neoliberal e passam a exigir sua implementação nos países que quisessem participar da nova ordem do capitalismo mundial, como o Brasil e os países da América Latina, e, nesse bojo, surge

⁸ Desde 2011 renomeada como *Associação Brasileira de Saúde Coletiva*.

o debate sobre a crise da Saúde Pública, privilegiando uma reflexão epistemológica sobre ela e as perspectivas futuras. Em paralelo, a Organização Mundial da Saúde organiza uma reflexão baseada em uma Nova Saúde Pública. Nesse período de reformulação da organização do Estado, na América Latina as reformas do setor saúde são apoiadas por organismos internacionais, como o Banco Mundial, que buscam maior eficiência e eficácia, em detrimento de maior igualdade. Essas reformas são negociadas diretamente entre Banco Mundial e governos, não sendo discutidas pelas universidades ou até mesmo ministérios da saúde. Apesar disso, como as propostas são de reformas do ensino de Saúde Pública, com o intuito de agregar novos temas e habilidades ao campo, as instituições acadêmicas e de serviços acabam discutindo a questão, buscando uma modernização conceitual para possibilitar uma nova prática, que necessitaria de novos profissionais, com novos papéis, assim como estarem em condições de dialogar com organizações não governamentais e governos sobre os problemas de saúde. Uma das perspectivas buscadas foi a tentativa de tornar independentes das faculdades de Medicina as faculdades de Saúde Pública, criando espaços de excelência que formassem lideranças setoriais em saúde (Paim e Almeida Filho, 1998; 1999).

No Brasil, inicia-se o movimento contra a ditadura militar e pela redemocratização do país, que terá como expoente a Reforma Sanitária Brasileira. De acordo com Paim (2008), o projeto da RSB pretendia mais do que uma reforma setorial, qual seja, uma modificação da sociedade em geral e uma democratização do regime político em particular. Os diversos documentos produzidos no período atestam que os problemas de saúde da população brasileira não se resolveriam pela solução utópica no campo sanitário, mas exigiam a superação de contradições estruturais (reforma agrária, distribuição da renda, reforma tributária, entre outros). Apesar dessa intenção de um movimento amplo, a Reforma Sanitária acabou tendo como fruto apenas uma parte de suas reivindicações, o Sistema Único de Saúde. E, embora seja um momento em que a esquerda, arrasada com as derrotas de 1968, desiludida com o chamado *socialismo real*, passa a se tornar acentuadamente pós-moderna, passando a perceber a realidade objetiva apenas como um problema epistemológico⁹, a luta pela democracia e pela RSB manteve elementos marxistas de transformação da realidade permeados na prática militante e

⁹ “O movimento da reforma religiosa começou com a quebra das imagens; a chegada do pós-moderno instalou o domínio das imagens como nunca antes” (Anderson, 1998, p. 114, tradução nossa).

dentro da academia, que se refletirá mais tarde, na própria análise do surgimento da Saúde Coletiva e como projeto negociado na esfera da criação do SUS em termos jurídico-legais, na própria assembleia constituinte de 1988.

É nesse momento histórico das últimas décadas do século XX que, segundo Paim (1992), entraria em crise a atenção à saúde; entretanto, diferente do resto do mundo, a crise da saúde na América Latina se mostrou como parte de uma crise social, o que permitiu o surgimento de um pensamento crítico sobre o fenômeno saúde-doença, que se voltou para a categoria trabalho como elemento central de estudo da saúde. A essa crise da atenção à saúde soma-se a crise do ensino em saúde, que para Nunes (1994; 2005), seria da busca por um novo paradigma da saúde na década de 1970 que se iniciam os fatores estruturais e conjunturais para o nascimento da Saúde Coletiva – devido ao embate na área da saúde quanto à formação de profissionais e conhecimentos, que estavam dispersos nas áreas de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Medicina Social –, quando é aberto o caminho para um novo tipo de formação (para além da capacitação de técnicos, especialistas e residentes), principalmente os mestrados e doutorados em Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina Social, se caracterizando como um movimento contra hegemônico que buscava reverter o quadro sanitário brasileiro.

Segundo Vieira-da-Silva *et al.* (2014), o termo saúde coletiva já era utilizado desde a década de 1960 para expressar problemas de saúde no nível populacional, assim como uma matéria do currículo mínimo do curso de Medicina; o mesmo termo foi utilizado no final da década de 1970 no primeiro encontro de pós-graduações em Medicina Social, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária e Saúde Pública no Brasil, encontro no qual foi proposta a fundação da Abrasco. Esse novo espaço que surge incorpora as ciências sociais, permitindo, segundo os autores, a superação da abordagem da Saúde Pública tradicional, assim como da epidemiologia e administração e planejamento em saúde. Ainda nesse período, ocorre no Brasil o movimento chamado de Reforma Sanitária, que contou com a participação da maioria dos fundadores da Saúde Coletiva na luta pela redemocratização do país e melhoria das condições de vida da população, sendo que esse movimento possuía três tendências em sua constituição: a preventivista, a racionalizadora e a teórico-crítica, cada uma com um projeto e concepção diferente para a saúde, o que parece também ter influenciado na constituição da Saúde Coletiva. Esse movimento, que contou com professores, pesquisadores, estudantes e trabalhadores, impulsionou o debate pela criação do Sistema Único de Saúde, assim como

realizaram a crítica aos limites da medicina preventiva, da medicina comunitária, da medicina da família e da saúde pública, tendo a Saúde Coletiva como possibilidade de criação de algo novo. Segundo Paim (2008), foi um movimento que resultou de um longo processo da sociedade civil brasileira, em especial o movimento sindical; o movimento popular; trabalhadores de saúde; técnicos, intelectuais e burocratas da Saúde Coletiva; e partidos políticos, algumas vezes de forma conjunta e outras de forma isolada, cada qual lutando por interesses próprios, que lutavam em defesa da democracia, tanto da saúde quanto do Estado e da sociedade, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde.

Baptista *et al.* (2015) complementam que a Saúde Coletiva surge como um contraponto ao modelo médico tradicional, pois representaria uma inflexão sobre o que era considerado verdade sobre saúde e doença e sobre as práticas fundamentadas nesse conhecimento, mostrando a insuficiência do modelo epidemiológico assim como a necessidade da articulação de diferentes saberes para analisar o fenômeno saúde-doença. Para os autores, em sua história, a Saúde Coletiva tem tido uma dupla função: linha de investigação do processo saúde-doença e crítica ao modelo tradicional de atenção à saúde; delimitação de soluções ou mudanças na organização dos serviços de saúde. Dessa forma, segundo Vieira-da-Silva (2015), a Saúde Coletiva seria uma ruptura teórica assim como uma proposta de ruptura com as práticas e serviços de saúde que existiam na década de 1970 no Brasil, articulando essas duas vertentes com a luta pela redemocratização. E como afirma Cohn (1992), a Saúde Coletiva teria nascido pela negação do saber hegemônico dentro da área da saúde.

Para Loyola (2008), nas décadas de 1970 e 1980, período extremamente politizado e politicamente reprimido, profissionais da saúde utilizariam a Saúde Pública enquanto instrumento político e de transformação social. Esses mesmos profissionais participariam do movimento de Reforma Sanitária, movimento este que está intrinsecamente ligado à Saúde Coletiva. Nesse momento, seus integrantes estavam preocupados com a melhoria do Estado enquanto provedor e promotor de saúde no país, levando o planejamento e administração em saúde a dominar os debates até início da década de 1990, quando é criado o SUS; a partir da redemocratização, esses mesmos integrantes passam a compor funções administrativas no Estado, fazendo com que “planejadores e administradores de saúde, agora atuando no interior do próprio Estado, gradativamente perderam importância na dimensão acadêmica do campo, abrindo espaço para novos profissionais, notadamente para os epidemiólogos” (Loyola, 2008, p. 253).

Segundo a autora, por se constituir enquanto campo plural, tanto em conhecimentos quanto em profissionais, mas que não possuía um projeto político coletivo que aglutinasse todos os sujeitos envolvidos, acabou se burocratizando. Diversamente de outros autores, Loyola (2012, p. 10) argumenta que – diferentemente da Saúde Pública, que nasce como área de atuação do Estado na saúde, buscando combater epidemias e garantir a qualidade de vida de conglomerados humanos, com predomínio de médicos, utilizando-se majoritariamente de estudos quantitativos – a Saúde Coletiva teria nascido tendo como cerne as ciências sociais, “na academia e, desde então, nela permanece”, após o movimento de Reforma Sanitária e da criação do SUS, ou seja, em um momento que não se busca um sistema público de saúde, mas sim sua expansão: “ampliá-lo e estendê-lo a toda a população do país”. Segundo Nunes (2013), no começo da década de 1980, após o surgimento da Saúde Coletiva, esta se volta para sua própria construção.

2.2. A SAÚDE COLETIVA COMO CAMPO CIENTÍFICO CRÍTICO

Como vimos, a Saúde Coletiva surge em um momento histórico conturbado do capitalismo brasileiro. É um momento em que o país vive sob uma ditadura militar, com uma luta pela redemocratização do país. Essa luta pela democracia confluiu com um movimento que reivindicava mudanças na assistência à saúde (mudanças que necessitavam de reformas também em outras áreas que não só da saúde), dando origens à chamada Reforma Sanitária Brasileira. Juntamente com a luta pela assistência à saúde estatal (gratuita e universal), se via uma crise do ensino de Saúde Pública, uma crise do preventivismo e da medicina social assim como a crítica ao modelo médico hegemônico, com a tentativa de superar a unicausalidade e a biologização do conhecimento (que se expressaram em reformas da educação médica). É um momento em que a Universidade sofre o impacto da Reforma Universitária de 1968, onde se aplicou o modelo tecnicista de ensino; começa o desmonte do Estado de Bem-Estar Social na Europa e o começo do modelo neoliberal de gerenciamento do Estado; e o momento em que ocorre a reestruturação da produção capitalista devido à queda da taxa de lucro.

De acordo com Paim e Almeida Filho (1998; 1999), todas essas modificações teriam colocado em xeque as antigas previsões e premissas ou, ainda, o paradigma científico que basearia este campo de prática que passou a ser considerado esgotado,

fazendo com que surgissem demandas por novos paradigmas. É nesse momento que surge a Saúde Coletiva, como crítica às reformas em saúde ocorridas nos países capitalistas, assim como em busca de uma nova elaboração teórico-epistemológica, como tentativa de superação da *Medicina* e também da *Saúde Pública*.

Entendemos a atividade médica como uma atividade que não está fechada em si mesma, pois ela é expressão da sociedade, das relações entre os seres humanos, ou seja, da história humana (Conti, 1972), que se realiza nos contextos sociais nos quais estão inseridos os serviços de saúde (Mota e Schraiber, 2012). É uma atividade cujo objeto da prática é o corpo (seu cuidado), sendo que esse corpo adquire significado de acordo com a estrutura social em que se encontra; no capitalismo esse corpo se constitui enquanto agente de trabalho (Donnangelo, 2011), enquanto estrutura anatomofisiológica que se expressa como força de trabalho (Schraiber, 1989). Ou seja, no capitalismo, a Medicina é aquela que define os limites da capacidade física e normatiza as formas de utilização desse corpo, criando e recriando as condições necessárias para a produção econômica, assim como auxilia na determinação do valor histórico da força de trabalho (Donnangelo, 2011), concedendo maior atenção às anomalias de função do que às anomalias de forma (não que estas deixem de ser importantes), pois o principal para a sociedade capitalista é a produção, portanto, são utilizados os conhecimentos da natureza para restabelecer a função dos corpos doentes (Conti, 1972). Além disso, é uma atividade que possui uma crença ilimitada na eficácia da técnica e seu poder ilimitado de produzir ou devolver o bem-estar ao ser humano – crença esta advinda do seu papel dentro do modo de produção e sua contribuição político-ideológica à reprodução das relações sociais capitalistas (Nogueira, 2007).

Da mesma forma, entendemos a Saúde Pública enquanto organização pública – portanto, estatal – de manutenção da população, ou seja, é a atividade que cuida dos corpos – força de trabalho – de forma coletiva, não lidando necessariamente com os indivíduos em particular. É diferente, portanto, da Medicina, que lida com o corpo individual, enquanto atividade privada, de interesse econômico (tanto para a sociedade quanto para o médico e os outros profissionais de saúde) – entretanto, atividade igual no sentido que lida com um corpo mercadoria (coletivo e individual). Por ser uma atividade pública que entra em contradição com interesses particulares de ordem econômica, existe um conflito entre as duas atividades. Segundo Ayres (2008), o combate da corporação médica contra a integração médico-sanitária faz com que a intervenção sanitária (a

intervenção estatal no campo da saúde) fique restrita ao saneamento ambiental, à educação pública e algumas medidas não-assistenciais de controle das doenças transmissíveis.

O surgimento da Saúde Coletiva buscaria, portanto, atender aos anseios por uma superação dessas duas formas de intervenção na Saúde, como apontam Paim e Almeida Filho (1998; 1999), ainda baseadas no paradigma científico da sociedade moderna, necessitando então de uma nova elaboração teórico-epistemológica. Essa nova elaboração tem se expressado através de diferentes definições sobre o que Saúde Coletiva; destas, podemos considerá-las mais convergentes do que divergentes entre si.

Segundo Paim (1992), a Saúde Coletiva se constituiria enquanto um campo de saber e de prática, ou seja, um campo de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e o saber em saúde, articulando práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas, tanto no âmbito acadêmico, quanto nas organizações de saúde. Nunes (1994) define a Saúde Coletiva como um campo (ou área) de saber e prática que vai além da soma dos referenciais da medicina preventiva, da medicina social e da saúde pública; como uma corrente de pensamento, um movimento social e uma prática teórica que entende o coletivo como algo dinâmico, em movimento, produto das relações sociais e que se impõe sobre a medicina (curativa e preventiva), apresentando especificidades para sua quantificação e explicação, baseando-se na epidemiologia e nas ciências humanas e fundamentando-se na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade. A partir dos referenciais das ciências humanas trazidos para o campo da saúde, reestrutura as dimensões simbólica, ética e política, revitalizando o discurso biológico.

Paim e Almeida Filho (1998; 1999) argumentam que a Saúde Coletiva não apresentaria as condições necessárias para se constituir como um paradigma científico, mas sim como um campo científico interdisciplinar de produção de saberes e conhecimento sobre o objeto saúde a partir de diversas disciplinas que o contemplam sob variados ângulos; e âmbito de práticas, para realização de diversas ações dentro e fora do que é considerado setor saúde, não sendo uma disciplina científica, tampouco uma ciência ou especialidade médica. É um campo que dialoga com a Saúde Pública e com a Medicina Social que busca transcender o campo institucional e o tipo de profissional tradicionalmente ligado à Saúde Pública.

Segundo Nunes (2005), a Saúde Coletiva se configuraria enquanto uma criação da pós-modernidade, mas com raízes nos movimentos da saúde do século XIX; uma

organização (que se expressa na Abrasco) que é um campo do saber que possui limites tênues entre suas diversas disciplinas, provenientes das ciências biológicas, sociais, matemáticas, epidemiológicos e humanas. Segundo Birman (2005), a Saúde Coletiva se constituiria como um campo teórico multidisciplinar que faz a crítica e leva a uma ruptura com o campo da Saúde Pública, pois dá ênfase histórica aos discursos relacionados ao normal, ao anormal, ao patológico, à vida e à morte. Com isso a intervenção em saúde passa de uma questão somente estatal (pública) para uma questão da população (coletiva). Segundo Ianni (2011), a Saúde Coletiva seria um campo que se configuraria enquanto corrente de pensamento, movimento social e prática teórica, ou em outros termos, como campo científico e âmbito de práticas, cujo conceito central que estrutura este campo é a determinação social do processo saúde-doença.

Para Nunes (2013), a Saúde Coletiva seria um campo amplo de práticas, multiparadigmático e interdisciplinar, ou seja, formado por diversas disciplinas e diversos matizes teóricos, desde as ciências naturais até as ciências sociais e humanas, que se apresenta como um mosaico, que é formado por partes separadas, mas que se associam na resolução dos problemas. Vieira-da-Silva *et al.* (2014) definem Saúde Coletiva como um campo de produção de conhecimento e âmbito de práticas, que busca compreender o que é saúde e explicar seus determinantes sociais e auxiliar na promoção, prevenção e o cuidado em saúde, não apenas dos indivíduos, mas também dos grupos sociais – a coletividade. Assim, igualmente para Ianni (2015), a Saúde Coletiva seria um campo de conhecimentos e práticas voltado a ações técnico-científicas e político-institucionais, entendendo a saúde como questão social e política, que teve na matriz materialista-histórica estruturalista a base para a realização da crítica da saúde enquanto questão estritamente biológica no corpo individual.

Para Campos (2000), a Saúde Coletiva seria um pedaço do campo da saúde, que se expressa a partir de duas inserções principais: movimento intelectual e moral; e como núcleo (e não como campo) de saberes e práticas, que está em inter-relação com o campo e o ajuda a ser construído, buscando influenciar a formação dos profissionais com o intuito de transformação das práticas em saúde. De acordo com o autor, a Saúde Coletiva não é um núcleo autossuficiente e transcendente, que se basta em si mesmo, por isso sua necessária relação com o campo de saúde como um todo.

Loyola (2012, p. 13), indo um pouco além dos outros autores, pensa a Saúde Coletiva enquanto uma área, “que enfatiza o aspecto acadêmico, a classificação ou a

inclusão da Saúde Coletiva como produtora de conhecimento no elenco das ciências e das disciplinas científicas”, como um campo, que seria um conjunto de posições e relações de poder que estruturariam a Saúde Coletiva, assim como também uma disciplina, um “corpo de conhecimentos acumulados ao longo do tempo que devem ser transmitidos, atualizados e ampliados”.

Consideramos que apesar de diversas, essas definições são próximas, pois todas buscam delimitar a Saúde Coletiva dentro do escopo da epistemologia, como uma nova forma de se pensar a Saúde – enquanto nova racionalidade para a área, compatível com os novos tempos que o fim do século XX trouxeram – no intuito de auxiliar uma nova prática da saúde em um novo momento histórico de uma nova sociedade. Por isso podemos constatar que ela está bastante vinculada com a formação acadêmica, principalmente de pós-graduação, com uma grande ênfase na introdução das ciências humanas e sociais na saúde enquanto fator que permitiu a crítica ao modelo biomédico e a Saúde Pública desenvolvimentista, permitindo a tentativa de superação de ambas pela via da integralidade, como afirma Schraiber (2015).

Essa maior focalização da Saúde Coletiva no âmbito acadêmico ocorre em um momento histórico em que o Estado passa a ser neoliberal (no Brasil ainda uma ditadura em curso, mas já com este modelo em latência¹⁰), com repressão das lutas sociais e retirada de direitos – que, ao final da década de 1980, aliado à queda do muro de Berlim, vai acentuar a ideia do fim da história, da vitória absoluta do capitalismo como o máximo que a humanidade poderia alcançar¹¹ – associado ao movimento conhecido como pós-moderno, quando se declara o fim da Era Moderna, das expectativas da cultura ocidental, perda da *fé* no avanço da razão e da liberdade (assim como suas principais ideologias – o liberalismo e o socialismo), cujos adeptos declaram que entraram em colapso as explicações de mundo até então (Wood, 1999), assim como a associação desse novo movimento com a emergência de uma sociedade pós-industrial, na qual o conhecimento

¹⁰ E como mostra Anderson (1995), a ditadura de Pinochet no Chile, iniciada com o golpe militar em 1973, foi o campo de testes do neoliberalismo, antes de ser implementado na Inglaterra (1979) e nos Estados Unidos (1980).

¹¹ Anderson (1998) mostra que Jean-François Lyotard, um dos primeiros a escrever sobre a pós-modernidade fora das artes, acredita que a vitória do mercado se constitui enquanto vitória da história universal da liberdade e prosperidade, pois o capitalismo não se constituiria como um fenômeno socioeconômico, mas sim como uma figura, que não sobrevive da força de trabalho, mas sim de energia, da física, da ideia de infinito, aparecendo na experiência humana como desejos; e seu triunfo se deve à luta por essa energia (que é finita), levando a uma seleção natural da melhor forma de gerencia-la.

teria se tornado a principal força econômica da produção (Anderson, 1998). Esse contexto virá modificar aquilo que vinha se desenvolvendo na Saúde, levando muitos agentes desse novo movimento a um distanciamento das questões dos serviços e da Reforma Sanitária como parte das questões sociais e políticas, ou seja, tratando essas questões como isoladas de um todo, assim como uma preocupação com novas questões ligadas muito mais ao desenvolvimento do saber ou até a novas pedagogias na transmissão do saber, passando a ver esses novos objetos como fundamento das práticas mais do que o exame das próprias práticas. E nesse movimento também houve uma dispersão dos referenciais críticos que deram início à própria Saúde Coletiva.

