

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

POR UMA ALMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ALÉM  
DO BEM E DO MAL: IMPLICAÇÕES MICROPOLÍTICAS À  
FORMAÇÃO EM SAÚDE.

LUIZ FERNANDO SILVA BILIBIO

PORTO ALEGRE,  
2009

LUIZ FERNANDO SILVA BILIBIO

POR UMA ALMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ALÉM DO BEM E  
DO MAL: IMPLICAÇÕES MICROPOLÍTICAS À FORMAÇÃO EM SAÚDE.

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA  
AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
EDUCAÇÃO, DA FACULDADE  
EDUCAÇÃO, DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL,  
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE  
DOUTOR EM EDUCAÇÃO.

ORIENTADOR:  
PROF. DR. RICARDO BURG CECCIM

LINHA DE PESQUISA: GRUPO TEMÁTICO  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PORTO ALEGRE,  
2009

LUIZ FERNANDO SILVA BILIBIO

**POR UMA ALMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ALÉM DO BEM E DO MAL:  
IMPLICAÇÕES MICROPOLÍTICAS À FORMAÇÃO EM SAÚDE.**

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO DA  
FACULDADE EDUCAÇÃO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO  
GRANDE DO SUL, PARA OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE DOUTOR EM EDUCAÇÃO.

APROVADA EM 30 ABR. 2009.

---

PROFA. DR. RICARDO BURG CECCIM – ORIENTADOR

---

PROFA. DRA. SANDRA MARA CORAZZA – UFRGS

---

PROFA. DRA. SIMONE MAINIERI PAULON – UFRGS

---

PROFA. DR. EMERSON ELIAS MERHY – UFRJ

---

*Agradeço de coração a todos os intercessores da minha vida. Em especial a minha amada cúmplice Chris e ao filho que tive a surpresa e a honra de ter escolhido ser pai – Matheus.*

## Resumo

Das minhas experimentações coletivas no Projeto de Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/RS), nos anos de 2002 e 2003, no Estado do Rio Grande do Sul e, depois, no Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/BR), entre os anos de 2003 e 2005, em diferentes estados do país, surgiram signos mundanos os quais foram interpretados neste trabalho acadêmico como dimensões morais e políticas. Com um pensamento impregnado pela filosofia de Friedrich Nietzsche e contaminado por Gilles Deleuze, operei uma problematização genealógica destas dimensões no campo da saúde coletiva brasileira, mais especificamente, a perspectiva de valores morais operada pelo chamado *Movimento em defesa da vida* (MDV), na sua concepção da micropolítica do trabalho em saúde. Buscando achar pontos de conexão e desconexão entre estas formulações do MDV e a perspectiva da vontade de poder e da transvaloração dos valores da filosofia de Nietzsche, formulei uma perspectiva da micropolítica do processo de trabalho da saúde, configurada pela multiplicidade da vontade de poder e caracterizada como encontros humanos para além do bem e do mal. Uma formulação que, deste modo, também é endereçada para os encontros que ocorrem na formação dos profissionais da área da saúde.

Palavras chaves: 1. Saúde – Política pública – Brasil. 2. Moral. 3. Valores. 4. Poder. 5. Saúde – Educação – Formação profissional. 6. Nietzsche, Friedrich Wilhelm. 7. Deleuze, Gilles.

## Resumén

De mis experimentaciones colectivas en el Proyecto de Vivencia-Estágio en la Realidad del Sistema Único de Salud (VER-SUS/RS) en los años de 2002 y 2003, en el Estado del Rio Grande do Sul y, después, en el Proyecto de Vivencias y Estágios en la Realidad del Sistema Único de Salud (VER-SUS/BR), entre los años de 2003 y 2005, en diferentes estados del país, surgieron señales mundanos los cuales fueron interpretados en este trabajo académico como dimensiones morales y políticas. Utilizando herramientas conceptuales de la filosofía de Friedrich Nietzsche e Gilles Deleuze, operé una problematización genealógica de estas dimensiones en el campo de la salud colectiva brasileña, más específicamente, la perspectiva de valores morales operada por el llamado *Movimiento en defensa de la vida* (MDV), en su concepción de micropolítica del trabajo en salud. Buscando hallar puntos de conexión y desconexión entre estas formulaciones del MDV y la perspectiva de la voluntad de poder y de la transvaloración de los valores de la filosofía de Nietzsche, formulé una perspectiva de la micropolítica del proceso de trabajo de la salud impregnada por la multiplicidad de la voluntad de poder y caracterizada como encuentros humanos para más allá del bien y del mal. Una formulación, que, desta manera también és direccionada para los encuentros que ocurren en la formación de los profesionales de la área de la salud.