No contexto mais geral, podemos dizer que devido à queda da taxa de lucro média abaixo do limiar necessário para a constante valorização de capital desde a década de 1970, ganhou espaço o neoliberalismo como forma de gerenciamento do Estado e o toyotismo como nova forma de gerenciamento da produção e do trabalho, “com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores” (Antunes, 2009, p. 33), sendo uma resposta do capitalismo à sua crise estrutural. Entretanto, uma resposta que atua apenas na superfície do fenômeno, sem que ocorra uma transformação essencial do modo de produção, pois o que se busca é voltar aos níveis de acumulação de capital do pós-Segunda Guerra. Essa reestruturação do trabalho (o toyotismo) tornou necessário um novo modelo de educação, uma nova formação dos trabalhadores: para um trabalho flexível, uma formação flexível de um trabalhador flexível. E como a resposta à crise estrutural é superficial, a educação toma novamente *status* de (extraordinário) elemento que possibilita o desenvolvimento econômico. Mas, como vive-se um momento que é considerado como pós-industrial, não é qualquer educação que ganha esse status, e sim o que Duarte (2006) chama de ideário do *aprender a aprender* – a expressão, no campo educacional, das ideologias que legitimam a sociedade capitalista –, devido “à necessidade de constante atualização exigida pela necessidade de ampliar a esfera da empregabilidade” (Saviani, 2010, p. 432), em um momento histórico de retirada de direitos e garantias dos trabalhadores. Segundo Duarte (2006), o núcleo definidor do ideário do aprender a aprender é a desvalorização da transmissão do saber objetivo, somado à diluição do papel da escola na transmissão desse saber, à descaracterização do professor como sujeito fundamental no ato de transmitir conhecimento e na própria negação do ato de ensinar. É nesse momento, com esse ideário como base, que a Saúde Coletiva se volta mais para o escopo da

epistemologia e busca entender a saúde dentro desses limites, ou seja, acaba se encerrando dentro de um escopo que busca justificar a sociedade capitalista, mas com um discurso de que essa sociedade foi superada.

Dessa forma, vimos que grande parte dos autores que analisam a história da Saúde Coletiva partem do pressuposto de que vivemos em uma sociedade pós-moderna e mesmo aqueles que não explicitam esse pressuposto, suas análises, em geral, convergem para esse princípio, resultando, inclusive, em definições convergentes sobre o que é a Saúde Coletiva. Dessa convergência, a definição que é a mais utilizada é a de campo, conceito cunhado por Pierre Bourdieu, para quem um campo é um “microcosmo dotado de suas leis próprias” (Bourdieu 2004, p. 20), que não são totalmente independentes do macrocosmo, mas possuem certa autonomia em relação a ele e que se constitui enquanto campo de forças e campo de lutas, este último servindo para conservar ou transformar o campo de forças. Segundo Araújo *et al.* (2009, p. 35), campo “é definido como um espaço estruturado de posições onde dominantes e dominados lutam pela manutenção e pela obtenção de determinados postos”, pois são resultados de processos de diferenciação social e as relações de força entre os agentes (tanto indivíduos quanto grupos) e as instituições que lutam pela hegemonia (o monopólio da autoridade) é o que dá suporte ao campo. Assim, os campos são espaços estruturados e hierarquizados onde são travadas disputas por posição e por capital (na maioria das vezes, bens simbólicos), sendo este último distribuído desigualmente dentro do campo, o que motiva os agentes na elaboração de estratégias de luta. Segundo Ortiz (1983), essa desigualdade de capital entre os agentes também faz com que existam dois polos dentro do campo, o dos dominados e o dos dominantes, sendo os últimos o que possuem um máximo de capital social e os primeiros os que não possuem ou possuem muito pouco capital social. “No caso da ciência, o capital se refere à autoridade científica, a luta que se trava entre os agentes é uma disputa em torno da legitimidade da ciência” (Ortiz, 1983, p. 21).

Diferentemente desses autores, como partimos do pressuposto de que não vivemos em uma sociedade pós-moderna¹² – e sim em um capitalismo que

¹² Por este não ser objeto de nossa pesquisa, estamos utilizando aqui o termo pós-moderno associado a uma concepção de nova sociedade pós-industrial, por isso a afirmação de que não vivemos em uma era pós-moderna, já que o capitalismo ainda prevalece; entretanto, de acordo com a análise de Anderson (1998), podemos dizer que a pós-modernidade é exatamente a expressão cultural/acadêmica das novas configurações do capitalismo após as mudanças ocorridas na década de 1970, é a expressão que melhor captura esse momento histórico por sua integração com a ordem estabelecida. “É mais seguro entender o conceito de pós-moderno como uma tentativa de pensar o presente historicamente em uma época que

fenomenicamente aparece de forma diferente daquele de antes da década de 1970, devido a não recuperação da taxa média de lucro depois da crise do início desta década¹³ – e de que não há um esgotamento do chamado paradigma científico¹⁴, não nos parece que a Saúde Coletiva esteja restrita a um campo conforme caracteriza Bourdieu. Apesar da análise e da definição de Saúde Coletiva que os autores fazem, não nos parece que ela está restrita a esse escopo epistemológico e de que as lutas travadas se configuram em geral dentro da própria Saúde Coletiva, pois para além do movimento dentro da academia, também a identificamos fortemente com a prática de profissionais de saúde e militantes que lutam por mudanças nessa área, mesmo que não tenham relação direta com a universidade e com as disputas por capital simbólico que os autores dizem existir dentro da ciência.

Por isso, tomando a definição de Loyola (2012) como base, e indo além, incluindo também tanto a prática profissional quanto a militância em saúde, compreendemos que talvez a melhor descrição para o que é a Saúde Coletiva não seja a de um campo, de um núcleo ou de uma disciplina científica, mas sim de um *movimento*; movimento este que tanto teve participação na origem do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, quanto aquele que permanece após o refluir deste último¹⁵. Um movimento tanto teórico quanto prático (que muitas vezes aparecem desvinculados entre si), que abrange militantes, profissionais e intelectuais da saúde, que se preocupa em elaborar formulações teóricas críticas (crítica em sentido amplo) que busquem estruturar uma prática de saúde diferente da hegemônica; um movimento que existe paralelamente tanto dentro quanto fora da academia e do escopo desta, com atuação ocorrendo de forma

esqueceu como pensar historicamente em primeiro lugar” (Jameson, 1991, p. ix, tradução nossa). Dessa forma, estaríamos vivendo uma época pós-moderna (ou um novo momento do capitalismo), reflexo das mudanças no próprio capitalismo.

¹³ Como diz Wood (1997, p. 540, tradução nossa): “Mudanças de época tem a ver com transformações básicas em algum elemento constitutivo essencial do sistema”, que, no caso do capitalismo, não ocorreu.

¹⁴ De acordo com Netto (2004), até mesmo Thomas Kuhn, em *A estrutura das revoluções científicas*, de 1972, responsável pela divulgação do conceito de *paradigma* para as ciências naturais, era muito cético quanto ao uso deste nas ciências sociais. E é a partir deste conceito que Boaventura de Sousa Santos elabora sobre o paradigma da ciência moderna, na qual “praticamente *toda* construção teórica (insista-se nesta qualificação: *teórica*) do século XIX, e não só, é subsumida na razão puramente instrumental” e deixa de ser aceita pela sensibilidade pós-moderna (Netto, 2004, p. 232).

¹⁵ Paim (2008) entende que na última década tem sido retomado o movimento da RSB, devido ao ressurgimento deste termo nas Conferências Nacionais de Saúde. Entretanto, nos posicionamos ao lado de Cohn (1992), para quem a RSB cumpriu seu papel em momento histórico específico e se esgotou. Entendemos que mesmo que ressurgir um movimento chamado Reforma Sanitária, não será o mesmo das décadas de 1970 e 1980, mas algo novo em momento histórico diferente.

conjunta ou não. Além disso, por ser um movimento fundamentado nas bases acima citadas, também permite um agrupamento teórico eclético, com autores utilizando categorias cujas bases se constituem em teorias opostas, como o marxismo, o estruturalismo, a fenomenologia, o construtivismo e o pós-modernismo – por vezes uns em contraposição aos outros, outras vezes sendo parte de um mesmo conjunto epistemológico.

E por fim, não podemos ignorar a confluência que existe dentro da Saúde Coletiva para uma definição de campo. Como um movimento é o que as pessoas que o compõem são, talvez seja uma tendência da Saúde Coletiva a de se enquadrar no que é considerado campo, devido à cada vez maior aproximação com as teorias pós-modernas pelos autores que a compõe e a tendência que ocorre desde a década de 1990 das pessoas que compõe este movimento se deslocarem cada vez mais ao espaço universitário e se focarem nas tensões que existem dentro dele e para ele¹⁶. Talvez esse momento seja uma fase de transição em que apresenta duas facetas: é um movimento aglutinador de vários outros movimentos, mas que está transitando para um movimento de conformação estritamente epistemológica (ou seja, em oposição a uma análise ontológica do mundo).

E sendo esse movimento aglutinador da área da saúde, que busca fazer a crítica à forma como a Medicina e a Saúde Pública lidam com a prática de saúde, acreditamos ser necessário um entendimento do que seja a própria saúde, entendimento este que não aparece de forma clara nos textos que relatam sua história. Saúde será: o movimento de ação social militante? A politização dos conhecimentos e das técnicas de intervenção nas práticas dos profissionais dos serviços? Será o conhecimento dos determinantes sociais do adoecimento individual e coletivo? Será um objeto instrumento para outros movimentos? Será um objeto homogeneamente configurado ou um bom exemplo da dispersão de referenciais a que a Saúde Coletiva vem experimentando?

¹⁶ Deixando claro que não é simplesmente chamar de outra coisa que transformará a Saúde Coletiva, mas é esse movimento que talvez tende a se limitar à epistemologia.

3. O CORPO: BASE SOCIAL DA MEDICINA DO INDIVÍDUO

O ser humano vive através de seu corpo, mas não de forma natural, pois, como é um ser social – produz sua vida em sociedade –, produz também seu próprio corpo nesse processo de transformação da natureza.

Dessa forma, assim como com o conceito, para entender esse corpo humano partimos da atividade humana (uso social do corpo) como centro de nossa análise, pois é a partir das condições de produção da vida que se produzem as ideias sobre o próprio corpo e sobre a saúde deste, sendo necessário, portanto, considerar os indivíduos e as condições que geraram essas ideias. E, como para existir história é preciso que existam indivíduos vivos, é preciso entender, primeiramente, “a organização corporal desses indivíduos e, por meio dela, sua relação dada com o restante da natureza” (Marx e Engels, 2009, p. 87).

Toda atividade humana é atividade livre (pois não está restrita ao instinto), realizada conscientemente e é nela, na elaboração do mundo objetivo, que o sujeito se faz como ser genérico, se torna parte do gênero humano (Marx, 2009a). Ela é teleológica, o sujeito idealiza mentalmente (pensa) o produto antes de criá-lo, imaginando o produto em sua mente antes que se torne realidade (Marx, 2013), e dessa forma subordina a natureza à sua vontade. Por esse meio ele a modifica intencionalmente, para atingir um fim. Mesmo que esse trabalho apareça, em primeiro lugar, como forma de satisfazer a necessidade de manutenção da existência física, é através do trabalho em conjunto com outros sujeitos que se começa a universalizar a natureza, fazendo com que a produção da vida se torne a vida genérica humana. Portanto, é nesse processo de transformação da natureza (atividade livre) que o sujeito se vê como ser humano, enxergando nela sua obra e sua efetividade. Essa natureza transformada, o produto do trabalho humano, é, portanto, a objetivação da vida genérica do ser humano.

Por ser o único ser que trabalha, o ser humano se constitui como o ser universal da natureza, pois possui uma especificidade singular em relação aos outros seres vivos, sendo que esta especificidade é exatamente sua universalidade singular. Em outras palavras, somente o ser humano tem uma relação com a natureza que é ao mesmo tempo de dependência, pois é dela que extrai sua sobrevivência, e de independência, pois a transforma para atender as necessidades humanas. Já os outros animais têm uma relação

parcial (limitada) com a natureza, que os impede de se tornarem seres universais, pois vivem de acordo com o que a natureza lhes fornece, sendo eles, então, a própria natureza. Enquanto os outros animais são somente uma parte da natureza, usufruem daquilo que existe, o ser humano é uma parte da natureza que precisa transformá-la para que atenda às necessidades humanas. O ser humano, portanto, não é nem somente *humano* (não-natural), nem somente natural, e sim ambos, ao mesmo tempo, em uma relação dialética (Mészáros, 2008; 2009).

Assim, segundo Le Breton (2007), o corpo é uma condição social do ser humano, pois é a partir dele que se produz a vida em sociedade, além dele próprio ser produto dessa produção. Dessa forma, não se pode fazer uma apologia ao corpo como separado do ser humano concreto, através de uma visão dualista ou tratando o corpo como um fetiche (corpo x ser humano). É através do corpo que o ser humano percebe o mundo ao seu redor, sendo que este corpo é moldado pelo contexto social e cultural, além de ser através dele que o ser humano transforma o mundo. E, ao transformar esse mundo, transforma a si mesmo, tanto seu corpo, quando o que o constitui como ser humano. Para transformar e ser objeto de transformação, o corpo se constitui enquanto emissor e receptor de sensações, pois é ele que se insere no espaço e tempo. O ser humano interage sensorialmente com o mundo através do corpo, e cada pessoa o faz de maneira diferenciada, pois os sentidos são desenvolvidos tanto fisiologicamente quanto socialmente. E cada indivíduo usa as sensações que aprendeu de acordo com sua história pessoal. Assim, ao mesmo tempo que transforma a natureza, o ser humano, e seu corpo, é transformado pela sociedade em que está inserido, assimilando os comportamentos dessa forma societal.

Dessa forma, podemos entender o corpo humano como uma unidade constituída por duas facetas: corpo orgânico e corpo inorgânico, sendo este último a objetivação da vida genérica do ser humano. Segundo Herold Junior (2009), Marx se baseou na teoria da evolução de Charles Darwin para relacionar o corpo inorgânico do ser humano como sendo produto do trabalho, assim como o corpo orgânico do ser humano como sendo resultado de um longo processo de transformação e evolução estimulado pela atividade laboral. Canguilhem (2012, p. 142) também concorda que o ser humano não é apenas seu corpo biológico, pois “tendo prolongado seus órgãos por meio de instrumentos, considera seu corpo apenas como um meio de todos os meios de ações possíveis”. Ou seja, o corpo orgânico é tanto o meio pelo qual o ser humano interage com a natureza (interação essa

mediada por instrumentos), quanto é também objeto dessa mesma interação. É objeto, pois a produção da vida em determinada sociedade e determinado momento histórico exige habilidades e destrezas específicas deste corpo, que vai se transformando para atender as necessidades dos meios de produção e seus reflexos culturais, que se transformam para atender as próprias necessidades humanas. Já o corpo inorgânico é tudo aquilo que é produto da transformação da natureza através da atividade humana e que, ao ser apropriado pelos sujeitos humanos, caracteriza o próprio ser humano enquanto tal.

O ser humano, portanto, se realiza enquanto tal através das objetivações e apropriações do trabalho humano em geral de determinada época, se constituindo para além do sujeito em-si, como sujeito para-si. Os produtos do trabalho são o seu corpo inorgânico, seu lado não-natural, é o que caracteriza as pessoas como seres humanos, dependente e independentemente do seu lado natural, seu corpo orgânico, que também é produto do trabalho. Apesar de seu lado orgânico ser fundamental, pois sem ele não existe ser humano e é sobre ele que tudo é constituído, da essência do ser humano que é o trabalho, a faceta inorgânica de seu corpo passa a ser seu constitutivo mais importante, pois é a partir dela que os sujeitos se relacionam com a natureza ao seu redor, com outros sujeitos e consigo mesmo e realizam a própria transformação do corpo orgânico.

3.1. A EXPRESSÃO SOCIAL DO CORPO NO CAPITALISMO

No modo de produção atual, na sociedade capitalista, a célula de explicação para a produção da vida é a produção de valor, que se expressa enquanto produção de mercadorias. O produto do trabalho humano se torna mercadoria porque é resultado do trabalho privado dos diversos proprietários privados dos meios de produção, que realizam suas atividades independentemente uns dos outros, sendo que o conjunto desses trabalhos privados é o que constitui o trabalho social total. Entretanto, como essa produção é privada, o produto do trabalho só se torna parte do trabalho social no momento que é levado para a circulação, no momento da troca (Marx, 2013).

Assim, esses trabalhos privados só se tornam de fato elos do trabalho social total através das relações que a troca estabelece entre os produtos do trabalho e através deles as relações entre os produtores. “A estes últimos, as relações sociais entre seus trabalhos privados aparecem como aquilo que elas são, isto é, não como relações diretamente

sociais entre pessoas em seus próprios trabalhos, mas como relações reificadas entre pessoas e relações sociais entre coisas” (Marx, 2013, p. 148).

Como a produção é privada e só se torna social no processo de circulação, não existe outra forma de cada indivíduo se relacionar socialmente se não pelas coisas e através das coisas, o que faz com que as relações de produção entre as pessoas adquiram uma forma reificada, coisificada, dando origem “à confusão entre o aspecto técnico-material e sócio-econômico do processo de produção” (Rubin, 1980, p. 43), ou seja, a confusão na identificação das funções técnicas das coisas com sua função social, considerando aspectos diferentes e intimamente relacionados do trabalho humano (os fenômenos técnicos e sociais) como existindo no mesmo nível. Dessa forma, não existe outra forma do trabalho privado adquirir caráter de trabalho social se não através do valor dos produtos do trabalho, ou seja, o trabalho, enquanto fenômeno social, só pode se expressar no valor (Rubin, 1980), que é a forma que torna possível que esses diversos trabalhos privados sejam igualados na circulação, permitindo que possa existir a troca e, conseqüentemente, a socialização dos diversos trabalhos privados e a socialização do próprio produtor. “Porque equiparam entre si seus produtos de diferentes tipos na troca, como valores, eles equiparam entre si seus diferentes trabalhos como trabalho humano” (Marx, 2013, p. 149).

Essa produção de valor, produção de mercadorias, exige compra e venda de força de trabalho e a exploração desta, para resultar em mais-valor, base fundamental de funcionamento da sociedade capitalista. Isso faz com que o corpo (especialmente o corpo força de trabalho) adquira novo significado social, de “estrutura anatomofisiológica” (Schraiber, 1989, p. 67) – diferente dos modos de produção anteriores –, mas uma estrutura em meio a relações sociais reificadas, uma estrutura que possui determinados usos sociais, um corpo que se expressa enquanto força de trabalho mercadoria, “cuja manutenção e recuperação é central na garantia de sua atividade produtora”, ou seja, “adquire o significado de um valor de uso para o capital” (Schraiber, 1989, p. 69).

Assim, é importante que esse corpo-mercadoria força de trabalho esteja apto a realizar sua função produtiva, que sua atividade crie produtos que tenham valor de uso para outrem (para que seja possível a troca) e possuam valor para poder ser expropriado do trabalho um mais-valor (para que sejam possíveis o lucro e a revalorização de capital). Em outras palavras, “o processo imediato de produção do capital é seu processo de

trabalho e valorização, processo cujo resultado é o produto-mercadoria e cujo motivo determinante é a produção de mais-valor” (Marx, 2014, p. 449).

Como o corpo produz e é produto do contexto social e cultural, diferentes sociedades farão usos sociais distintos desse corpo, pois este não é apenas instrumento de uso, mas sim expressa relações sociais, e, segundo Schraiber (1989), no capitalismo o uso social do corpo se dá primordialmente enquanto agente de trabalho para a produção de mercadorias. Como o corpo é socialmente agente de trabalho, devido às especificidades do modo de produção capitalista, esse corpo é força de trabalho mercadoria, sendo que, no capitalismo, a força de trabalho é constituinte da produção, ou seja, é um valor de uso para o capital. Garantir, portanto, a funcionalidade do corpo, é também garantir a produção e assim a constante valorização de capital. Segundo Schraiber (1989, p. 69):

Colocado socialmente como agente de trabalho o corpo é simultaneamente força de trabalho, cuja manutenção e recuperação é central na garantia de sua atividade produtora. No modo de produção capitalista a força de trabalho, dada a forma como é integrada ao processo de produção, adquire o significado de um valor de uso para o capital. E dado este mesmo modo de sua integração, na medida em que ele propicia a apropriação pelo capital dos produtos de sua atividade produtora, a garantia desta é, entre outros, elemento de acumulação desse mesmo capital.

Dessa forma, o capitalismo, ao se consolidar nos séculos XVIII e XIX, socializou o corpo como força de trabalho mercadoria, a única força que move os meios de produção (que, nessa sociedade, são propriedade privada) de forma a produzir outras mercadorias (a produzir valor). Herold Junior (2004) diz que nesse momento o corpo passou a ser entendido de forma diferente do feudalismo. Como o pensamento moderno crê no desenvolvimento de todas as forças individuais para a produção tanto do indivíduo quanto da sociedade, o corpo passa a ser visto como um meio que precisa ser tornado apto para concorrer econômica e socialmente. “A visão moderna do corpo nas sociedades ocidentais, que de alguma forma oficial é representada pelo conhecimento biomédico, pela anatomofisiologia, repousa sobre uma concepção particular de pessoa” (Le Breton, 2007, p. 26). O que explica o corpo é a fisiologia e a anatomia, de forma individual (o corpo é o limite de cada pessoa) e o corpo é diferente do ser humano (uma visão idealista). Assim, no capitalismo, o corpo tem o papel de individualizar, é onde começa e termina a presença da pessoa.

É também nesse período histórico, de desenvolvimento da manufatura, que as máquinas são cada vez mais desenvolvidas, e deixam de ser utilizadas apenas como

apêndices do trabalho humano (são parte do corpo inorgânico também transformado em mercadorias: são também reificadas), pois passam a contar com fontes próprias de energia, deixando de ser esse apêndice e passando a se tornarem *independentes* do ser humano. Essa nova maquinaria permite uma nova interação do ser humano com a natureza, constituindo uma realidade objetiva a parte do próprio trabalho humano, fazendo com que, pouco a pouco, o ser humano deixe de utilizar a maquinaria e passe a ser um apêndice dela.

A partir desse desenvolvimento dos instrumentos do trabalho, Descartes desenvolve a noção de corpo-máquina, relacionado principalmente à hidráulica, pois para ele tudo na natureza se produz mecanicamente, sendo que tudo resulta apenas de modificações simples da figura, da dimensão e do movimento (Dagognet, 2012). Descartes estava procurando explicar o mundo (e provar a existência de Deus) através da perfeição da natureza, por isso para ele o corpo era um mecanismo perfeito (que continha suas imperfeições), tentando alcançar a perfeição de Deus.

Segundo Rodrigues (1999), o dualismo cartesiano distinguindo corpo e alma foi a base que permitiu dissecções desse novo corpo tornado objeto, com a corporalidade humana cada vez mais reduzida à lógica do mecanismo. “Em suma: para que o olhar do anatomista passasse a ser tolerado sem suspeitas e para que se superasse a dificuldade de encontrar cadáveres anatomizáveis, foi necessário desencantar o corpo, despojando-o de sua condição de microcosmo” (Rodrigues, 1999, p. 59). Em 1628 William Harvey descobre o princípio da circulação sanguínea e, em 1668, Charles Le Brun pronuncia as *Conferências Sobre a Expressão das Paixões*, onde o homem-máquina suplanta o homem-zodiaco (o corpo mágico). “A relação entre interioridade e aparência toma então sentido em um outro universo de referência: o da medicina, da geometria, do cálculo, de uma filosofia e de uma estética das paixões reconhecidas e controladas” (Courtine, 2012, p. 407). De acordo com Mandressi (2012), no século XVII a anatomia e a dissecação já faziam referências às partes do corpo como peças de uma máquina. Entretanto, principalmente nesse primeiro momento, esse corpo máquina ainda é entendido como tendo uma fonte de energia principal (que não a alimentar), uma alma, algo sobrenatural que impulsiona os órgãos. “As pesquisas experimentais sobre os corpos vivos durante o século XVIII não cessavam de levantar a questão de saber se o organismo vivo é essencialmente uma máquina ou alguma coisa diferente” (Porter e Vigarello, 2012, p. 467). Com a Renascença, e uma visão de mundo cada vez mais atrelada à burguesia,

passa-se a conhecer melhor o corpo através da observação direta, em contraposição aos escritos, principalmente, de Galeno. “Mais diretamente referido a si mesmo, o corpo é mais espontaneamente liberado da ordem cósmica e de suas gradações” (Porter e Vigarello, 2012, p. 460).

Dessa forma, diferente de como se concebia o corpo no feudalismo, a partir de uma visão religiosa em que o corpo era elevado a uma alta dignidade devido ao corpo de Cristo, ao mesmo tempo em que é a fonte do pecado, pois é a partir dele que o ser humano arrisca se perder (Gélis, 2012) e de que esse mesmo corpo é apenas o invólucro temporário da alma imortal (Pellegrin, 2012), durante o capitalismo o corpo passa a ser explicado pela indústria, a partir de sua constituição enquanto corpo-máquina, tornando-se mercadoria força de trabalho. Além disso, a consolidação do capitalismo também leva a uma nova relação da medicina com o corpo, e a especialização da medicina, principalmente na questão anatômica, faz com que esse corpo passe a ser visto de forma diferente e passe a ser território do médico, que é o único que pode dar sentido aos sinais do corpo doente. Nessa época a medicina galênica não conseguia mais dar respostas para as questões médicas da época: vencer a doença e adiar a morte, necessárias para a consolidação do próprio capitalismo. Ao mesmo tempo, as grandes epidemias passaram a atingir também a classe dominante, que entendeu que as doenças não estavam restritas às classes exploradas, que não estavam restritas à individualidade, mas à coletividade (Fagot-Largeault, 2013). Em resumo, era preciso prolongar a expectativa de vida da população em geral: dos capitalistas por serem classe dominante e dos trabalhadores por serem força de trabalho.

Esse corpo máquina tornou-se apêndice da máquina, permitindo se transformar em mercadoria força de trabalho. A partir disso, a Medicina se transforma no que podemos chamar de Medicina moderna, tornando-se uma ciência das doenças (Camargo Júnior, 2005), sendo que “todo trabalho médico está voltado para a identificação e eliminação, quando possível, das doenças e das lesões que as causam. Tudo o mais é secundário, inclusive o indivíduo que, incidentalmente, traz a doença” (Camargo Júnior, 1992). Camargo Júnior (2005, p. 194), exemplifica, dizendo que “embora teoricamente várias técnicas de intervenção devam ser utilizadas, na prática apenas medicamentos e cirurgias são considerados, via de regra, como terapêutica real”.

O que antes era considerado pecado e confrontado pela igreja, passa a ser considerado um problema biológico e é confrontado pela medicina moderna. Assim, a

saúde e a doença, que antes se expressavam no corpo, mas eram provenientes de forças externas (espíritos malignos, da natureza, de entes mágicos, da vontade divina), passam a ter sua origem e solução diretamente no corpo do indivíduo. Como esse corpo passa a ser mercadoria força de trabalho, possui uma função (um valor de uso) e esta está diretamente vinculada com sua inserção na esfera da produção (onde se realiza enquanto valor). A doença passa a ser considerada como sendo as deficiências anatômicas e funcionais desses corpos, que os impedem de exercer suas funções na produção capitalista, que os impede de se constituírem enquanto trabalhador. Consequentemente, a saúde passa a ser a correção anatômica funcional dessa doença, para que o indivíduo possa continuar trabalhando, vendendo a única mercadoria que tem disponível: sua força de trabalho. Segundo Vigarello e Holt (2012, p. 428), “o corpo humano era percebido como uma máquina que era preciso fazer funcionar regularmente a fim de poder atingir seu potencial máximo”. Segundo Moulin (2011, p. 17), “saúde e doença, muito longe de constituírem valores opostos, combinar-se-iam de fato em graus diversos em cada indivíduo ou, melhor dizendo, a doença não seria senão uma vicissitude da saúde, ou quem sabe um elemento constitutivo desta”. E, segundo Canguilhem (2012, p. 183), “a medida da saúde é uma certa capacidade de superar crises orgânicas para instaurar uma nova ordem fisiológica diferente da antiga”.

Como é preciso que esse corpo-mercadoria esteja apto a trabalhar e produzir mais-valor, a produção social faz com que sua saúde seja ausência de distúrbios anatomofisiológicos que obstruam a função produtiva¹⁷ deste corpo-mercadoria. A Medicina, portanto, desenvolve-se devido à necessidade de curar as doenças e manter a população viva e em condições de trabalhar, de executar uma função específica dentro da sociedade, em condições de vender sua força de trabalho para movimentar os meios de produção. Entretanto, não se desenvolve de qualquer forma, mas sim assentada no desenvolvimento histórico de seus instrumentos de trabalho, propiciado com o desenvolvimento da indústria, principalmente a anestesia, a cirurgia e a assepsia.

Da mesma forma, como visto anteriormente, o Estado passa a ser fundamental na manutenção da força de trabalho. Apesar do corpo ser uma questão privada do

¹⁷ Deixando claro que função produtiva não está ligada diretamente à indústria (mas que dela não se pode eximir), mas sim a tudo que possibilita a exploração do trabalho, obtenção de mais-valor, geração de lucro e, por fim, valorização do capital. Por isso, com o passar do tempo, outras questões relacionadas ao corpo, para além da anatomofisiologia, se tornam importantes, principalmente a forma.

indivíduo, o Estado é responsável por sua manutenção de forma coletiva (mas sem deixar de agir no indivíduo), pois é o instrumento que garante a contínua reprodução do modo de produção capitalista. No entendimento de que existe uma cisão entre sociedade civil e Estado¹⁸ e de que o capitalista, parte da sociedade civil, deve cuidar apenas de seus interesses privados, ele não tem interesse (em suas ações individuais) de garantir a continuidade do próprio capitalismo, ou seja, não existe por parte dele um interesse direto na manutenção da força de trabalho¹⁹. De acordo com Marx (2013, p. 342): “O capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração”. Essa responsabilidade passa a ser pública e de competência do Estado. Entretanto, apesar da tendência para que essa manutenção ocorra de forma coletiva e pela via estatal, como vimos anteriormente, de acordo com Ayres (2008), essa intervenção esteve sempre restrita ao ambiente, devido aos interesses da corporação médica, para quem o cuidado do corpo se torna valor de uso que proporciona geração de capital; assim, a manutenção da força de trabalho está ora sendo realizada pelo Estado, ora pela Medicina, mas sempre cumprindo a função social de manter a reprodução da sociedade capitalista.

Além do mais, segundo Herold Junior (2004), no capitalismo o fundamento da propriedade privada deixa de ser o nascimento, como ocorria no feudalismo, e passa a ser o trabalho, e o corpo passa a ser valorizado diferentemente, de forma dependente à classe social a qual o indivíduo pertence. Qualidades físicas, intelectuais e morais do corpo ficam reservadas para os indivíduos da classe dominante, enquanto o corpo do indivíduo da classe trabalhadora precisa ser fortalecido fisicamente, para impulsionar a indústria.

¹⁸ “A palavra sociedade civil [*bürgerliche Gesellschaft*] surgiu no século XVIII, quando as relações de propriedade já haviam se libertado da comunidade antiga e medieval. A sociedade civil, como tal, desenvolve-se somente com a burguesia; com este mesmo nome, no entanto, foi continuamente designada a organização social que se desenvolve diretamente a partir da produção e do intercâmbio e que constitui em todos os tempos a base do Estado e da restante superestrutura idealista” (Marx e Engels, 2009, p. 74).

¹⁹ Quanto mais aumenta a acumulação, maior é o emprego de capital constante (maquinaria etc.) e menor o emprego de capital variável (força de trabalho). “O crescimento do capital social se consoma no crescimento de muitos capitais individuais” (Marx, 2013, p. 701), entretanto, capitais individuais que estão concorrendo entre si. Contraditoriamente, por um lado o capital não existe sem exploração do trabalho, por outro lado, funciona tendendo a diminuir o emprego de força de trabalho. “Todo capitalista tem interesse absoluto em extrair uma determinada quantidade de trabalho de um número menor de trabalhadores, em vez de extraí-lo por um preço igual ou até mesmo mais barato de um número maior de trabalhadores. No último caso, o dispêndio de capital constante aumenta na proporção da massa de trabalho posta em movimento; no primeiro caso, ele aumenta muito mais lentamente” (Marx, 2013, p. 711).

No início da sociedade capitalista, manter e recuperar o corpo adquirem importância para efetivar o aumento da riqueza e poder nacionais, e apesar de as necessidades sociais desses corpos (para além da sua manutenção e recuperação) se darem de formas distintas em diferentes classes sociais, ideologicamente (expressa de forma jurídico-político) essas formas são apresentadas como igualitárias. Em um segundo momento, com o capitalismo consolidado, recuperar o corpo passa a ter outro sentido, de ser uma necessidade homogênea para toda a sociedade, sendo um direito igual para todos os cidadãos, “que se expressa fundamentalmente na extensão do acesso individual à recuperação do corpo, possibilitando aos corpos realizarem-se em seus particulares usos socialmente adequados” (Schraiber, 1989, pp. 72-73). Assim, a ideologia dominante no capitalismo mascara o caráter de classe das relações de produção como se fosse um caráter técnico, como sendo relações de competência técnica individual. O corpo, que possui usos sociais diferentes para indivíduos de classes diferentes, é tratado fundamentalmente como sendo biológico, o que acarreta na existência de uma aparente neutralidade ao cuidar desse corpo. Da mesma forma, as explicações sobre a saúde e sobre o corpo, a partir da via científica, impregnada com a perspectiva dominante, tendem a ocultar o caráter de classe existente dentro da sociedade.

Entretanto, a relação com o corpo encontra-se dentro das classes sociais, ou seja, ela é diferente para diferentes classes da sociedade. O trabalhador possui uma relação mais instrumental com o corpo (devido à sua necessidade de trabalhar para sobreviver). “A doença, por exemplo, é ressentida como um entrave à atividade física, principalmente profissional” (Le Breton, 2007, p. 82). Já as pessoas da classe dominante tendem a ter uma relação com o corpo diferenciada, que procura valorizar a ‘graça’, a ‘beleza’, a ‘forma física’, entre outros (Boltanski, 2004).

Dessa forma, o corpo é pensado de forma distinta para as diferentes classes sociais existentes na sociedade e também condicionado de forma distinta pelo modo de produção. No capitalismo, em geral, ao invés do desenvolvimento dos meios de produção ser um instrumento que proporcione ao corpo humano ser livre das restrições que a natureza impõe, ele busca o avanço constante da tecnologia, dos meios de produção, com o intuito de aumentar a produtividade do trabalho. Isso faz com que o ser humano, ao invés de dominar os meios de produção, passe a ter que se subsumir a eles, ou seja, o corpo precisa ser adaptado às tecnologias – e não o contrário.

Assim, podemos ver como para a Medicina, enquanto um conhecimento e prática sobre as doenças, abordar o corpo e defini-lo de modo cada vez mais individualizado e segmentado em suas partes orgânicas foi fundamental e, nesse sentido, igualando, na dimensão biomédica, os diferentes na dimensão social, cabe indagar se os conhecimentos preocupados não com as doenças, mas com a saúde, abordam esse corpo do mesmo modo ou não. Manterão essas segmentações? Persistirá a metáfora de uma máquina funcionando e dotada, sobretudo, de força física, importando menos questões da saúde mental ou da subjetividade? E, até mesmo antes dessas indagações, será que esse conhecimento voltado à saúde, terá ele alguma concepção e/ou interesse em conceituar o corpo?

4. O CONCEITO DE SAÚDE NA SAÚDE COLETIVA: A NÃO CONCEITUAÇÃO

Dos documentos analisados em nossa pesquisa (cuja forma de análise será explicada em detalhes no capítulo seguinte²⁰), dois deles argumentam a extrema dificuldade de se elaborar um conceito de saúde. Czeresnia (1999, p. 702, tradução nossa), diz que “a palavra, embora uma forma elaborada de expressão e comunicação, é insuficiente para apreender a realidade em sua totalidade”; segundo a autora (1999, p. 703, tradução nossa), “saúde e adoecimento são formas pelas quais a vida se manifesta. São experiências únicas, subjetivas; palavras não podem reconhecer e significar elas completamente”, pois, segundo ela, “saúde não é um objeto que pode ser restringido dentro do campo do conhecimento objetivo. A saúde não traduz em um conceito científico”. De fato, complementando esse estudo, Czeresnia *et al.* (2013, pp. 14-15) também argumentam que o conceito “expressa as identidades e não as diferenças entre os fenômenos que explica”, buscando representar a realidade em detrimento das singularidades dos diversos casos, se constituindo enquanto ente abstrato que foge à realidade por não conseguir expressar também o diverso. E Costa e Bernardes (2012) argumentam que a episteme moderna reduz o objeto-conceito a puro objeto, fazendo com que a doença seja o objeto ontologicamente estudado e a saúde passe a ser a não doença. Segundo os autores, a partir da hermenêutica, entende a saúde como ontologia mínima, como um murmúrio em uma superfície, que vai inscrevendo os modos com que a saúde vai se tornando, fazendo com que exista a saúde, podendo ser nomeada, mas não conceituada. Segundo o simulacro de Gilles Deleuze, a Saúde é um nome próprio, da ordem do ‘é’ e não do ‘que é’, fazendo com que a produção de saúde se torne produção de vida e produção de subjetividades.

Diante de similar dificuldade, outros autores, para além daqueles que fazem parte dos documentos analisados, devido às suas publicações estarem fora da área de conhecimento Saúde Coletiva, também fazem análises com essa premissa: Dalmolin *et al.* (2011, p. 390) dizem que “a saúde, diferentemente do que muitos pensam, acreditam ou defendem, não pode ser apreendida como um fenômeno abstrato e nem mesmo como

²⁰ Apesar desses artigos fazerem parte da análise empírica que será apresentada no capítulo 5, eles são tomados já aqui, pois o objetivo deste capítulo é exatamente demonstrar a possibilidade de existência de um conceito de saúde.

algo concreto ou atingível”; Boruchovitch e Mednick (2002, p. 177, tradução nossa), que “um conceito adequado e válido universalmente de saúde é irrealizável porque a saúde é um termo carregado de valor cujo significado está altamente ligado a diferentes objetivos que governam seu uso”.

Em outros termos, segundo estes autores, o conceito só engloba aquilo que é igual, comum, mas a realidade é composta por diversos diferentes, portanto, o conceito não representaria de fato a realidade. Parece-nos que, para estes autores, o abstrato é sinônimo de uma forma pura de pensamento, que está em oposição à realidade objetiva, que é concreta. O concreto e o abstrato estariam, dessa forma, em oposição excludente um em relação ao outro, parecendo que o conceito se constituiria em uma “destruição da concreticidade sensorialmente dada, como eliminação de um grande número de propriedades percebidas sensorialmente para o benefício de uma delas” (Ilyenkov, 2008, p. 46, tradução nossa).

Partindo de referenciais que definem o conceito como um concreto pensado, e, pois, ainda que não apreenda tudo, aproxima-se de totalidades que delimita e pode valorizar o diverso da realidade empírica dentro do que o pensamento, o movimento reflexivo que toma o concreto particular (o empírico em questão e estudado para ser alvo da compreensão teórico-conceitual) assume como valores maiores em sua própria reflexão para formular o conceito, a seguir passamos a detalhar nossa concepção de teórico-conceitual. Assim, discutiremos aqui o que é um conceito a partir de nosso referencial teórico, para que, ao final, possamos ter subsídios para afirmar ou não a possibilidade de existir um conceito de saúde e também para ser a base sobre a qual analisaremos os estudos que buscam conceituar o que é saúde.

4.1. O CONCEITO NO SENSO COMUM

Segundo Blunden (2012), no senso comum o conceito é identificado com um nome (palavra) ou até mesmo com um conjunto de atributos que caracterizam alguma coisa. No meio acadêmico, temos visto o conceito ser identificado como *algo abstrato*, com o sentido de estar deslocado da realidade e, portanto, considerado por muitos teóricos como sendo algo que não engloba exatamente esse conjunto de atributos que caracterizam alguma coisa.

Segundo Ilyenkov (2008, p. 39, tradução nossa):

O conceito foi definido como designação verbal do geral em um número de ideias simples (noções), como um nome/termo (Locke, Hobbes), ou simplesmente como “qualquer noção da coisa em nosso pensamento” (Christian Wolff), ou como “algo oposto à contemplação, na medida em que é uma noção geral ou uma noção de o que é mais comum a muitos objetos da contemplação” (Kant), ou como “noção do definitivo, inequívoco, estável, significado usualmente aceito” (Sigwart), ou como “noção da noção” (Schopenhauer). Hoje em dia, também, amplamente atual é a definição de conceito como simplesmente “o significado semântico de um termo”, o que quer que seja que isso signifique.

Entretanto, não entendemos conceito como uma palavra que encerra em si o comum a muitos casos, pois ao identificar o conceito com o conjunto de características compartilhadas por determinado grupo de objetos ou fenômenos, nós podemos somente nomeá-los ou descrevê-los. Também não identificamos o conceito como algo abstrato através do qual não é possível representar a realidade por estar deslocado desta.

Ilyenkov (2016b), utiliza a história de Vercors em seu livro *Les Animaux Dénaturés* para demarcar essa diferença. O objetivo do autor é explicar que o universal – o conceito – não pode ser entendido como uma abstração formal que revele as características comuns de diversos objetos particulares, que revele o idêntico neles.

A obra conta a história da busca pelo elo perdido, a chave que explicaria a evolução do macaco ao ser humano; nessa busca é encontrado um grupo de criaturas estranhas em uma floresta tropical, que passaram a ser chamadas de Tropi. De acordo com a antropologia moderna, as criaturas seriam macacos ou seres humanos primitivos. A questão que surge na história é: será que os Tropi cruzaram a linha tênue e extremamente importante entre animal e ser humano?

Para que esse problema não se restringisse a um problema meramente acadêmico, a personagem principal do romance engravida uma das criaturas e na continuação mata deliberadamente seu filho recém-nascido. É preciso agora decidir se foi cometido um assassinato ou não. O padre do local também se vê no mesmo problema, pois se os Tropi são seres humanos, é preciso salvar suas almas e batizá-los; se não forem, não pode cometer o mesmo erro de São Mahel, que batizou pinguins, levando a uma confusão no céu. E para os capitalistas, se as criaturas não forem seres humanos, serão a força de trabalho ideal, por ser um animal fácil de domesticar e incapaz de tomar consciência da luta de classes.

Muito se discute sobre a questão, mas é preciso uma resposta categórica e inequívoca para resolver os diversos impasses. Quando as personagens dão ênfase em uma determinada característica *humana*, os Tropi entram na categoria seres humanos; quando dão ênfase em outra, não entram. A soma de características não é de muita ajuda, pois recai na questão de qual o número suficiente; dependendo das características escolhidas, os Tropi entram novamente na categoria seres humanos; se é introduzida uma característica que os Tropi não possuem, são excluídos da categoria. Dessa forma, não se consegue decidir se os Tropi são seres humanos sem antes saber o que caracteriza um ser humano; entretanto, não se pode definir o que é um ser humano sem antes saber se os Tropi o são ou não, para saber se suas características serão consideradas.

Disso decorre outro problema: o que são as características elencadas? O que é linguagem, pensamento etc.? Dependendo da definição das características, outros animais que não só o ser humano também a possuirão. Esses animais deverão ser incluídos na categoria seres humanos? E todos os seres humanos possuem as mesmas características, tornando possível elencar aqueles que definem o que é um ser humano? Além disso, todos a *agem de forma humana*? Isso leva a mais um problema: qual o tipo de vida genuinamente humano? Existe esse tipo de vida?

Segundo Ilienkov (2016b), caímos em um problema antigo: só é possível abstrair uma característica comum de todos os sujeitos se e quando o conjunto que os constitui enquanto gênero é bem definido. Entretanto, isso só é possível se existir um critério geral *a priori* para identificar esse conjunto, ou seja, a própria característica comum procurada. Uma personagem do romance então observa que a fronteira, a linha tênue que separa um conjunto do outro é traçada onde os poderosos decidirem. A voz do poderoso se torna, então, o critério da verdade. Percebendo que traçar a característica essencial e comum do ser humano, ou seja, o que define concretamente um humano não é tarefa fácil, as personagens se voltam para concepções filosóficas e sociológicas. Entretanto, chegam a outro dilema: onde está o critério da verdade dessas concepções? Cada uma reivindicou para si importância universal, excluindo as outras concepções, não existindo, portanto, qualquer acordo entre elas. Qual delas, portanto, possui a capacidade de decidir o que é um ser humano?

O romance termina com a personagem principal tendo de escolher entre o universal marxista e o universal cristão de ser humano; ela busca então uma terceira alternativa, o comum entre essas duas concepções, que seria a definição genuína de ser

humano. ““Cada homem é, primeiro de tudo humano, um ser humano, e somente depois disso um seguidor de Platão, Cristo ou Marx”, argumenta Vercors no posfácio da edição russa do romance” (Ilienkov, 2016b, p. 94). Entretanto, essa resposta leva ao problema do início do romance, ao início do debate sobre qual é a essência de ser humano, pois nada além de uma tautologia pode resultar da tentativa infrutífera de abstrair o universal de ser humano a partir das características comuns das pessoas concretas. Essa forma – essa lógica – de tentar resolver a questão não permite retirar o pensamento de um impasse e deixa a questão principal, o que é um ser humano, sem ser realmente pensada e respondida.

Dessa forma, para nós o conceito – o universal – não é um conjunto de atributos que caracterizam alguma coisa, assim como também não é *algo abstrato* que englobaria somente as características concreto-fatuais (ou seja, existem, mas são casuais) comuns a todos os sujeitos/objetos de um determinado grupo/conjunto ou ainda de um abstrato entendido em oposição e fora da realidade material e objetiva. Segundo Vigotski (2009), os conceitos não se encontram no discurso cotidiano; nele, os termos usados, mesmo que inspirados ou se aproximando dos conceitos, são noções gerais sobre as coisas, um estado transitório entre os complexos e pseudoconceitos²¹ e os verdadeiros conceitos. Ilyenkov (2008) complementa que não se pode reduzir o conceito, como fazem os neopositivistas, a uma questão de estabelecer o significado de um termo em um sistema de termos construído de acordo com regras formais. Por isso, de acordo com Lukács (2013), é preciso primeiro realizar a decomposição do objeto/sujeito, pela via analítico-abstrata, para se chegar ao seu fundamento; e a partir desse fundamento, retornar ao complexo do ser social, ao complexo de características concreto-fatuais, compreendido agora em sua totalidade enquanto humano-social. Também Lefebvre (1983), em seu texto *Lógica formal/Lógica dialética*, dirá que da percepção de um problema à construção de um conceito que, no interior de determinada teoria, articule o problema particular-concreto a uma totalidade social explicativa, é necessário um movimento entre o vivido e o pensado, concluindo ser o conceito o ‘concreto pensado’ na totalidade social que o produz (e que ele reproduz) e o explica para nós.

²¹ Vigotski (2009) aponta que existem três fases no desenvolvimento do psiquismo (que se dividem em outras fases): o pensamento sincrético; o pensamento por complexos, cuja última fase é o pseudoconceito (externamente parece um conceito, mas internamente é engendrado como um complexo); e o pensamento por conceitos, cuja última fase é o conceito científico.

4.2. TRABALHO: ATIVIDADE TELEOLÓGICA DO SER HUMANO

Para entendermos o que é um conceito, é mister entender a relação dialética entre o material e o ideal, a realidade objetiva e a consciência, que é específica do ser humano. Para isso, é preciso entender como surge a própria consciência do ser humano.

Todos os animais realizam certa atividade, entretanto, apenas o ser humano realiza uma atividade voltada para um fim (teleológica), ou seja, a atividade é intencional, pois o ser humano pensa no seu objetivo de realização antes mesmo de realizar a atividade. Essa atividade teleológica é o que chamamos de trabalho²². Aproveitamos para deixar claro, nas palavras de Lukács (2012, p. 340), que apenas a atividade transformadora do mundo é teleológica, pois “nossas análises rejeitam toda forma generalizada de teleologia, não apenas na natureza inorgânica e orgânica, mas também na sociedade, restringindo sua validade nos atos singulares do meio humano-social, cuja forma mais explícita e cujo modelo é o trabalho”.

O trabalho é uma atividade de transformação da natureza, que surge da fragilidade do *Homo sapiens* em relação a ela, pois, diferente dos outros animais, são seres cuja constituição biológica é muito mais frágil em relação ao restante da natureza. Dessa fragilidade surge a necessidade de sobreviver dependendo de outros seres iguais, outros *Homo sapiens*, assim como de modificar o que a natureza fornece, produzindo meios (instrumentos) que lhes permitam realizar essa transformação.

O ser humano transforma a natureza, transforma o potencial latente existente nela, com o intuito de se apropriar dela e sanar suas necessidades (tanto biológicas, quanto culturais) e, nesse movimento de transformação da natureza externa, transforma sua própria natureza interna, transforma a si mesmo enquanto ser humano. Transforma-se a natureza, em primeiro lugar, para garantir a própria condição de vida, pois “para viver, precisa-se, antes de tudo, de comida, bebida, moradia, vestimenta e algumas coisas mais” (Marx e Engels, 2009, p. 33). Mas isso não está dado naturalmente, é preciso criar esses meios de vida. Essa produção leva a novas necessidades, através de uma relação dupla – tanto natural quanto social.

²² Estamos aqui falando do trabalho de forma geral, como obra humana, e não do trabalho como se expressa no modo de produção capitalista – trabalho alienado, em que para o ser humano o produto de seu trabalho não mais é concebido como obra sua. Ver Marx (2009a) e Mészáros (2009).

Pode-se distinguir os homens dos animais pela consciência, pela religião ou pelo que se queira. Mas eles mesmos começam a se distinguir dos animais tão logo começam a produzir seus meios de vida, passo que é condicionado por sua organização corporal. Ao produzir seus meios de vida, os homens produzem, indiretamente, sua própria vida material (Marx e Engels, 2009, p. 87).

Partimos do próprio ser humano, entretanto, não de forma isolada ou fantástica, “mas em seu processo de desenvolvimento real, empiricamente observável, sob determinadas condições” (Marx e Engels, 2009, p. 94). Fazemos isso pois a forma como o ser humano produz sua vida em sociedade depende, primeiramente, de como ele encontra os meios de vida, que ele precisa reproduzir e desenvolver – sendo que essa reprodução não está reduzida apenas à existência física dos indivíduos, mas também à sua existência cultural (entendida de forma ampla). O modo de produção, ou seja, a forma como se organiza a produção da vida em determinado momento histórico, é a forma de exteriorizar sua vida, de se objetivar, de criar uma realidade objetiva, que se torna o modo de vida dos indivíduos. E a forma como esses indivíduos exteriorizam suas vidas é a forma como são eles próprios, pois eles coincidem com sua produção, “tanto com *o que* produzem como também com *o modo como* produzem. O que os indivíduos são, portanto, depende das condições materiais de sua produção” (Marx e Engels, 2009, p. 87).

Segundo Marx (2013), o trabalho é, primeiramente, um processo entre o ser humano e a natureza, um processo de transformação da natureza pela ação do próprio ser humano, mediando, controlando e regulando seu metabolismo com a natureza. Ele aparece primeiramente como um meio para satisfazer a necessidade de manutenção da existência física, pois, não importa a forma como apareçam, o ser humano vive fisicamente somente dos produtos da natureza. Entretanto, o *Homo sapiens* não consegue individualmente realizar essa transformação, pois ele é subjugado por essa natureza; é preciso transforma-la em conjunto com outros sujeitos. A partir desse momento, o *Homo sapiens* deixa de ser apenas mais uma espécie animal e se torna ser humano, pois começa a universalizar a natureza. Essa universalização ocorre, pois o ser humano, ao mesmo tempo em que continua a ser dependente da natureza, passa também a ser independente dela – ao mesmo tempo em que extrai dela os produtos de sua sobrevivência, a transforma para atender as necessidades humanas. Disso segue que a vida produtiva do ser humano se torna sua vida genérica, pois faz de sua totalidade enquanto ser seu corpo inorgânico – que se constitui enquanto os instrumentos, tanto técnicos, quanto psíquicos, que estendem o seu potencial biológico, orgânico –, porque se trata de um meio de vida imediato e de

objeto/matéria e instrumento de sua atividade vital, além de permitir que se diferencie da atividade animal, baseada somente no instinto.

Ao transformar a natureza, o ser humano se apropria dela e a incorpora à prática social, à prática de produção da vida em conjunto com outros seres humanos. Desse momento em diante o que constitui o ser humano não é mais apenas seu lado natural, biológico, mas também seu lado não-natural, que são as formas socioculturais e os produtos do trabalho humano em geral. Nesse movimento de transformação da natureza o ser humano, ao mesmo tempo, também se objetiva, produz uma realidade objetiva com características humanas – pois adquire características socioculturais – desenvolvidas e acumuladas por diversas gerações de seres humanos (Duarte, 2008).

Assim, é somente o trabalho que possui a característica que permite a inter-relação entre o ser humano (a sociedade) e a natureza, tanto inorgânica (ferramentas, objetos do trabalho, entre outros) como orgânica, assinalando assim a transição do ser meramente biológico ao ser social (Lukács, 2013).

É a partir do trabalho que o ser humano transforma tanto o mundo – a realidade objetiva – quanto o próprio ser que trabalha, incluindo seu pensamento sobre esse mundo. Essa atividade é especificamente humana pois ela é teleológica, ou seja, é uma atividade voltada a um fim, que está na mente do trabalhador antes da própria ação de transformação; uma atividade que possui um momento subjetivo que se exterioriza na realidade objetiva e que cada vez mais se distancia da atividade animal baseada somente no instinto. Vázquez (2011, p. 225) complementa que essa atividade teleológica também permite que, a partir de uma realidade conhecida, o ser humano possa “prever uma fase de seu desenvolvimento que ainda não ocorre. Tal é a legítima função da previsão científica. Com ela, antecipa-se idealmente o que ainda não existe efetivamente”.

A transformação da natureza, que gera uma transformação no próprio ser que trabalha, engendra instrumentos psíquicos como meios para realizar essa atividade. Assim, da mesma forma como produz sua vida, o ser humano também produz suas representações, suas ideias em relação ao mundo ao seu redor. Entretanto, produz ideias que não estão deslocadas desse mesmo mundo objetivo, mas que são determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas²³ e pelas relações de produção em determinado momento histórico, pois são dessas relações, dessa produção da vida em sociedade, que

²³ As forças produtivas, aqui, significam as *forças para produção da vida*.

se constitui o ser social, que é um ser consciente. A consciência é, portanto, o próprio ser consciente, sendo que este ser, no humano, é o seu processo de vida real, pois ao desenvolver a forma como produz sua vida, a humanidade transforma a própria realidade e, a partir dessa realidade transformada, seu próprio pensar e os produtos do seu pensar (Marx e Engels, 2009).

Segundo Marx (2009b), a partir da transformação das forças produtivas, a humanidade transforma o seu modo de produção; e ao transformá-lo, transforma também as relações sociais e produz, “também, os princípios, as ideias, as categorias de acordo com as suas relações sociais” (Marx, 2009b, p. 126), pois o ser humano é condicionado pelo modo de produção de sua vida material, por um determinado desenvolvimento das forças produtivas, assim como o intercâmbio que a elas corresponde (Marx e Engels, 2009).

Assim, para o ser humano é possível ser um ser consciente e, além disso, é possível a exteriorização de seu subjetivo para a realidade objetiva através do trabalho. Entretanto, essa exteriorização não ocorre imediatamente, pois, segundo Mamardašvili (1986), entre o objeto e a subjetividade humana, existe todo um sistema de elos sociais com significado – os elos do intercâmbio de atividades entre as pessoas, pois os códigos da consciência são representações de objetos que foram engendrados por mecanismos sociais. Portanto, a consciência é julgada de acordo com transformações específicas que as relações reais estão sujeitas. “O texto é escrito pela sociedade, mas está codificado nos indivíduos” (Mamardašvili, 1986, p. 111, tradução nossa).

E essa relação entre objeto e sujeito mediada pelo trabalho (que possui uma finalidade) torna possível o dinamismo das sociedades humanas e, conseqüentemente, sua história – de superações e retrocessos –, não sendo possível analisa-las a partir de leis mecânicas, fazendo com que, de acordo com Maher (2016, p. 305, tradução nossa), “somente em referência ao processo real da história concreta que se pode avaliar a significância de qualquer evento específico naquele processo”. Dessa forma, “nem os pensamentos nem a linguagem constituem um reino próprio; eles são apenas *manifestações* da vida real” (Marx e Engels, 2009, p. 429). Portanto: “Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência” (Marx, 2008, p. 47).

A forma de exteriorização da consciência é a linguagem, que “é a consciência real, prática, que existe para os outros homens e que, portanto, também existe para mim

mesmo” (Marx e Engels, 2009, p. 34), e ambas nascem da necessidade de intercâmbio entre os seres humanos. Dessa forma, a consciência sempre foi um produto social, sendo que no início era apenas a consciência do meio sensorial mais imediato, assim como do vínculo limitado tanto com outras coisas quanto com coisas exteriores ao indivíduo que se torna consciente. Ou seja, é consciência, ao mesmo tempo, da natureza (que se apresenta inicialmente como “um poder totalmente estranho, onipotente e inabalável, com o qual os homens se relacionam de um modo puramente animal”) e “da necessidade de firmar relações com os indivíduos que o cercam constitui o começo da consciência de que o homem definitivamente vive numa sociedade” (Marx e Engels, 2009, p. 35).

Assim, compreendemos que a partir do trabalho, atividade teleológica específica do ser humano, este transforma o mundo e transforma a si mesmo enquanto ser, transformando também a sua consciência sobre esse mundo, transformando-o em ser consciente. E essa consciência do mundo ao redor se expressa no pensamento, em sua forma mais elevada, no conceito.

4.3. CONCEITO: A DIALÉTICA DO ABSTRATO E DO CONCRETO

Entendemos que do trabalho, da atividade pensada de transformação do mundo, surge a própria consciência desse mundo e do próprio ser humano. Precisamos agora entender como essa consciência apreende um objeto, para poder então incidir sobre ele com uma finalidade.

Os conceitos são generalizações, abstrações da realidade objetiva no pensamento. Dessa forma, queremos deixar claro, em primeiro lugar, que as abstrações são históricas, ou seja, são determinadas pelas condições históricas e possuem validade para essas condições e nos limites dessas mesmas condições (Marx, 2008). As abstrações dependem, portanto, das relações sociais em que se encontram e estas estão intimamente ligadas às forças produtivas. Ao desenvolver as forças produtivas, o ser humano transforma a forma como se produz a vida – o modo de produção – e essa transformação, por fim, transforma as próprias relações sociais, as relações que organizam a forma como se produz a vida em determinado momento histórico. E, da mesma forma que essas relações sociais são estabelecidas por seres humanos de acordo com sua produtividade material, também são estabelecidas as ideias, os princípios, as categorias para se pensar

esse mundo de acordo com as relações sociais. “Assim, essas ideias, essas categorias são tão pouco eternas quanto as relações que exprimem. Elas são *produtos históricos e transitórios*” (Marx, 2009b, p. 126). Podemos, assim, considerar os conceitos como impressões/reflexos momentâneos da realidade no pensamento, mutáveis (o que não quer dizer que estão mudando a todo momento, mas em consonância com a mudança da própria realidade), portanto não estáticas.

Donnangelo (2014, pp. 73-74) exemplifica isso no caso do objeto saúde:

Então, na história do conceito saúde/doença, não disse que os conceitos saúde/doença que estão aí, são ahistóricos e nunca poderão ser outros. O que eu disse é que eles não são outros. Eles estão aí, são históricos, foram montados daquele jeito e tinham que ser montados nos respectivos momentos de montagem, vamos dizer. Então, eu não posso dar uma penada neles por que eu não gosto deles. E achar que, só porque eu não gosto deles, há conceitos alternativos disponíveis. E esses conceitos terão que passar pelo mesmo processo de construção histórica dos demais.

Esse mundo ao redor, essa realidade objetiva, é, portanto, apreendida pela consciência do ser humano, de forma histórica, dependendo das relações sociais em que se encontra e o desenvolvimento das forças produtivas alcançado até aquele momento. Essa apreensão da realidade pela consciência se realiza através de conceitos e abstrações, que são o “método que decompõe o todo para poder reproduzir espiritualmente a estrutura da coisa, e, portanto, compreender a coisa” (Kosik, 2011, p. 18).

Como vimos com a história dos Tropi, abstrair não é simplesmente ver o que existe de comum entre cada caso concreto – ou reunir as diferentes características existentes nos diferentes casos concretos de um mesmo fenômeno. Isso ainda é permanecer no concreto sensorial (fenomênico, da aparência), mas agora em múltiplos casos. Para realizar abstrações é preciso um esforço reflexivo de análise, e, portanto, um concreto pensado segundo os referenciais teóricos (bibliográficos) que adotamos de social (a produção da vida em conjunto com outros sujeitos) e de humano (um ser natural que transforma a natureza a partir do trabalho), o que permite que cheguemos nas abstrações que nos permitem entender como e porque surgiram esses casos concretos particulares; e a partir desse conhecimento, nos permite agir sobre eles de forma qualificada. Abstrair significa analisar o objeto em estudo prescindindo das influências externas particulares (casuais) que não dizem respeito a sua essência e, a partir disso, realizar generalizações, ou seja, a partir da essência do objeto, entende-lo para todos os casos particulares, independentemente das diferentes aparências que possam ter, e que esse entendimento

seja específico, que não se aplique a outros casos que não daquela classe de objetos ou grupo de sujeitos. Dessa forma, pode-se considerar o universal como sendo um caso único (a essência), enquanto o particular como sendo milhões de casos (as diversas especificidades dos diversos casos concretos – a realidade enquanto síntese de muitas determinações).

Partimos de nossos sentidos para entender essa realidade, mas não paramos nessa fase, devemos ir além desse contato imediato, com a aparência, buscando compreender também sua essência. Sempre que nos aproximamos de um objeto com o intuito de entendê-lo, começamos pelo contato entre nossos sentidos e as características do objeto (ficando claro que, com o desenvolvimento do conhecimento sobre o mundo, é possível estudar os objetos prescindindo deste *toque* inicial do objeto, já realizado por outra pessoa em outro momento) e com isso começamos a conhecê-lo. Entretanto, se pararmos nesse momento, esse conhecimento pode ser enganador, superficial. Por um lado, o objeto dificilmente se apresenta integralmente aos nossos sentidos e, por outro lado, nossos sentidos muitas vezes não conseguem captar todas as características do objeto. Nossos sentidos, ao tocar um pedaço de madeira, não nos dizem que aquele objeto é combustível que alimenta o fogo ou que ele pode ser transformado em diversos outros objetos (e, depois desse conhecimento estar difundido, torna-se parte fenomênica do objeto, presente no senso comum); aparentemente uma planta pode ser igual a todas as outras, porém ela é venenosa para o ser humano, entre outros exemplos. De acordo com Kosik (2011, p. 14), a forma fenomênica de um objeto e sua existência real além de diferentes, muitas vezes são “absolutamente contraditórias com a *lei* do fenômeno, com a estrutura da coisa e, portanto, com o seu núcleo interno *essencial* e o seu conceito correspondente”.

Segundo Marx (2008), o concreto é concreto, porque ele é a síntese de muitas determinações, é a unidade do diverso, contendo em si mesmo o seu contrário. Ou seja, a realidade está repleta de contradições e o pensamento, auxiliado pelos conceitos, tem a possibilidade de compreender essa realidade contraditória. Dessa forma, o concreto é, ao mesmo tempo, ponto de partida e resultado da análise, pois é a partir do concreto, da intuição e da representação, que se realizam abstrações para entendê-lo; mas ele é o resultado, porque aparece no pensamento como o processo da síntese²⁴. Ascender do abstrato ao concreto é o método, portanto, que permite o pensamento se apropriar do

²⁴ E por isso é muito fácil partir do princípio de que a realidade é criada pelo pensamento.

concreto, reproduzi-lo mentalmente enquanto coisa concreta. Essa síntese, porém, “não é, de nenhum modo, o processo da gênese do próprio concreto” (Marx, 2008, p. 259), pois o pensamento não cria a realidade, mas sim é um instrumento que permite o ser humano transformar a natureza para suprir suas necessidades – uma natureza que existe fora e independentemente do próprio pensamento. O todo que aparece no cérebro é um produto do cérebro pensante; entretanto, o objeto concreto permanece em pé antes e depois desse processo, independentemente dele; portanto, “o cérebro não se comporta senão especulativamente, teoricamente” (Marx, 2008, p. 260).

Depois de realizadas as abstrações, volta-se novamente ao concreto, mas agora o concreto que se vê não é mais aquele todo caótico da intuição, é agora um todo ordenado em que se entendem os fundamentos dos elos que ligam os diversos fenômenos e as múltiplas determinações do objeto; é o concreto pensado. É o fenômeno em suas íntimas leis, em sua essência, e não apenas em sua aparência. Segundo Kosik (2011), o todo – ou a totalidade – é a realidade ordenada, é um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido; isso não significa que a totalidade seja a soma de todos os fatos, ou o conhecimento de todos os fatos, mas que cada fato seja tomado dentro da sua totalidade, a partir das relações constitutivas daquele fenômeno. A partir desse fundamento, é possível compreender o fenômeno em sua concreticidade, como realidade concreta, síntese de múltiplas determinações.

O método de análise que descrevemos, portanto, consiste em partir do particular-concreto, do fenômeno, para se chegar às categorias mais universais, mais gerais e, a partir delas, entender as determinações que levam o fenômeno a fazer parte daquele todo; esse concreto é o ponto de chegada e também é o ponto de partida. Entretanto, é um novo ponto de chegada, pois agora está em um nível superior, não sendo mais um todo caótico, um concreto caótico, como no início da análise; por isso o método pode ser representado didaticamente como uma espiral ascendente, que faz com que toda nova determinação descoberta exija que esse trajeto seja feito novamente: parte-se novamente do ponto de partida para se voltar a ele como ponto de chegada, em cada iteração com novas determinações. A cada novo trajeto (prática – teoria – prática), chega-se no fenômeno, no particular, com um reflexo cada vez mais rico, mais complexo, com um entendimento maior das determinações e das mediações existentes. Isso é necessário, pois a realidade é movimento, não é imóvel, estática, e é, principalmente, histórica. Deve-se continuamente

realizar a ascensão do abstrato ao concreto, verificando se o que no início da análise era verdade, ainda continua sendo, se o concreto pensado ainda continua correspondendo à realidade objetiva – o ponto de partida da análise.

Segundo Ilyenkov (2008, pp. 137-138, tradução nossa):

Em outras palavras, pode-se dizer que a ascensão do concreto ao abstrato e a ascensão do abstrato ao concreto, são duas formas mutuamente supostas de assimilação teórica do mundo, do pensamento abstrato. Cada um deles é realizado somente através de seu oposto e em unidade com ele. A ascensão do abstrato ao concreto sem seu oposto, sem a ascensão do concreto ao abstrato se tornaria uma ligação puramente escolástica das abstrações escassas prontas, emprestadas acriticamente. Ao contrário, uma redução do concreto ao abstrato, desempenhada aleatoriamente, sem uma ideia geral claramente percebida da pesquisa, sem uma hipótese, não pode e também não irá produzir uma teoria. Produzirá somente uma pilha disjunta de abstrações escassas.

A ascensão do abstrato ao concreto se conforma como um método que possibilita ao pensamento humano assimilar a realidade concreta, que existe fora e independentemente dele. Esse método assume a existência de uma realidade concreta não interpretada; além de uma atividade objetiva prática do ser humano social se desenvolvendo independentemente do pensamento; e de uma forma sensorial imediata de reflexo dessa realidade concreta objetiva na consciência. Isso significa que o pensamento teórico é posterior à existência do mundo objetivo. Esse é “o único método pelo qual o pensamento pode reproduzir no conceito, no movimento dos conceitos, a concreticidade historicamente estabelecida existindo fora e independentemente dele, um mundo existindo e se desenvolvendo fora e independentemente do pensamento” (Ilyenkov, 2008, p. 158, tradução nossa).

Ainda de acordo com Ilyenkov (2008, p. 165, tradução nossa):

O método da ascensão do abstrato ao concreto é primeiro de tudo um método de análise dos fatos empíricos reais. Enquanto tal, organicamente inclui em si mesmo o movimento reverso como seu contrário internamente necessário: cada passo neste caminho é exatamente um ato da ascensão da concreticidade dada sensorialmente a uma expressão teórica abstrata. É por isso que a ascensão do abstrato ao concreto no pensamento é ao mesmo tempo um movimento continuamente renovado do concreto em contemplação e noção ao concreto no conceito.

O método da ascensão do abstrato ao concreto nos permite refletir a realidade objetiva no pensamento, pois “no pensamento, o homem reflete a realidade de modo generalizado” (Vigotski, 2009, p. 12), por meio de conceitos, porque sem generalização

o ser humano não seria capaz de pensar arbitrariamente, não conseguiria se desvencilhar do próprio objeto da ação; estaria sempre preso ao caso particular imediato. Segundo Lukács (2013, p. 65), “essa separação tornada consciente entre sujeito e objeto é um produto necessário do processo de trabalho e ao mesmo tempo a base para o modo de existência especificamente humano”. E o ser humano consegue generalizar devido à linguagem, pois, por necessitar produzir sua vida em conjunto com outros seres humanos, necessita de comunicação, “estabelecida com base em compreensão racional e na intenção de transmitir idéias e vivências” no processo de trabalho (Vigotski, 2009, p. 11). Analisando de forma lógica, no desenvolvimento histórico do ser humano primeiro surge a consciência e depois a linguagem; analisando cronologicamente, ambas surgem concomitantemente. Como o ser humano deixa de viver imediatamente com a natureza e passa a transformá-la através de mediações, os motivos de sua atividade podem não corresponder imediatamente ao seu objeto (torna-se uma ação), diferente dos outros animais, cujos motivos biológicos e o objeto nunca se separam (Leontyev, 2009).

É preciso, portanto, comunicar o que se está pensando, pois a ação será realizada por diversos sujeitos, com diversos motivos, com um objetivo²⁵. A linguagem permite a criação de abstrações com significado refletindo o mundo objetivo, por um lado, desenvolvendo o próprio pensamento devido às abstrações que ela criou e, por outro, permite exteriorizar o pensamento abstrato, generalizado, comunicando ao outro sobre algo que não está presente imediatamente, ou sobre o passado e até mesmo um possível futuro (Lukács, 2013).

Nesse sentido, o espelhamento [da realidade no pensamento] tem uma natureza peculiar contraditória: por um lado, ele é o exato oposto de qualquer ser, precisamente porque ele é espelhamento, não é ser; por outro lado, e ao mesmo tempo, é o veículo através do qual surgem novas objetividades no ser social, para a reprodução deste no mesmo nível ou em um nível mais alto. Desse modo, a consciência que espelha a realidade adquire certo caráter de possibilidade (Lukács, 2013, p. 67).

²⁵ Segundo Leontyev (2009), especificamente no capitalismo, no qual o trabalho é alienado, os motivos particulares dos sujeitos não estão articulados com os fins coletivos (ou seja, a satisfação de necessidades sociais); entretanto, mesmo estes sujeitos não tendo consciência do objetivo final coletivo (apenas de seu objetivo específico particular), a própria forma como está estruturada a produção nessa sociedade torna possível que os objetivos particulares de cada sujeito particular atinjam o objetivo final que é a produção de mercadorias. E a essa estrutura da produção soma-se a ideologia (como forma específica de consciência social) da classe dominante, com seus valores e diretrizes práticas, que se mostra mistificada como valores e diretrizes de todas as classes. Segundo Mészáros (2009, p. 35), isso permite que ocorra uma “falsa universalização da mais crua parcialidade”.

E a unidade que permite analisar a linguagem e o psiquismo é a palavra (Vigotski, 2009). Segundo Luria (2001) e Vigotski (2009), a palavra não serve apenas para designar uma coisa e separar suas características ou designar um objeto isolado; ela serve para generalizar uma coisa, inclui-la em uma determinada categoria, se referir a todo um grupo ou classe de objetos. Ao realizar a generalização dos objetos, a palavra se converte em um instrumento de abstração e generalização, a operação mais importante da consciência. Por isso, cada palavra é uma generalização latente, ela generaliza e, em termos psicológicos, é antes de tudo uma generalização. Além disso, ser um significado implica determinadas relações de generalidade com outros significados, se constituindo enquanto uma medida específica de generalidade. Em outros termos, a palavra não é apenas um meio de substituição das coisas, mas a própria célula do pensamento, na medida em que a abstração e generalização são as funções mais importantes do pensamento. Além disso, a palavra é importante, pois é a partir dela que se forma o conceito e, posteriormente, ela torna-se seu símbolo.

Segundo Vigotski (2009, p. 170):

O conceito é impossível sem palavras, o pensamento em conceitos é impossível fora do pensamento verbal; em todo esse processo, o momento central, que tem todos os fundamentos para ser considerado causa decorrente do amadurecimento de conceitos, é o emprego específico da palavra, o emprego funcional do signo como meio de formação de conceitos.

Dessa forma, apreendemos a realidade objetiva por meio de conceitos, por meio de abstrações, já que em nossa análise “não podemos nos servir de microscópio nem de reagentes químicos” (Marx, 2013, p. 78). O conceito é engendrado após se abstraírem todas as características concreto-fatuais (as características casuais), permitindo chegar na essência do objeto (a célula mais geral), para, a partir dessa essência, entender todos os casos particulares, independentemente das diferentes aparências que possam ter. Isso permite ao sujeito, a partir desse fundamento, compreender o fenômeno em sua concreticidade, como realidade concreta, síntese de múltiplas determinações (Marx, 2008). Ou seja, o conceito deve ser entendido como um método utilizado para decompor um objeto (um caso concreto, particular) em sua totalidade (em unidade), para reproduzir no pensamento a estrutura desse objeto e, dessa forma, compreender a sua estrutura. Para isso é mister abstrair os casos concretos ou as características concretas, partindo do concreto rumo ao abstrato (para depois realizar o segundo caminho, a ascensão do

abstrato ao concreto), retirando os elementos que fazem com que ele possua concreticidade, chegando em sua essência, sua abstraticidade, à célula que explica o objeto, que não corresponde a qualquer caso concreto em particular, para entender o que os engendra. A abstração é, portanto, tanto o método quanto o resultado – que se expressa na forma de conceito, ou seja, a abstração com significado.

A forma como se produz a vida em determinado momento histórico, determinado modo de produção, engendra determinada forma de explicar a própria realidade do ser humano, pois engendra determinado conceito sobre o objeto estudado. E como o conceito é a reprodução mental da realidade objetiva, e esta é transformada pela humanidade enquanto totalidade, ele sempre é engendrado socialmente, não sendo algo criado aleatoriamente pelo ser humano individualmente. Portanto, o conceito não é uma abstração vazia, e não é vazia exatamente por não conter concreticidade, por ser a essência *social* do objeto estudado, objeto este que existe independentemente do pensamento humano.

Dessa forma, todo conceito é, por um lado, abstrato, pois contém em si apenas um momento particular da realidade concreta e não ela em sua totalidade; por outro lado, todo conceito é concreto, pois ao não englobar as características formais gerais dos fatos heterogêneos, ele explicita de forma mais precisa a definição concreta do fato ao qual pertence e como este fato está relacionado ao todo agregado que é a realidade, desempenhando esta e não aquela função, possuindo este e não aquele significado. Portanto, todo conceito (e não as noções gerais) são *abstrações concretas*; é sempre a coisa que é expressa nele, mas enquanto uma coisa de acordo com a propriedade que possui especificamente como um elemento de um sistema concreto de coisas se relacionando entre si, e não como algo que pertence a uma esfera deslocada da realidade (Ilyenkov, 2008). “O abstrato não é, deste ponto de vista, somente um sinônimo do puramente ideal, existindo somente na consciência, no cérebro do homem na forma de sentido ou significado de uma palavra-signo” (Ilyenkov, 2008, p. 55, tradução nossa).

Assim, a todo conceito, mesmo aqueles mais abstratos, sempre corresponde um certo grau de realidade, que está representada no conceito de forma abstrata, segregada dessa mesma realidade. Até mesmo os conceitos que podemos considerar fictícios, matemáticos, são, em última análise, um reflexo das relações reais entre coisas e processos reais, mesmo que não resultem de um conhecimento experimental direto, mas tenham surgido a partir do caminho dedutivo, a partir de operações especulativas lógicas

(Vigotski, 2004)²⁶. Todo pensamento comporta uma abstração e esta representa apenas uma das formas de sua conexão com o real e não um afastamento definitivo dela. Como é a prática social da própria humanidade o fundamento e o critério de validação do pensamento, essa distância aparente entre a teoria e a prática é o resultado da elevação do pensamento teórico para além das características sensoriais específicas que sustentam a atuação prática (Martins, 2013).

Só é possível existir o conceito de um fenômeno, em geral, onde este fenômeno é entendido não abstratamente (ou seja, não como um fenômeno recorrente), mas sim concretamente; isso significa considerar o papel e a posição do fenômeno em um sistema definido de fenômenos que estão interagindo entre si, um sistema que forma certo todo coerente. O conceito existe onde o individual e o particular (os casos concretos) não são tomados como meramente o individual e o particular (apesar de recorrentes), mas sim quando eles são tomados através de seus elos mútuos, através do universal, entendido como uma expressão do princípio que fundamenta estes elos. A formação de conceitos se dá a partir da compreensão do fenômeno; e compreender um fenômeno significa estabelecer o lugar e o papel que ele desempenha no sistema concreto de fenômenos que estão interagindo entre si, no qual esse fenômeno é necessariamente realizado; é encontrar aqueles traços que tornam possível o fenômeno desempenhar aquele papel no todo. Compreender o fenômeno significa descobrir o modo de sua origem, descobrir a regra que faz com que o fenômeno se engendre necessariamente naquela totalidade concreta de condições, significa analisar as próprias condições da origem dos fenômenos (Ilyenkov, 2008).

Por conseguinte, dominar um conceito não significa aprender seus aspectos formais e verbais, mas sim compreender a realidade que ele contém (Martins, 2013), pois o conhecimento sempre é conhecimento de um objeto e não o conhecimento de um sistema de frases sobre o objeto a partir de uma conexão imaginária, tênue, entre ambos. O conhecimento de um determinado objeto não é um problema puramente linguístico, no qual se assimila a linguagem disponível e depois os fatos na forma dessa linguagem – como fazem os neopositivistas (Ilyenkov, 2016a). Dessa forma, a realidade concreta é o conteúdo do conceito, conteúdo submetido à formulação de juízos lógicos que permite

²⁶ Segundo Stewart (2013, p. 11): “O poder das equações reside na correspondência filosoficamente difícil entre a matemática, uma criação coletiva de mentes humanas, e uma realidade física externa”.

que a realidade objetiva seja refletida no pensamento através das conexões entre objetos e fenômenos (Martins, 2013). Definir um conceito, portanto, não significa descobrir qual o sentido que foi atribuído ao termo pelas pessoas. “Definir um conceito significa definir o objeto. A partir da perspectiva do materialismo, é uma e a mesma coisa. A única definição correta é, portanto, chegar à essência da questão” (Ilyenkov, 2008, p. 52, tradução nossa).

Consideramos que os conceitos são a forma superior de pensamento, a forma de reproduzir mentalmente o concreto da realidade objetiva e o faz a partir do método da ascensão do abstrato ao concreto. E como o conceito sempre é engendrado socialmente, ele parte de como se produz a vida em determinado lugar e em determinado momento histórico, ou seja, ele não é criado aleatoriamente pelo indivíduo, mas ao se estudar a realidade objetiva, elaboram-se conceitos sobre ela a partir dela mesma, a partir do que e como o ser humano produz sua vida. Salientamos, assim, que essa construção, sendo sempre histórica, é igualmente delimitada por essa sua historicidade, o que quer dizer que os conceitos sempre serão historicamente reelaborados. Como disse Lefebvre (1983, p. 98): “O *relativismo* dialético admite a relatividade de nossos conhecimentos, não no sentido de uma negação da verdade objetiva, mas no sentido de uma perpétua *superação* dos limites de nosso conhecimento”.

O conceito é sempre a realidade objetiva, com suas múltiplas determinações, reproduzida no pensamento, pois abstrair as características concreto-fatuais (casuais) dos objetos é o que permite se entender a relação dessas características com o todo em que o objeto está inserido. Portanto, é possível reproduzir mentalmente todo e qualquer objeto sem prescindir de suas contradições, complexidade e diversidade. O mesmo ocorre com a complexidade da vida humana, que, dessa forma, pode ser reproduzida mentalmente na forma de conceito. Sendo a saúde parte dessa vida, ela pode ser conceituada e não só nomeada, pois, enquanto essência, enquanto universalidade, é exatamente aquilo que explica cada caso particular, a própria complexidade de cada caso concreto.

5. O CONCEITO DE SAÚDE NA SAÚDE COLETIVA: A POLISSEMIA

A grande maioria dos estudos pertencentes à Saúde Coletiva, conforme veremos a seguir, assume ser possível a elaboração de um conceito de saúde. Entretanto, como se dá a construção de uma definição de saúde por parte desses estudos? Em primeiro lugar, verificamos que existe uma polissemia do termo, diante da qual podemos indagar: será que essas definições de saúde têm tomado o mesmo rumo convergente que existe com as diferentes definições de Saúde Coletiva, isto é, o que é saúde coletiva para os participantes desse campo? Além disso, por ser um movimento que se preocupa em fazer a crítica a uma visão do corpo que reduz biomedicamente saúde a um corpo não patológico, como tem sido tratado o corpo nesses estudos?

Neste capítulo, primeiro apresentaremos como selecionamos a produção bibliográfica da Saúde Coletiva analisada para, a partir de excertos dos estudos analisados, verificar como tem sido definido o conceito de saúde e o corpo e, em seguida, realizar uma síntese sobre as definições de saúde existentes dentro do movimento Saúde Coletiva com base em nossa concepção de conceito enquanto concreto pensado.

5.1. A ANÁLISE EMPÍRICA DO CONCEITO DE SAÚDE E DA TOMADA DO CORPO NA SAÚDE COLETIVA

Nossa pesquisa empírica foi documental, contendo a produção bibliográfica que foi selecionada a partir da base de dados Scielo, por concentrar os principais periódicos que reúnem publicações da Saúde Coletiva enquanto área de conhecimento. Para as buscas foram utilizados de forma isolada os seguintes descritores: ‘conceito de saúde’, ‘determinação social do processo saúde-doença’ e ‘saúde global’. E, a seguir, outros descritores afins do tema foram utilizados de forma cruzada, sendo eles: ‘processo saúde-doença’, ‘promoção da saúde’ e ‘qualidade de vida’, cruzados com ‘conhecimento’, ‘produção científica’, ‘práticas de saúde’ e ‘serviços de saúde’. Não houve restrição quanto ao ano de publicação, sendo incluídos todos os artigos encontrados com os descritores apresentados, de 1978 a 2016. Essa busca resultou em um total de 864 artigos, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Número total de artigos da base Scielo por descritores, Brasil, 2016

Descritores	Conhecimento	Produção Científica	Práticas de Saúde	Serviços de Saúde	TOTAL
Processo Saúde-Doença	56	5	85	57	203
Promoção da Saúde	110	17	21	51	199
Qualidade de Vida	201	26	7	77	311
Conceito de Saúde	-	-	-	-	68
Determinação Social do Processo Saúde-Doença	-	-	-	-	39
Saúde Global	-	-	-	-	44
TOTAL	367	48	113	185	864

Fonte: Scielo (2016).

Esse primeiro conjunto abrangia tanto a produção da Saúde Coletiva enquanto área de conhecimento, quanto fora dela. Além disso, existiam artigos que se repetiam em mais de um descritor. Assim, foi realizada a limpeza das repetições e a manutenção das revistas apenas da Saúde Coletiva como a fonte da produção a ser examinada. A definição de quais seriam essas revistas foi baseada na publicação de um volume especial da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, dedicado à história das principais revistas da Saúde Coletiva (Ciência & Saúde Coletiva, 2015). São elas: *Cadernos de Saúde Pública* (CSP); *Ciência & Saúde Coletiva* (CSC); *Revista de Saúde Pública* (RSP); *Interface – Saúde, Educação, Comunicação* (Interface); *Revista Brasileira de Epidemiologia* (RBE); *Saúde e Sociedade* (SS); *Physis – Revista de Saúde Coletiva* (Physis); *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* (RBSMI); *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* (RBSO); *Trabalho, Educação e Saúde* (TES); *Saúde em Debate* (SD); e *Revista do Sistema Único de Saúde* (RSUS). Desse procedimento resultou o Quadro 2.

Quadro 2 – Número final de artigos que conceituam saúde de forma ampla, Brasil, 2017

Descritores	Conhecimento	Produção Científica	Práticas de Saúde	Serviços de Saúde	TOTAL
Processo Saúde-Doença	29	0	31	16	76
Promoção da Saúde	42	5	9	21	77
Qualidade de Vida	31	2	0	32	65
Conceito de Saúde	-	-	-	-	38
Determinação Social do Processo Saúde-Doença	-	-	-	-	21
Saúde Global	-	-	-	-	17
TOTAL	102	7	40	69	294

Assim, daquele total inicial de 864, foram selecionados 294 artigos para serem examinados, com base em seus resumos, quanto à possível pertencimento ao presente estudo: aqueles que declaradamente diziam que trabalhariam com alguma definição de

saúde, assim como aqueles que comentavam sobre uma definição de saúde e aqueles que faziam menção a uma definição de saúde, resultando em 65 artigos para leitura integral.

Nessa leitura integral buscou-se maior delimitação e precisão quanto a definição sobre saúde, considerando-se que os textos deveriam conter alguma afirmativa sobre o que é saúde. Desse segundo exame, resultaram 34 artigos (ver Anexo 1) que afirmavam um conceito de saúde, mesmo que essa afirmação não fosse o objeto principal do trabalho. O período de publicação desse grupo de artigos ficou entre os anos de 1991 e 2015, sendo que dos selecionados, não permaneceram quaisquer artigos dos periódicos: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*; *Trabalho, Educação e Saúde*; *Revista Brasileira de Epidemiologia*; e *Revista do Sistema Único de Saúde*, conforme Gráfico 1 **Erro! Fonte de referência não encontrada..**

Gráfico 1 – Número de artigos que delimitam o conceito de saúde por período de tempo, segundo periódico científico de publicação, Brasil, 2017

Como podemos observar, uma pequena parte das pesquisas na Saúde Coletiva dedicou-se a discutir o conceito de saúde e também apenas nas últimas décadas. Podemos observar que ocorre um aumento a partir de meados da primeira década de 2000, exatamente quando passa a existir uma maior confluência da Saúde Coletiva em direção a um movimento preocupado com uma disputa epistemológica enquanto campo, que, como vimos (no capítulo 2), não se inicia nesse momento. Isso mostra que o movimento da Saúde Coletiva, que se conformou enquanto movimento aglutinador da área da saúde, buscando fazer a crítica à forma como a Medicina e a Saúde Pública lidam com a prática

de saúde, tendo como um de seus fundamentos a busca pela superação da visão biomédica da saúde, não o tem feito por meio de entender o que é a saúde, preocupando-se com outros objetos de estudo.

Isso talvez seja resultado da ocorrência que antes identificamos na análise sobre a história da Saúde Coletiva: a partir da década de 1990, muitos estudos passaram a tratar as questões dos serviços de saúde centradas em si mesmas, isoladas de um todo e, dessa forma, uma definição teórica sobre a saúde passaria a ser secundária.

Dos artigos examinados, 10 tinham como objeto uma análise do conceito de saúde, classificados como ‘epistemologia e/ou história do conceito’, enquanto os outros 24 artigos tratavam de temas diversos, conforme Quadro 3. Entretanto, apenas 7 buscaram discutir de fato um conceito de saúde, sendo que destes apenas 2 buscaram realizar uma elaboração conceitual mais delimitada sobre saúde (além do fato de que 2 deles concluem a dificuldade de existir um conceito de saúde), ficando os outros 27 artigos discutindo o que é saúde de forma breve ou apenas tomando uma concepção de saúde existente como pressuposto teórico, sem discussão.

Quadro 3 – Número de estudos, por tema central do artigo

Temas	Número de Estudos
Epistemologia e/ou História do Conceito	10
Complicações de Saúde*	2
Autopercepção de Saúde**	13
Práticas de Saúde	6
Políticas de Saúde	2
Desigualdades Sociais/Racismo	1
Total	34

* Complicações: Dor – 1; Trabalho – 1.

** Autopercepção: Profissionais de saúde – 4; Usuários de modo geral – 2; e com 1 artigo cada – mulheres em geral; grávidas; idosos; movimentos sociais; quilombolas; docentes de formação em saúde; discentes.

Assim, da análise do material empírico, observamos que na Saúde Coletiva existem dois vieses sobre o conceito de saúde. Por um lado, ocorre majoritariamente uma defesa da não dificuldade de se construir tal conceito, como apontado no capítulo 4. Por outro lado, encontramos uma polissemia do termo, pois surgem diversas definições sobre o que seria saúde, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 – Tipos de definições de saúde encontrados

Tipos de Definições de Saúde	Número de Estudos
Saúde como Não Conceito*	2
Saúde como Noção	17
Saúde como Lema	10
Saúde como Construção Conceitual em Curso	5
Total	34

* Comentados no capítulo 4.

No interior desses que se valem de um conceito de saúde, identificamos três tipos. Aqueles que buscam alguma formulação, mas que ficam retidos na dimensão formuladora de noções, sem atingir uma completa conceituação, conforme o discutido na capítulo 4. Os que utilizam uma definição pré-existente e que defendem essa definição, embora nem sempre a expliquem, explicitando qual a compreensão que dela teriam enquanto pesquisadores do tema. Isso poderia indicar mais uma adesão a um lema existente no movimento crítico da Saúde Coletiva, no sentido de valorizar a importância política de se estudar saúde, do que propriamente a busca de contribuição teórica específica para tal, conforme a distinção feita por Schraiber *et al.* (2016) e Araújo *et al.* (2011), ao apontarem que muitos pesquisadores da Saúde Coletiva apoiam movimentos políticos acerca de temáticas, como por exemplo as de gênero ou de violência, que nem sempre são examinadas e conceituadas por eles mesmos. Finalmente, temos aqueles que, por meio de ensaios teóricos, encontram-se ainda no curso de suas formulações, uma vez que elas não foram já utilizadas com novos empíricos de modo a se mostrarem conceitos efetivamente explicativos do concreto-factual.

Passemos agora para os tipos de definições de saúde encontrados.

5.1.1. A saúde como noção

Dos documentos selecionados, quase metade eram estudos que definiram a saúde a partir da percepção das pessoas sobre esse objeto, na maioria estudos que utilizaram entrevistas. Assim, eles não buscaram defender um conceito de saúde específico, reivindicando uma aceitação das representações dos indivíduos entrevistados, e, na maioria deles, remetendo tais representações às definições prévias da Organização Mundial de Saúde. Esse agrupamento contém o maior número de artigos (17, ou seja,

quase 50% deles), majoritariamente apoiados em empíricos de entrevistas (13 deles). Podemos perceber, então, que existe uma grande ênfase dentro da Saúde Coletiva em analisar a saúde a partir da percepção individual (mesmo que tomada coletivamente como representação social de um grupo), talvez expressando a valorização da dimensão pessoal nos estudos e também como reflexo da forma como se tem pesquisado outros objetos que não especificamente a saúde dentro do movimento da Saúde Coletiva. Não obstante trabalharem com as representações sociais, elas mesmas não são alvo de reflexão, pois surgem como explicação final do que é saúde, como aprofundaremos mais adiante.

Bezerra *et al.* (2005) buscaram analisar as principais concepções entre agentes comunitários referentes ao processo de envelhecimento, sendo que, para estes sujeitos a compreensão do que é saúde está relacionada ao conceito de completo bem-estar da OMS.

Freire Júnior e Tavares (2005) buscaram analisar as percepções que idosos têm de sua saúde, nesta idade da vida, encontrando que os idosos definiram de várias formas o que é saúde, mas sempre girando em torno do bem-estar biopsicossocial, destacando a importância da espiritualidade e religiosidade no enfrentamento dos vários sofrimentos e dificuldades da vida, sem esquecer os aspectos econômico e social.

Martins (2010) questionou qual a percepção das mulheres sobre sua gravidez, encontrando, como um dos resultados, de que a gravidez está associada com o conceito de saúde da OMS, ou seja, é um estado de completo bem-estar, físico, mental e social e não só a ausência de doença.

Torres *et al.* (2011, p. 1415) realizaram um estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais e analisaram se as concepções são iguais entre os estudantes no início e no final do curso, encontrando que no início de ambos os cursos a representação de saúde está bastante vinculada com o conceito da OMS, mas

os estudantes do último período de ciências sociais da universidade estudada têm suas concepções sobre a saúde, a doença, vinculada a aspectos sociais, econômicos, políticos e estruturais e associados à realidade brasileira, enquanto os estudantes do último período de odontologia da universidade estudada não revelaram sensibilidade social nem preocupação com os problemas de saúde da população brasileira.

Silva e Ramos (2014) buscaram investigar os discursos dos profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar sobre o cuidado, chegando à conclusão de

que existe uma polissemia do conceito de saúde, mas a noção de saúde proposta pela OMS continua prevalecendo.

Oliveira e Pinto (2007, p. 34) analisaram a percepção das mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família sobre as práticas de Prevenção do câncer do colo do útero desenvolvidas nestes serviços e concluíram que a percepção das mulheres é próxima ao “proposto na Conferência de Ottawa, em 1986, uma vez que foi considerado em suas falas um conjunto de fatores sociais, econômicos, comportamentais e também biológicos”.

Figueira *et al.* (2009, p. 941) analisaram as percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica, chegando à conclusão de que a percepção das mulheres está associada ao conceito positivo de saúde da Carta de Ottawa, “identificando-a com bem-estar e qualidade de vida e não simplesmente com a ausência de doença”.

Augusto *et al.* (2011) realizaram uma análise das representações sociais dos usuários de grupos operativos sobre saúde e sobre a atuação da fisioterapia, chegando ao resultado de que a percepção dos usuários é a de que a saúde é a ausência de doença.

Prates *et al.* (2014) buscaram identificar as concepções de enfermeiros sobre o processo saúde-doença na assistência emergencial a usuários de álcool e outras drogas, chegando à conclusão de que percepção dos enfermeiros sobre saúde está ligada à ausência de doença.

Oliveira *et al.* (2015, p. 2883) realizaram um estudo que teve como objetivo conhecer a autopercepção do estado de saúde em comunidades quilombolas do Norte de Minas Gerais e os fatores associados à percepção negativa da própria saúde, chegando à conclusão de que “para as comunidades avaliadas, o conceito de saúde ainda está muito ligado a ausência de doenças”.

Santos *et al.* (2015, p. 3716) buscaram compreender o significado atribuído pelos idosos à dor, chegando à conclusão de “a saúde é uma vivência de ausência de dor e a doença interpretada como a dor sentida no próprio corpo envelhecido”.

Stanga e Rezer (2015) buscaram descobrir quais concepções de saúde orientam o trabalho dos professores inseridos no Pró-Saúde, encontrando, dentre os sujeitos analisados, três concepções de saúde: saúde compreendida como bem-estar; doença como causa biológica; e realidade do sujeito. Nos currículos, a concepção de saúde aponta para os determinantes sociais e também para a capacidade de agir do sujeito.

Pereira *et al.* (1991, pp. 308-309) realizaram um estudo para descobrir as percepções do médico-chefe a respeito de atividades educativas em Postos de Assistência Médica da Prefeitura Municipal de São Paulo e, quanto à percepção do que é saúde para esse grupo de sujeitos, chegaram à seguinte conclusão:

Mais da metade (66,4%) fez sua a definição estabelecida na constituição da [Organização Mundial da Saúde] OMS. Com pequenas diferenças, 22,3% atribuíram o significado de “adaptação e equilíbrio” ao processo saúde-doença. Somente dois (1,9%) definiram saúde conforme a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada, em 1986, como resultante da qualidade de vida dos diferentes grupos da sociedade.

Shimizu *et al.* (2015, p. 2907) buscaram analisar as representações sociais de saúde e doença dos integrantes dos movimentos sociais da saúde do Distrito Federal, concluindo que as representações de saúde têm a qualidade de vida como elemento central, sendo que para a Saúde Coletiva, que “se expressa em perspectiva ampla em sua relação com a compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e com a incorporação da perspectiva da promoção da saúde” e as representações da doença têm como elemento central o sofrimento.

Segre e Ferraz (1997, p. 542) buscaram fundamentar objeções à definição de Saúde da OMS, por considera-la ultrapassada, chegando à conclusão de que “*saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade*”, valorizando a dimensão subjetiva como crivo do que viria a ser saúde. Não obstante, não deixa claro de que forma a dimensão subjetiva se articula à materialidade da vida social, ou se simplesmente esses adotam o subjetivismo (e não a subjetividade) como o critério maior de construir esse conceito. Além disso, como os autores do estudo consideram a relação entre harmonia e a realidade da vida das pessoas com o social?

De igual forma, Delfino *et al.* (2004, p. 1058) buscaram conhecer a repercussão da aplicação de um processo de cuidar participante na saúde integral individual-coletiva de um grupo de gestantes, utilizando, para isso, o referencial do Cuidado Holístico-Ecológico, para o qual a saúde

é um conceito subjetivo, desenvolvido pelo sujeito e seu coletivo a partir das suas representações. Considera que ter saúde é desenvolver possibilidades/recursos individuais e coletivos para promover e restaurar o seu bem viver, contando com recursos de diferentes dimensões: biológicas, afetivas, ambientais, espirituais, inclusive de serviços de saúde, educação e promoção social que percebam o ser humano holisticamente.

O estudo das percepções das pessoas sobre a saúde pode fornecer um material importante para descrever as condições de vida dessas pessoas, dando voz aos sujeitos, entretanto, como disse Kosik (2011), muitas vezes essa percepção, essa aparência do que é um dado fenômeno (saúde, em nosso caso), é contraditória ou até mesmo oposta à sua essência. Dessa forma, a permanência da análise nessa dimensão é restar na aparência da realidade objetiva, nas características concreto-fatuais, sendo que a aceitação naturalizada do senso comum da percepção das pessoas acaba limitando o entendimento do que é a saúde na sociedade em que essas mesmas pessoas estão inseridas. Também verificamos que a saúde tomada como sendo a percepção das pessoas sobre saúde não realiza o movimento de ascensão do abstrato ao concreto, ou seja, busca-se elaborar uma teoria do conhecimento sobre um objeto, mas não se retorna para a realidade para constatar se elas correspondem e se, para aquele momento histórico, aquela teoria é válida como explicação desse objeto. Toma-se, dessa forma, um discurso descritivo sobre características de um objeto como sendo sua essência, como sendo seu conceito. Permanecem, portanto, como uma noção de saúde²⁷.

Além do mais, ressentem-se, pois, de considerações acerca de como os autores compreendem e interpretam as características elencadas pelos sujeitos entrevistados, como, por exemplo, o que é ‘qualidade de vida’ ou o que é ‘adaptação e equilíbrio’, e ainda relativamente a que dimensão da vida essa adaptação/equilíbrio ocorreria: ao social? Ao ambiental? A ambos? Não aparece a relação desse fragmento de realidade com o todo social e, em geral, não aparece a própria compreensão do que é esse fragmento de realidade. Cada autor parece tomar, a partir de suas próprias percepções (que também não são explicitadas), uma característica prioritária dentro do social para realizar a análise. Entretanto, qual a conexão dela com o todo social enquanto exteriorização da obra humana, ou seja, enquanto construção da vida pelo trabalho?

Ainda, será que podemos considerar que essas são realmente as percepções dos grupos estudados sobre o que é saúde? A partir do exposto, nos parece que os estudos partem do discurso dos indivíduos e os agrupam dentro de definições de saúde já

²⁷ Deixemos claro que para as pessoas, de forma em geral, viver conhecendo os objetos da vida a partir de noções ao invés de conceitos não é um problema: a vida é vivida no dia a dia com base em noções das coisas. Entretanto, quanto se estuda um objeto (com vistas a transformá-lo), é necessário realizar aproximações mais profundas que a simples noção, ou seja, para realmente entender o objeto é necessário compreender a essência dele – seu conceito.

existentes e que são conhecidas pelos autores. Isso vai ao encontro da escolha prioritária de certas características explicitadas no discurso dos entrevistados em detrimento de outros.

Cabe apontar, ademais, que boa parte dessas publicações terminam por aderir ao lema construído pela OMS de bem-estar físico, mental e social. Esse lema, se, de um lado, busca oferecer uma alternativa à definição biomédica de ausência de doenças no corpo individual, de outro lado, carece de construção mais precisa do significado de bem-estar, quer para compreender o bem-estar físico como parte da vida social, o psíquico como igualmente parte do social e o propriamente social relativamente ao todo da vida em sociedade. Ainda devemos salientar que essa adesão, se agregada ao segmento de estudo que consideraremos a seguir e que de modo distinto, como explicitaremos, também adere à definição da OMS, teremos como resultado de nossa pesquisa o dado de que a maioria dos estudos acerca do conceito saúde encontra-se fundamentada nessa formulação da OMS.

Por fim, Almeida e Trevisan (2011, p. 301) realizaram uma pesquisa buscando descobrir se existem mudanças na prática do Terapeuta Ocupacional provenientes das mudanças ocasionadas pela Reforma Psiquiátrica, chegando à conclusão de que tem ocorrido mudanças na prática do profissional, abandonando o modelo centrado na doença para um modelo de promoção da saúde, cidadania e participação social. Segundo os autores, isso faz com que a saúde se distancie

do conceito de ausência de doença ou de estado de completo bem-estar ou equilíbrio para a concepção de projetos de vida que aumentam as possibilidades de trocas de recursos e afetos em uma rede de relações articuladas e flexíveis, aumentando a participação real dos sujeitos na sociedade.

Há proposição de algo que poderia vir a ser uma noção, entretanto os autores do estudo não seguiram adiante nesse caminho, não obtendo até mesmo uma noção, ficando em uma ideia primária. Além disso, essa concepção de saúde como projetos de vida acaba naturalizando a sociedade (no caso, a sociedade capitalista) e parte do princípio de que uma melhor distribuição de recursos entre as pessoas aumentará a participação delas na sociedade. A realidade dos indivíduos é tomada, assim, acriticamente, não como consequência da forma como a sociedade está estruturada, mas como problemas individuais.

5.1.2. A saúde como lema

Outro grupo de estudos tomou mais explicitamente que o anterior a definição de saúde da OMS – a saúde não é só ausência de doença, mas um completo bem-estar físico, psíquico e social – como base para suas análises, entretanto, sem o intuito de levantar argumentos em defesa dessa definição, ou seja, ela é tomada como verdadeira *a priori*.

Bydlowski *et al.* (2004, p. 15) buscaram elencar e comentar quais os obstáculos à inserção e ao desenvolvimento da Promoção da Saúde, definindo saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social” e que “para atingir esse estado, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde é produzida socialmente, determinada por vários fatores: biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais”; entretanto, para os autores as práticas ainda hoje estão baseadas no conceito biomédico, de ausência de doença.

Marcondes (2004, p. 8) buscou discutir três questões que são base da promoção da saúde: modelo biomédico, ampliação do conceito de saúde e diferença entre prevenção e promoção, chegando à conclusão de que “ter saúde é mais do que não estar doente, pois envolve uma concepção de vida com qualidade, a qual se traduz no cotidiano em bem-estar físico, mental e social se não completo, pelo menos, potencializado ao máximo”.

Scliar (2007) buscou analisar a evolução histórica dos conceitos de saúde e doença, concluindo que eles têm mudado ao longo do tempo e mudado ao longo do capitalismo, sendo o completo bem-estar biopsicossocial o conceito de saúde atualmente.

Brugnerotto e Simões (2009, p. 158) buscaram analisar o conceito de saúde presente nos currículos de formação em Educação Física nas principais universidades do Estado do Paraná, encontrando três conceitos de saúde: biomédico (saúde como ausência de doença); ampliado ou Promoção da Saúde (“produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida dos indivíduos e das comunidades”); Promoção da Saúde biológico (foco na “ideia de prescrição, monitoramento e avaliação de atividades físicas”) e concluindo que o ideal é utilizar a definição da OMS e como estratégia a Nova Promoção da Saúde.

Dallari (2010, p. 59) buscou identificar mecanismos de compatibilização entre a lei e as normas técnicas no campo da assistência farmacêutica, definindo saúde como sendo não “apenas a ausência de doenças, mas está diretamente ligada ao bem-estar do homem, tanto interiormente quanto em sua relação com o ambiente físico e social onde ele se insere”.

Feio e Oliveira (2015) buscaram analisar a evolução conceptual em torno da saúde e da educação no século XX, tentando perceber até que ponto essas mudanças conceptuais têm se refletido ao nível das práticas. Os autores concluem que os conceitos de educação e de saúde sofreram diversas mudanças ao longo do século XX, mas diversas práticas ainda não se adequaram aos novos conceitos, sendo que o conceito de saúde é o completo bem-estar e que as diversas conferências internacionais têm incluído novas dimensões do indivíduo para alcançar esse bem-estar.

A definição de saúde da OMS é criticada praticamente desde que foi criada, pelos mais diferentes matizes teóricos²⁸, entretanto, ainda é bastante hegemônica no senso comum e, como vemos, também dentro da Saúde Coletiva. A partir de nosso referencial percebemos que não se trata de um conceito, porque elenca características gerais do ser humano, mas que estão desvinculadas da realidade concreta das pessoas, não fazendo o movimento necessário de verificar se essa definição corresponde realmente ao objeto.

Diferente dos autores anteriores, ainda que a nosso ver pertencentes ao mesmo agrupamento (a saúde como um lema e não necessariamente um conceito), Matumoto *et al.* (2001, p. 235) tomaram outra definição de saúde como base. Em seu estudo buscaram explicar o que é a Saúde Coletiva, relacionando com a teoria da determinação social do processo saúde-doença e, a partir disso, argumentam que “demarca-se o conceito saúde-doença da saúde coletiva com base na determinação social do processo saúde-doença, diferentemente daquele da saúde pública, da causalidade”. O estudo de Silva e Ramminger (2014, p. 4752) buscou entender qual a função do trabalho como operador de saúde, tendo como base a concepção de saúde de Canguilhem, definindo a saúde como “a possibilidade de criação e recriação de mundos, a capacidade de instituir novas normas de vida frente às ‘infidelidades do meio’, ou seja, frente a um mundo sempre em transformação”. Nestes dois casos, embora estejam apontando, respectivamente, as

²⁸ Algumas dessas críticas podem ser verificadas em Coura, 1992; Segre e Ferraz, 1997; Lunardi, 1999; Dalmolin *et al.*, 2011; Minuzzi e Amaral, 2012.

determinações sociais e a normatividade social, os autores apenas mencionam essas referências, sem, contudo, explicitar de que modo as articulam com seus objetos de estudo, daí nossa alusão à adoção dessas referências como um *a priori*, um lema que se estende à própria saúde que se quis conceituar.

Outra forma de definir o que é saúde encontrada nos documentos foi a relação realizada pelos estudos entre saúde e as condições de vida das pessoas. Siqueira e Moraes (2009, p. 2116) analisaram, a partir do conceito de saúde e de ambiente como representação social, a produção e geração de resíduos na sociedade pós-moderna. Define-se “no contexto histórico da sociedade e em seu processo de desenvolvimento, englobando as condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

Lopes (2005, p. 1595) inicia seu estudo afirmando que parte do entendimento de que a saúde é “o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelo contexto político, sócio-econômico, cultural e ambiental”, para, a partir desse fundamento, analisar a importância dos estudos sobre desigualdades sociais nas condições de saúde.

Associar a saúde com condições sociais e/ou ambientais são importantes elementos reflexivos, entretanto tanto a conceituação de condições sociais e ambientais, quanto o modo como determinadas condições particulares-concretas, ou empíricas, articuladas ao todo social não estão bem explicitados, recaindo novamente na qualificação do lema mais do que do conceito, pois aderem a uma perspectiva renovadora de saúde, como aderindo a um movimento de pensar mais crítico, porém, faltando o apontamento público da tradução dessa vontade política em pensamento articulador da dimensão empírica com a teórica. Recaem, assim, nos mesmos problemas dos demais textos aqui examinados: são elencadas características gerais (concreto-fatuais) do ser humano, mas com certa visão do social que o fragmenta em dimensões mais empíricas, práticas, o que dificulta a articulação com o social explicando esses mesmos fragmentos que compõem a vida, já que uma totalidade não é a soma de suas partes.

Esses estudos têm em comum a utilização *a priori* de uma definição de saúde existente ou a tomada de uma definição de saúde sem explicação enquanto o conceito de saúde, sem uma preocupação de verificar a correspondência com a realidade objetiva. Além desse ponto, também têm em comum a adoção de uma postura crítica frente à forma como é tratada a saúde pela biomedicina – indo ao encontro dos anseios da própria Saúde

Coletiva – o que faz com que, na busca de um distanciamento da Medicina, acabem adotando uma posição crítica juntamente com uma definição de saúde enquanto um lema a ser seguido, mas que não chega a ser um conceito, permanecendo em um nível de *preocupação* em superar uma tomada biologizante da saúde e do próprio corpo. Schraiber (2015, p. 35) vai chamar a esse movimento de engajamento ético-político, “em que o sujeito pesquisador delimita seu objeto em razão da importância social, política e histórica que a ele se atribui”, mas que esse mesmo movimento por vezes acaba partindo do princípio de que “o politicamente engajado não requeresse a contribuição teórico-conceitual e esta não potencializasse o politicamente engajado”. Por isso, podemos considerar que essas definições de saúde não sejam um conceito, mas sim um ideário, um lema.

5.1.3. A saúde como construções conceituais em curso

Os estudos restantes discutiram o conceito de saúde a partir de definições já existentes, buscando verificar pontos positivos e negativos com vistas a uma elaboração mais qualificada do objeto saúde, enquanto outros buscaram criar uma nova concepção a partir de seus referenciais teóricos.

Coura (1992, p. 336) buscou discutir o conceito de saúde e de desenvolvimento, e, a partir das definições de W. Perkins, René Dubos²⁹ e OMS, conclui que saúde é a “adaptação do homem ao meio, preservando a sua integridade física, funcional, mental e social”, definindo adaptação como um ajustamento dinâmico ativo.

Coelho e Almeida Filho (1999, p. 29) buscaram reavaliar a obra de Canguilhem sobre a normalidade, a saúde, a doença e a patologia, chegando à conclusão de que a obra de Canguilhem apresenta quatro proposições com potencial para estruturar uma teoria geral da saúde: “a idéia de que a saúde é a capacidade normativa, a concepção da normalidade como uma norma de vida, a consideração de que a normalidade é um

²⁹ Perkins define a saúde como “*um estado de relativo equilíbrio da forma e função do corpo que resulta do seu ajustamento dinâmico bem-sucedido com as forças que tendem a alterá-la, e acrescenta: não é um intercâmbio passivo entre a substância do corpo e as forças que o impelem, mas uma resposta ativa trabalhando para o seu ajustamento*”; Dubos diz que “*medicamente falando, o homem é mais um produto do seu meio do que de sua herança genética, e reforça: a saúde dos seres humanos não está determinada por suas raças, e sim pelas condições sob as quais vivem*” (Coura, 1992, p. 336).

fenômeno relacional e a proposta de absorção da saúde filosófica pela ciência”. Para Canguilhem, portanto, existem diversas normalidades, sendo que “o aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é a presença de uma lógica, uma organização própria, uma norma” (Coelho e Almeida Filho, 1999, p. 30).

Arreaza (2012, p. 1003) realizou uma revisão sobre conceitos de saúde e sobre a determinação social da saúde, revisando alguns autores que tratam sobre o conceito de saúde, descrevendo cada um; em seguida faz uma descrição da epidemiologia crítica de Jaime Breilh, sobre os processos destrutivos e protetores da saúde e conclui o artigo com sugestões de como modificar cada uma das esferas da epidemiologia crítica com vistas a uma sociedade mais justa e saudável. O autor definirá a saúde

como fenômeno da existência humana [que] implica em poder desobedecer, produzir e acompanhar uma transformação, podendo significar até um desvio das normas sociais em face às expectativas dos outros membros de uma dada coletividade. Já a doença é a perda da capacidade normativa como a impossibilidade momentânea de mudanças, e as experiências vivenciadas na doença podem permitir ao sujeito a instituição de novas normas mesmo que se restrinjam à sua corporeidade biopsíquica.

A definição de saúde de Canguilhem busca entender como a vida vem sendo vivida, fazendo uma articulação do cotidiano com as regras da sociedade. Parece-nos ser a que mais se aproxima de nossa concepção do que é um conceito – enquanto concreto pensado. O autor considera a doença como viver impedido no modo de andar a vida da sociedade, isto é, um obstáculo prático (particular concreto) ao modo como histórica e socialmente as relações sociais estão ocorrendo no tempo e espaço delimitado; e a saúde como o viver permitido, isto é, viver concretamente exercido relativamente àquela normatividade do social. Assim sendo, para Canguilhem não há uma definição quer de doença, quer de saúde fora da normatividade social, como um abstrato genérico e universal independente da realidade sócio histórica e, por isso e ao mesmo tempo, não é possível definir doença e saúde apenas pela tomada do normal e do patológico com base nas regularidades anatômico-funcionais da biomedicina.

Não obstante, por referência aos artigos aqui examinados e que, com base mesmo em Canguilhem, buscam definir saúde, parece-nos faltar ainda, tanto o exame particular-concreto de alguma realidade social em que o viver esteja impedido, assim permitindo verificar a funcionalidade dessa construção de saúde para tomar situações empíricas e explicá-las, quanto uma análise que veja o social e sua normatividade

enquanto um todo tenso e contraditório quanto às distintas posições de classe no modo de andar a vida em sociedade. Desse modo, seria possível não só compreender essa forma do andar da vida, mas também porque essa vida está sendo impedida ou não de ser vivida plenamente, ou ainda, porque apesar de toda violência social a que as pessoas estão submetidas, elas ainda necessitam continuar essa caminhada.

Além desses estudos que tomaram como base Canguilhem, Ayres (2007) buscou entender quais as limitações de se pensar a saúde e a doença como situações polares opostas de uma mesma natureza de fenômenos, identificados segundo uma mesma racionalidade. O autor conclui que os conceitos de saúde e doença se referem a interesses práticos e instrumentais, respectivamente, na elaboração racional de experiências vividas de processos de saúde–doença–cuidado, e pertencem a racionalidades distintas. Segundo o autor (2007, p. 50):

Não é, portanto, da ordem do como fazer, segundo interesses e recursos conhecidos, que trata a saúde. É da ordem do quê fazer frente à necessidade de reacomodar-se continuamente, inerente ao estar vivo. É de caráter contrafático essa experiência. A saúde é (re)conhecida a cada vez, enquanto e porquanto se vive. São, portanto, da esfera da razão prática, e não da razão instrumental suas pretensões e exigências de validade discursiva. Não se trata de encontrar os meios adequados aos fins almejados, mas de decidir, a partir de possibilidades concretamente postas, quais fins almejar e quais meios escolher. A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas idéias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realiza-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades.

Ayres (2007, p. 60) termina seu artigo definindo o que é saúde da seguinte forma: *“a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade”*.

Nogueira (2011) buscou, a partir da compreensão de Heidegger de que a enfermidade é a privação da saúde, compreender o que é saúde. O autor conclui que a saúde não se encontra na vida, nos órgãos físicos ou até mesmo na mente, pois não é um estado ou condição que se encontra ou se mede a partir dos sinais, sintomas e alterações bioquímicas do corpo. “A saúde humana é diferente da saúde animal porque ela é a própria essência extática do Dasein” (Nogueira, 2011, p. 263). Vai assim conceituar saúde da seguinte forma: “A essência da saúde se identifica com a própria essência extática do

Dasein, sendo o fundamento de todas as potencialidades ‘saudáveis’ do Dasein no mundo” (Nogueira, 2011, p. 264).

O estudo de Ayres (2007), apesar de estar fundamentado na hermenêutica de Heidegger e Gadamer, nos parece muito próximo da definição de saúde de Canguilhem. Ao compreender a saúde não como oposto lógico da doença, pois não pertenceriam a uma mesma racionalidade, traça-se um paralelo com Canguilhem, de que a saúde e a doença não são opostos uma da outra, mas diferentes normas de como andar a vida. Considerando que para o último a saúde corresponde a uma forma de viver que não está impedida, podemos relacionar com Ayres (2007), que busca uma interação com o cuidado, que a saúde é uma forma de viver a vida onde existem os meios de evitar, manejar ou superar uma outra forma de viver a vida impedida – o adoecimento. Da mesma forma, nos parece que, assim como em Canguilhem, quem for utilizar essa concepção precisa dar o passo seguinte, buscando não só os meios, mas porque são esses os meios e porque, em grande parte, esses meios não estão disponíveis para a população em geral na sociedade capitalista.

Nogueira (2011), também fundamentado na hermenêutica de Heidegger, tomará um caminho diferente. Segundo o autor (2011, p. 260), “o Dasein não se entende a si mesmo nem pode ser analisado como se fosse a propriedade de um ente dado na efetividade (*Wirklichkeit*), mas somente pela possibilidade que ele mesmo é a cada momento”, ou seja, o Dasein não corresponde ao vivido, mas sim ao potencial de viver. E, baseado na explicação do Dasein, coloca a saúde na mesma condição: a essência da saúde é a essência do Dasein, ou seja, do ‘estar aí’, estar na vida vivida do ser humano. Ressaltando, assim, a saúde mais da perspectiva do humano, é a relação deste com a normatividade social e as tensões internas desta quanto às classes sociais, o que fica menos discutido no artigo examinado.

Todos os artigos enquadrados neste agrupamento, por outro lado, situando-se enquanto ensaios teóricos, parecem-nos uma construção em curso, ou seja, ainda não completada, mas podendo oferecer caminhos importantes para a construção conceitual de saúde.

5.1.4. A tomada do corpo na construção do conceito de saúde

Retomando nossas conclusões sobre a análise do corpo realizada no capítulo 3, vimos que para a Medicina foi fundamental uma abordagem do corpo cada vez mais individualizado e segmentado em suas partes orgânicas e indagamos como a abordagem sobre o corpo estaria ocorrendo na Saúde Coletiva. Como esse não foi nosso objeto de estudo principal, nossa análise sobre o corpo na Saúde Coletiva está restrita aos documentos que abordavam o conceito de saúde.

Desse material, pudemos constatar que o corpo não tem sido uma prioridade de análise, sendo tratado apenas no momento de se fazer a crítica a como ele é visto pela Medicina, mas sem propostas específicas de como superar essa prática.

Brugnerotto e Simões (2009) vão dizer que na concepção biomédica o corpo é considerado uma máquina e a doença um mau funcionamento dela; Nogueira (2011) vai dizer que a base cartesiana da medicina moderna faz com que a enfermidade seja entendida no corpo e analisada através de seus constituintes anatômicos, fisiológicos, bioquímicos etc. e conclui que, como a saúde está no Dasein, não se encontra restrita ao corpo; para Augusto *et al.*, 2011, a assistência medicalizante que por muito tempo ditou regras e normas sobre o corpo e a sexualidade feminina faz com que as usuárias achem que a assistência médica é a única, ou a mais importante, opção; para Costa e Bernardes (2012), o corpo é onde está inscrita a medicina clássica, que busca a cura de doenças e que a saúde e a doença são inscrições históricas em um corpo; Prates *et al.* (2014) vão dizer que a partir de Descartes o corpo passou a ser considerado máquina e a doença passou a se localizar no corpo e se expressar como lesão anatômica, levando a uma visão reducionista da doença e a uma fragmentação do corpo, que deve ser então tratado por partes; Stanga e Rezer (2015) vão dizer que o modelo médico hegemônico trata o corpo como constructo mecânico dividido em partes; por fim, diferente das críticas ao corpo biomédico, Martins (2010) vai mostrar que na percepção das mulheres grávidas, a gravidez é vista como uma perda de controle sobre o corpo, que fica pouco atrativo; Matumoto *et al.* (2001, p. 235) dizem que o objeto da Saúde Coletiva “não é mais o corpo biológico, mas os corpos sociais” e para Santos *et al.* (2015), a percepção da dor é uma experiência multidimensional que se apresenta de forma objetiva no corpo, mas que é genuinamente subjetiva e pessoal, ou seja, a dor é o sintoma mais subjetivo.

Como podemos observar, existe uma crítica dentro da Saúde Coletiva à tomada do corpo de forma fragmentada e patologizante, como faz a Medicina, entretanto, não existe uma tentativa de se repensar esse corpo para além dessa forma de tomá-lo, o que faz com que, apesar de toda a crítica à biomedicina, relativamente a ela não se apresenta uma alternativa, de modo a que a Medicina também pudesse, se fosse o caso, em relação dialógica com esse pensamento crítico, aproximar-se de modo diverso com que o faz desde o século XIX até os dias de hoje. Essa seria uma contribuição, afinal, para que a própria prática da medicina pudesse responder aos problemas desse corpo, mas sob outra racionalidade diagnóstica e terapêutica.

5.2. APROXIMAÇÕES PARCIAIS DA ESSÊNCIA DO OBJETO SAÚDE

A partir da polissemia que verificamos no material empírico, podemos notar que as definições de saúde, apesar de diversas, são, na grande maioria, convergentes, como acontece com a própria definição do que é a Saúde Coletiva. Consideramos, a partir de nossa análise, que as definições de saúde que mais se aproximam da concepção de conceito que adotamos aqui são as inspiradas na normatividade social, pois buscam fazer o movimento de compreensão da realidade no pensamento, não ignorando o momento histórico em que se estuda o objeto saúde.

Quanto às outras definições utilizadas no campo da Saúde Coletiva, foram elas vistas como uma *noção*, que seria o uso do termo saúde muito próximo ao senso comum. Ter noção de alguma coisa é ter um conhecimento elementar sobre o objeto, ou seja, ter uma ideia ainda reduzida do que é esse objeto. De acordo com Ilyenkov (2008), uma noção é, em primeiro lugar, uma forma de memória social representada pelo discurso, pela linguagem. Ainda de acordo com o autor (2008, p. 43, tradução nossa):

Se um indivíduo obteve uma noção de uma coisa de outros indivíduos que a observaram diretamente, a forma adquirida da consciência disso é precisamente aquilo que ele teria retido se tivesse contemplado a coisa com seus próprios olhos. Ter uma noção significa ter uma contemplação compreendida socialmente (isto é, expressa no discurso ou capaz de ser expressa no discurso). Nem eu, nem alguns outros indivíduos, formamos um conceito de alguma coisa se eu, através do discurso, observo esta coisa através dos olhos de outros indivíduos ou este outro indivíduo contempla ela através de meus olhos. Nós nos engajamos em uma troca mútua de noções. Uma noção é precisamente isso – contemplação expressa verbalmente.

Dessa forma, a contemplação do mundo sensorial e a noção são formas de expressar esse mundo, da forma empírica de conhecimento. A contemplação individual percebida de maneira social sempre está contida na noção, o que torna possível transmitir essa noção através do discurso, o que significa a transmissão da própria contemplação socialmente individual. Assim, contemplação e noção são apenas o primeiro estágio *sensorial* do conhecimento. A noção é uma aproximação parcial do conhecimento sobre um objeto, mas ainda não sua essência, não seu conceito. Deixemos claro, portanto, que as noções de saúde, de forma alguma, podem ser consideradas como falsas, *totalmente* desvinculadas da realidade, e sim que são parciais.

Entretanto, essas aproximações parciais têm sido tomadas como a essência do objeto pela grande maioria dos autores da Saúde Coletiva. Compreendemos que essas noções surgem, pois, ao olhar o mundo pela lógica formal, como contemplação do mundo (que, em algumas vezes, se reduz à mera sensação), o pesquisador “se choca necessariamente com coisas que contradizem sua consciência e seu sentimento, que perturbam a harmonia, por ele pressuposta, de todas as partes do mundo sensível e sobretudo do homem com a natureza” (Marx e Engels, 2009, p. 30). Para aparentemente superar essa contradição entre seu pensamento e o mundo real, o pesquisador busca refúgio em uma “dupla contemplação: uma contemplação profana, que capta somente o que é ‘palpável’, e uma contemplação mais elevada, filosófica, que capta a ‘verdadeira essência’ das coisas” (Marx e Engels, 2009, p. 30). O pesquisador, ao contemplar o mundo ao seu redor, cria um dualismo que aparece “de cabeça para baixo como numa câmara escura” (Marx e Engels, 2009, p. 94), no qual a realidade objetiva aparece como equivocada, como não sendo real, enquanto uma certa essência eterna que paira sobre essa mesma realidade seria o verdadeiro mundo, seria a verdadeira realidade ainda não alcançada ou deturpada. De acordo com Marx e Engels (2009, p. 30):

Ele não vê como o mundo sensível que o rodeia não é uma coisa dada imediatamente por toda a eternidade e sempre igual a si mesma, mas o produto da indústria e do estado de coisas da sociedade, e isso precisamente no sentido de que é um produto histórico, o resultado da atividade de toda uma série de gerações, que, cada uma delas sobre os ombros da precedente, desenvolveram sua indústria e seu comércio e modificaram sua ordem social de acordo com as necessidades alteradas.

Dessa forma, as noções de saúde colocam uma representação da saúde no lugar da saúde real, fazendo com que o pesquisador olhe para a saúde de cabeça para baixo, pois fica nas características concreto-fatuais da saúde.

A noção remete ao que se poderia considerar como as características que definem um ser humano, incluindo o elemento físico, mental e até mesmo o social. Essa forma de tomá-lo, porém, não busca uma compreensão a partir da totalidade do ser humano, pois não procura compreender o que são esses elementos, suas relações e suas determinações. Dessa forma, sem uma significação clara, acabam em uma noção pragmática e operacional (Arouca, 2003), sendo, na verdade, utilizada para naturalizar as determinações, principalmente as determinações sociais, sobre a saúde humana.

O mesmo vale para a alimentação, habitação, educação, ambiente, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, entre outros: são todas características que fazem parte do andar da vida humano, entretanto, 1) não se explicam em si mesmas, ou seja, não podem ser tomadas como questões finalizadas, são todos objetos complexos da realidade social de difícil compreensão; 2) não nos dizem qualquer coisa específica do que é saúde, mesmo porque não nos dizem qualquer coisa específica sobre si mesmos.

As noções de saúde, não partindo de uma totalidade, se apoiam na lógica formal para tentar compreender a realidade. Ao elencar diversas características do ser humano como partes isoladas, as noções de saúde vão ao encontro da lógica formal positivista, para a qual, no caso do ser humano, a totalidade é a soma de várias características concreto-fatuais. Não se entende – e em muitos casos não se espera compreender – o que é de fato um ser humano para, a partir disso, compreender o que é saúde. Elencam-se diversas características concretas compartilhadas por diversos seres humanos e considera-se isso saúde. E, dentro da prática da saúde em geral, essas características elencadas são, ainda, relacionadas ao funcionamento biológico do organismo humano, pois essas noções têm como objetivo compreender o humano para que ele funcione regularmente no processo de produção capitalista.

Já na Saúde Coletiva vemos que existe uma tentativa de se distanciar dessas características específicas, entretanto, na maioria dos casos não se alcança uma crítica completa. Alguns elementos dessa lógica mais formal de fato são repensados, mas observa-se grande dificuldade em se ultrapassar a dimensão empírica dos estudos em prol de uma articulação mais adensada com as formulações teórico-conceituais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos com este trabalho compreender como tem sido trabalhado o conceito de saúde dentro do movimento chamado Saúde Coletiva. A partir do material empírico analisado, pudemos verificar que esse objeto tem sido pouco trabalhado e que os autores que o fazem acabam se dividindo em dois grupos: os que advogam a dificuldade de existir um conceito de saúde e aqueles que partem do princípio dessa existência, sendo que esse segundo grupo ainda se divide a partir de uma (aparente) polissemia do que é saúde.

Também verificamos que existe uma ênfase em estudos que tomam a percepção de indivíduos (separados em grupos específicos) sobre o que é saúde e de que, em sua maioria, é ainda aceita a definição de saúde da OMS.

Quanto ao corpo, vimos que este não tem sido abordado, pelo menos não em conjunto com o conceito de saúde, a não ser enquanto parte da crítica de como este corpo é tomado pela Medicina. Não existe uma proposição de como lidar com ele, com os estudos enfatizando a prática do cuidado em saúde voltada para um social. Entretanto, não fica explícito, também, como esse social é compreendido e como é realizada a relação entre o cuidado em saúde desse ‘social’ e o cuidado em saúde do corpo das pessoas que não seja realizado pela Medicina.

Essa ‘fuga’ em relação à tomada do corpo provavelmente é fruto do engajamento ético-político dos autores, que em uma tentativa de ‘fugir’ da apropriação biomédica que ainda existe na área da saúde, acabam secundarizando tanto a contribuição teórico-conceitual quanto os próprios objetos da prática médica, o que acaba por fazer com que essa prática continue se perpetuando. Dessa forma, apesar de existir um querer que a área da saúde se afaste do corpo biológico entendido enquanto máquina, esse querer não se realiza, permanecendo o desafio de não só criar um novo discurso sobre saúde que enfatiza um social, mas de entender as bases da atual prática social da saúde buscando superá-la.

Percebemos que o mesmo engajamento ético-político reverbera no conceito de saúde. Isso faz com que, apesar de em um primeiro momento parecer haver uma disputa em torno do conceito de saúde, que se reflete em uma polissemia, a Saúde Coletiva ainda gira em torno da definição de saúde da OMS. Assim, apesar de toda a movimentação em sua formação na tentativa de cunhar conceitos críticos da biomedicina, para superar o

biologismo dominante, a naturalização da vida social e a sua submissão à clínica e ao modelo médico hegemônico, como ‘determinantes sociais do adoecimento’ e ‘integralidade’, isso não tem aparecido justamente para o conceito fundamental no qual se apoia toda a área da saúde, relegando-se a reproduzir uma definição de saúde que é criticada desde que foi criada. Isso mostra que, diferente das definições do que é a própria Saúde Coletiva, que apesar de diversas (devido à dispersão de referenciais) são convergentes, mas buscam se distanciar da Medicina e da Saúde Pública, a definição de saúde dentro desse movimento, apesar de também existir certa diversidade, se configura como menos dispersa referencialmente, provavelmente porque em seu escopo o conceito de saúde não tem sido um objeto explorado de forma significativa.

Compreender de forma aprofundada o que é a saúde é a base para que se possa entender todas as outras questões pertinentes a essa área, tanto prática quanto teórica. Portanto, além de ser objeto importante para que a própria Saúde Coletiva consiga cumprir os próprios objetivos que se deu historicamente, é importante um retorno às bases teóricas de seu início, o que permitirá tomar a saúde não enquanto um discurso, um ideário ou como um ente ‘abstrato’ deslocado da realidade, mas como reflexo – como concreto pensado – da realidade que engendrou e engendra continuamente as práticas de saúde existentes hoje em dia. Isso permitirá, além desse entendimento das práticas, uma busca qualificada por sua superação.

Não obstante, como a saúde não tem sido o objeto principal, novos estudos poderão mostrar para qual objeto – se existe um principal ou se os objetos também estão dispersos – a Saúde Coletiva tem convergido e o estudo de como esse objeto tem sido tomado pode mostrar de forma mais clara tanto a dispersão de referenciais existente quanto a forma como esse movimento tem buscado a superação da Medicina e da Saúde Pública, além de identificar se essa superação ainda é um objetivo.

Havíamos feito, ao longo do desenvolvimento desta tese, várias indagações relativamente ao desenrolar histórico da Saúde Coletiva e da relação deste movimento com a Medicina, no sentido de observar se nossos resultados empíricos poderiam responder essas indagações. Desse modo, se para a Medicina tomar o caso individual e nele sediar a doença foi fundamental, então nos indagamos se para os estudiosos do conceito de saúde essa questão se manteria central, com o que verificamos o contrário: o desaparecimento dessa questão e nisso uma suspensão do próprio diálogo possível com o saber e a prática da Medicina.

Criando, nesse sentido e por outro caminho, uma possível nova identidade para a Saúde Coletiva, acerca do desenvolvimento desse próprio movimento, nos indagávamos se a centralidade da saúde estaria representando um novo movimento de ação social militante, isto é, uma proposta em torno da qual poderia surgir outro projeto de mudanças na saúde e no social. No entanto, o que verificamos foi o fato de que mesmo para aqueles estudos que afinal se dedicam a construir o conceito de saúde, essa construção ainda está em curso, ainda deve ser mais desenvolvida, sem termos indicadores claros de que este desenvolvimento esteja presente como preocupação contemporânea do próprio movimento da Saúde Coletiva.

7. ANEXOS

Anexo 1: Lista dos artigos selecionados e examinados como base empírica documental do estudo

Almeida DT, Trevisan ÉR. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*, 2011;15(36):299-308. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000030>

Arreaza ALV. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012;17(4):1001-1013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400022>

Augusto VG, Aquino CF, Machado NC, Cardoso VA, Ribeiro S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(Supl. 1):957-963. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700027>

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, 2007;17(1):43-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>

Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, 2005;39(5):809-815. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500017>

Brugnerotto F, Simões R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. *Physis*, 2009;19(1):149-172. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100008>

Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, 2004;13(1):14-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100003>

Coelho MTÁD, Almeida Filho N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis*, 1999;9(1):13-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311999000100002>

Costa ML, Bernardes AG. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. *Saúde e Sociedade*, 2012;21(4):822-835. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400003>

Coura JR. Endemias e meio ambiente no século XXI. *Cadernos de Saúde Pública*, 1992;8(3):335-341. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300012>

- Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*, 1999;15(4):701-709. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>
- Dallari SG. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. *Physis*, 2010;20(1):57-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100005>
- Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004;9(4):1057-1066. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400026>
- Feio A, Oliveira CC. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, 2015;24(2):703-715. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>
- Figueira TR, Ferreira EF, Schall VT, Modena CM. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, 2009, 43(6):937-943. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000081>
- Freire Júnior RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface (Botucatu)*, 2005;9(16):147-158. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100012>
- Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005;21(5):1595-1601. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>
- Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 2004;13(1):5-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100002>
- Martins MFSV. Imagens construídas em torno da gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010;15:1369-1375. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700046>
- Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, 2001;17(1):233-241. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100025>
- Nogueira RP. Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(1):259-266. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100028>
- Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2007, 7(1):31-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000100004>

- Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães LS, Caldeira AP. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;20(9):2879-2890. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>
- Pereira IMTB, Westphal MF, Stewien GTM. Percepções do médico-chefe a respeito de atividades educativas em Postos de Assistência Médica. *Revista de Saúde Pública*, 1991, 25(4):306-314. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101991000400010>
- Prates JG, Pinho PH, Oliveira MAF, Claro HG. A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. *Saúde em Debate*, 2014, 38(101):318-327. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140029>
- Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Alteridade da dor nas práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;20(12):3713-3721. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.19382014>
- Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*, 2007;17(1):29-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 1997;31(5):538-542. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>
- Shimizu HE, Silva JR, Moura LM, Bermúdez XPD, Odeh MM. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;20(9):2899-2910. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20592014>
- Silva CO, Rammingier T. O trabalho como operador de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;19(12):4751-4758. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.15212013>
- Silva SM, Ramos MZ. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. *Physis*, 2014;24(3):693-714. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300003>
- Siqueira MM, Moraes MS. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009;14(6):2115-2122. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600018>
- Stanga AC, Rezer R. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica... *Physis*, 2015;25(2):593-614. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200014>
- Torres MFM, Carvalho FR, Martins MD. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16:1409-1415. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700076>

8. REFERÊNCIAS

- Almeida DT, Trevisan ÉR. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*, 2011;15(36):299-308. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000030>
- Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2000;3(1-3):4-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100002>
- Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili P, organizadores. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, pp. 09-23.
- Anderson P. *The origins of postmodernity*. New York: Verso Books, 1998.
- Anderson P. *Passages from Antiquity to Feudalism*. New York: Verso Books, 2013.
- Antunes R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2.ed. 10.reimpr. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.
- Araújo FMB, Alves EM, Cruz MP. Algumas reflexões em torno dos conceitos de campo e de habitus na obra de Pierre Bourdieu. *Revista Perspectivas da Ciência e Tecnologia*, 2009;1(1):31-40.
<http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/revistapct/article/view/14/14>
- Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*, 2011;15(38):805-818. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000039>
- Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2003.
- Arreaza ALV. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012;17(4):1001-1013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400022>
- Augusto VG, Aquino CF, Machado NC, Cardoso VA, Ribeiro S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(Supl. 1):957-963. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700027>
- Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, 2007;17(1):43-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>

- Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 3.ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2008.
- Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015.
- Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, 2005;39(5):809-815. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500017>
- Birman J. A physis da saúde coletiva. *Physis*, 2005;15(supl. 1):11-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000000002>
- Blunden A. *An interdisciplinary theory of activity: studies in critical social science*. Chicago: Haymarket Books, 2012.
- Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- Boruchovitch E, Mednick BR. The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 2002;7(2):175-183. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v7n2/v7n2a06.pdf>
- Bourdieu P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.
- Brugnerotto F, Simões R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. *Physis*, 2009;19(1):149-172. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100008>
- Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, 2004;13(1):14-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100003>
- Camargo Júnior KR. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis*, 1992;2(1):203-230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311992000100008>
- Camargo Júnior KR. A biomedicina. *Physis*, 2005;15(supl.):177-201. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>
- Canguilhem G. *O conhecimento da vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
- Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000;5(2):219-230. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Ciência & Saúde Coletiva. *Importância das Revistas de Saúde Pública/Saúde Coletiva para o SUS e para a Ciência Brasileira*. Rio de Janeiro, 2015, 20(7).

- Coelho MTÁD, Almeida Filho N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis*, 1999;9(1):13-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311999000100002>
- Cohn A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. *Saude soc.*, 1992;1(2):97-109. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901992000200006>
- Conti L. Estructura social y medicina. In: Aloisi M *et al.*, organizadores. *Medicina y sociedad*. Barcelona: Editorial Fontanella, 1972, pp. 187-210.
- Costa ML, Bernardes AG. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. *Saúde e Sociedade*, 2012;21(4):822-835. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400003>
- Coura JR. Endemias e meio ambiente no século XXI. *Cadernos de Saúde Pública*, 1992;8(3):335-341. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300012>
- Courtine J-J. O espelho da alma. In: Vigarello G, organizador. *História do corpo*. 1. Da renascença às luzes. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2012, pp. 401-410.
- Coutinho CN. *O estruturalismo e a miséria da razão*. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.
- Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*, 1999;15(4):701-709. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>
- Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2013.
- Dagognet F. *O corpo*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
- Dallari SG. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. *Physis*, 2010;20(1):57-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100005>
- Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes na área da saúde. *Esc Anna Nery*, 2011;15(2):389-394. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200023>
- Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004;9(4):1057-1066. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400026>

- Donnangelo MCF. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983, pp. 17-35.
- Donnangelo MCF. *Saúde e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2011.
- Donnangelo MCF. A conceptualização do social na interpretação da doença: balanço crítico. In: Carvalheiro JR, Heimann LS, Derbli M, organizadores. *O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014, pp. 47-84.
- Duarte N. *Vigotski e o “aprender a aprender”*: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana. 4.ed. Campinas: Autores Associados, 2006.
- Duarte N. *Sociedade do conhecimento ou sociedade das ilusões?* Campinas: Autores Associados, 2008.
- Fagot-Largeault A. *Medicina e filosofia*. São Paulo: Editora FAP-UNIFESP, 2013.
- Feio A, Oliveira CC. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, 2015;24(2):703-715. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>
- Figueira TR, Ferreira EF, Schall VT, Modena CM. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, 2009, 43(6):937-943. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000081>
- Freire Júnior RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface (Botucatu)*, 2005;9(16):147-158. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100012>
- Garcia JC. 1848: o nascimento da medicina social. In: Nunes ED (Org.). *Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.
- Gélis J. O corpo, a Igreja e o sagrado. In: Vigarello G, organizador. *História do corpo*. 1. Da renascença às luzes. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2012, pp. 19-130.
- Herold Junior C. Corpo, pensamento educacional e práxis: a “teoria” e a “prática” da Educação Física nos albos da modernidade. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, 2004;26(2):221-30. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihumansoc.v26i2.1390>
- Herold Junior C. Corpo, educação e hominização: possibilidades de análise a partir do materialismo histórico. *Educere et Educare*, 2009;4(7):203-221. <http://e-revista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/article/viewArticle/3254>
- Hobsbawm EJ. *A era das revoluções 1789-1848*. 25.ed. rev., 3.reimpr. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

- Hobsbawm EJ. *Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991)*. 2.ed. 45.reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2011b.
- Hobsbawm EJ. *Nações e nacionalismo desde 1780: programa, mito e realidade*. 6.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2013.
- Ianni AMZ. Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a saúde coletiva e a sociologia no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 2011;20(1):32-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100005>
- Ianni AMZ. O campo temático das ciências sociais em saúde no Brasil. *Tempo social*, 2015;27(1):13-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015013>
- Ilienkov EV. Atividade e conhecimento. In: Silva MJS, organizador. *A dialética do ideal: escritos de E. V. Ilienkov*. Curitiba: Ed. UFPR, 2016a, pp. 39-50.
- Ilienkov EV. O universal. In: Silva MJS, organizador. *A dialética do ideal: escritos de E. V. Ilienkov*. Curitiba: Ed. UFPR, 2016b, pp. 75-106.
- Ilyenkov EV. *The dialectics of the abstract and the concrete in Marx's Capital*. Delhi: Aakar Books, 2008.
- Ilyenkov EV. *Dialectical logic: essays on its history and theory*. Delhi: Aakar Books, 2010.
- Jameson F. *Postmodernism, or the cultural logic of late capitalism*. Durham: Duke University Press, 1991.
- Kashiura Júnior CN. *Crítica da igualdade jurídica: contribuição ao pensamento jurídico marxista*. São Paulo: Quartier Latin, 2009.
- Kliman A. *The failure of capitalist production: underlying causes of the Great Recession*. London: Pluto Press, 2012.
- Kosik K. *A dialética do concreto*. 2.ed. 9.reimpr. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- Le Breton D. *A sociologia do corpo*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- Lefebvre H. *Lógica formal. Lógica dialética*. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.
- Leontyev AN. *The development of mind*. Pacifica: Marxists Internet Archive, 2009.
- Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005;21(5):1595-1601. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>

- Loyola MAR. A saga das ciências sociais na área da saúde coletiva: elementos para reflexão. *Physis*, 2008;18(2):251-275. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200004>
- Loyola MAR. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, 2012;21(1):9-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100002>
- Lukács G. *Para uma ontologia do ser social*. São Paulo: Boitempo, 2012.
- Lukács G. *Para uma ontologia do ser social II*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- Lunardi VL. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1999, 20(1):26-40. <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4219/2229>
- Luria AR. *Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- Luz MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- Maher S. Escaping structuralism's legacy: the renewal of theory and history in historical materialism. *Science & Society*, 2016;80(3):291-318. <http://dx.doi.org/10.1521/siso.2016.80.3.291>
- Mamardašvili M. Analysis of consciousness in the works of Marx. *Studies in Soviet Thought*, 1986;32(2):101-120. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01043931>
- Mandressi R. Dissecções e anatomia. In: Vigarello G, organizador. *História do corpo*. 1. Da renascença às luzes. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2012, pp. 411-440.
- Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 2004;13(1):5-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100002>
- Marsiglia RMG. Temas emergentes em ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. *Saúde e Sociedade*, 2013;22(1):32-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100005>
- Martins LM. *O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica*. Campinas: Autores Associados, 2013.
- Martins MFSV. Imagens construídas em torno da gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010;15:1369-1375. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700046>
- Marx K. *Contribuição à crítica da economia política*. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

- Marx K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2009a.
- Marx K. *Miséria da filosofia*: resposta à Filosofia da miséria, do sr. Proudhon. São Paulo: Expressão Popular, 2009b.
- Marx K. *O capital*: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.
- Marx K. *O capital*: crítica da economia política. Livro II: o processo de circulação do capital. São Paulo: Boitempo, 2014.
- Marx K, Engels F. *A ideologia alemã*: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846). São Paulo: Boitempo, 2009.
- Mascaro AL. Direito, capitalismo e estado: da leitura marxista do direito. In: Kashiura Júnior CN, Akamine Júnior O, Melo T, organizadores. *Para a crítica do direito*: reflexões sobre teorias e práticas jurídicas. São Paulo: Outras Expressões; Editorial Dobra, 2015, pp. 45-61.
- Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, 2001;17(1):233-241. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100025>
- McKenna T. Against post-Marxism: how post-Marxism annuls class-based historicism and the possibility of revolutionary praxis. *International Critical Thought*, 2014;4(2):142-159. <http://dx.doi.org/10.1080/21598282.2014.906538>
- Mészáros I. *Filosofia, ideologia e ciência social*: ensaios de negação e afirmação. São Paulo: Boitempo, 2008.
- Mészáros I. *A teoria da alienação em Marx*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- Minuzzi ED, Amaral EZ. O conceito de saúde: um ensaio sobre implicações no campo da educação física. *Revista Didática Sistêmica*, 2012, Especial(1):27-38. <https://www.seer.furg.br/redsis/article/view/2742/1664>
- Mota A, Schraiber LB. Ciências humanas e medicina: as contribuições da história para a formação e a prática do médico. *Revista de Medicina*, 2012;91(3):189-193. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i3p189-193>
- Moulin AM. O corpo diante da medicina. In: Courtine J-J, organizador. *História do corpo*. 3. As mutações do olhar. O século XX. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2011, pp. 15-82.
- Naves MB. *Marxismo e direito*: um estudo sobre Pachukanis. São Paulo: Boitempo, 2008.
- Netto JP. *Marxismo impenitente*: contribuição à história das idéias marxistas. São Paulo: Cortez, 2004.

- Nogueira RP. *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Editora UNESP, 2007.
- Nogueira RP. Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(1):259-266. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100028>
- Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saude soc.*, 1994;3(2):5-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>
- Nunes ED. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface (Botucatu)*, 1998;2(3):107-116. <http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/12/112.pdf>
- Nunes ED. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis*, 2005;15(1):13-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000100002>
- Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS *et al.*, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2.ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2013.
- Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2007, 7(1):31-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000100004>
- Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães LS, Caldeira AP. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;20(9):2879-2890. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>
- Ortiz R. À procura de uma sociologia da prática. In: Ortiz R, organizador. *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983, pp. 7-36.
- Osmo A, Schraiber LB. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, 2015;24(supl.1):205-218. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>
- Paim JS. La salud colectiva y los desafíos de la practica. In: Organización Panamericana de la Salud, editor. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica n. 540. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992, pp. 151-168.
- Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 1998;32(4):299-316. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>

- Paim JS, Almeida Filho N. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamerica. *Cuad. méd. soc. (Ros.)*, 1999;75:5-30. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>
- Pellegrin N. Corpo do comum, usos comuns do corpo. In: Vigarello G, organizador. *História do corpo*. 1. Da renascença às luzes. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2012, pp. 131-216.
- Pereira IMTB, Westphal MF, Stewien GTM. Percepções do médico-chefe a respeito de atividades educativas em Postos de Assistência Médica. *Revista de Saúde Pública*, 1991, 25(4):306-314. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101991000400010>
- Porter R, Vigarello G. Corpo, saúde e doenças. In: Vigarello G, organizador. *História do corpo*. 1. Da renascença às luzes. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2012, pp. 441-486.
- Prates JG, Pinho PH, Oliveira MAF, Claro HG. A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. *Saúde em Debate*, 2014, 38(101):318-327. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140029>
- Reis AM, Soares CB, Campos CMS. Processo saúde-doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. *Saúde e Sociedade*, 2010;19(2):347-357. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200011>
- Rodrigues JC. *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- Rodrigues M. *Michel Foucault sem espelhos: um pensador proto pós-moderno*. Tese de doutorado (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- Rosen G. *From medical police to social medicine: essays on the history of health care*. New York: Science History Publications, 1974.
- Rosen G. *A history of public health*. Expanded ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993.
- Rubin II. *A teoria marxista do valor*. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- Rubin II. *História do pensamento econômico*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2014.
- Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Alteridade da dor nas práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;20(12):3713-3721. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.19382014>
- Saviani D. *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. 10.ed. rev. Campinas: Autores Associados, 2008.
- Saviani D. *História das ideias pedagógicas no Brasil*. 3.ed. rev. Campinas: Autores Associados, 2010.

- Schraiber LB. *Educação médica e capitalismo*: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.
- Schraiber LB. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em saúde coletiva. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, planejamento e gestão em saúde*: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015, pp. 33-57.
- Schraiber LB, Barros C, d'Oliveira AFPL, Peres MFT. A Revista de Saúde Pública na produção bibliográfica sobre Violência e Saúde (1967-2015). *Revista de Saúde Pública*, 2016;50(63):1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050000086>
- Schwarcz LM, Starling HM. *Brasil*: uma biografia. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*, 2007;17(1):29-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 1997;31(5):538-542. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>
- Shimizu HE, Silva JR, Moura LM, Bermúdez XPD, Odeh MM. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;20(9):2899-2910. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20592014>
- Silva CO, Rammingner T. O trabalho como operador de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;19(12):4751-4758. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.15212013>
- Silva SM, Ramos MZ. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. *Physis*, 2014;24(3):693-714. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300003>
- Siqueira MM, Moraes MS. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009;14(6):2115-2122. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600018>
- Stanga AC, Rezer R. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica... *Physis*, 2015;25(2):593-614. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200014>
- Stewart I. *Dezessete equações que mudaram o mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.
- Thompson EP. *Costumes em comum*: estudos sobre a cultura popular tradicional. 8.reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

- Torres MFM, Carvalho FR, Martins MD. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16:1409-1415. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700076>
- Vázquez AS. *Filosofia da práxis*. 2.ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- Vieira-da-Silva LM. Gênese sócio-histórica da saúde coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. *Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015, pp. 25-48.
- Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, pp. 3-12.
- Vigarello G, Holt R. O corpo trabalhado: ginastas e esportistas no século XIX. In: Corbin A, organizador. *História do corpo*. 2. Da revolução à grande guerra. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2012, pp. 393-478.
- Vigotski LS. *Teoria e método em psicologia*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- Vigotski LS. *A construção do pensamento e da linguagem*. 2.ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.
- Wood EM. Modernity, postmodernity or capitalism? *Review of International Political Economy*, 1997;4(3):539-560. <http://www.jstor.org/stable/4177238>
- Wood EM. O que é a agenda “pós-moderna”? In: Wood EM, Foster JB, organizadores. *Em defesa da história: marxismo e pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, pp. 7-22.