Palabras llaves: 1. Salud - Políticas públicas - Brasil. 2. Moral. 3. Valores. 4. Poder. 5. Salud - Educación - Formación. 6. Nietzsche, Friedrich Wilhelm. 7. Deleuze, Gilles.

## Sumário

<b>A síntese de apresentação possível</b>	08
<b>A afirmação</b>	10
<b>A perspectiva do percurso</b>	11
• Os começos	13
• A formação como porta de entrada no SUS	19
• Um pouco da história das vivências	22
• O riso e os signos do vivido	31
• A alma e o SUS	38
• Dimensões do cenário da formação em saúde	48
<b>Uma história da alma do SUS</b>	56
• Ângulos de uma saudável herança	57
• Ciência e saúde	61
• Guerra e saúde	65
• Reforma sanitária e saúde coletiva	68
• Do conceito ampliado de saúde ao amplo agregado semântico da saúde	71
• Outra guerra e saúde	75
• Igualdade, política e niilismo	79
• Uma perspectiva da grande saúde	82
<b>Defender e afirmar a vida</b>	94
• Quem defende? De onde defende? Defende o quê?	95
• Vontades de defender	101
• Defesa do viver bem	108
• Autonomia solidária em substância	123
• Autonomia solidária em qualidade	130
<b>Micropolíticas da saúde</b>	137
• Micropolítica e defesa radical da vida	139
• Micropolítica e vontade de poder	158
• Os encontros de trabalho para além do bem e do mal	165
• O corpo-arma de transvalorização nos encontros de trabalho	170
<b>Referências bibliográficas e outras</b>	181

## A síntese de apresentação possível

O caminhante perambulava quando vislumbrou duas serpentes entrando na residência de duas velhas damas mentirosas. Percebeu que um dos animais era peçonhento e o outro não. Tratou rapidamente de avisar as duas velhas damas, a respeito dos animais que acabavam de adentrar a casa. Entrando no território particular das duas damas, encontrou a primeira mentirosa e, próximo da velha dama, estava a cobra sem veneno. Avisou sobre a proximidade do animal inofensivo à vida. Ela não considerou o comunicado e, sem pestanejar, matou o animal sem veneno.

Adentrando ainda mais no território de domínio das duas senhoras enganosas, o caminhante foi avisar a segunda dama sobre a permanência do outro animal. Ao encontrar a segunda dama – na escura garagem da residência – e avistar o animal peçonhento, a dormir enrolado num canto da garagem, informou sobre a delicada situação. A segunda dama mentirosa ao ser informada reagiu imediatamente, atirando rápida e violentamente o animal. Então, também com destreza, a velha dama virou em direção ao caminhante e disse *mata!* Sem oferecer alguma ferramenta que pudesse ser usada como arma, a senhora enganosa retirou-se habilmente da escura garagem. Agora desperta e irada, a víbora avançou como um raio em direção ao caminhante e, num embate muito veloz – *do qual é difícil saber exatamente o que aconteceu* – o caminhante matou a serpente, sem antes ser picado pelo animal.

Atordoado, sem lembrar ao certo o que fazer em socorro próprio – se lavava o sangramento ou tentava aumentar o sangramento da ferida, se furava as bolhas de inchaço e sugava o veneno ou comprimia o ferimento – optou em seguir um segundo impulso. Saiu rapidamente da residência sem despender cordialidades de despedidas às velhas damas mentirosas e ligou para a mulher. Esta escutou com presteza o relato do ocorrido e, pedindo ao caminhante que aguardasse alguns momentos, desligou o telefone. Passado um tempo sem medidas, o telefone móvel do caminhante tocou; era a criança quem acionava a chamada.



A criança em conchavo com a mulher, disse que ela havia conversado com o antigo mestre do caminhante; aquele que o iniciou nas artes do jogo, da dança e da luta. O velho professor, ao ouvir sobre o acontecimento, fora tomado por uma intensa gargalhada, disse que o caminhante não tomava jeito e orientou que fosse para um determinado serviço de saúde. Após escutar a criança, o caminhante seguiu em direção a este serviço. Chegando à frente do espaço de saúde – uma construção de rara beleza –, constatou que, para acessar tal serviço, antes precisaria interagir com um tipo de espaço de triagem, composto por policiais equipados com fuzis AR-15 e coletes à prova de balas e cães Rottweiler.

#### **Alguns personagens e espaços conceituais**

- *Caminhante* – gosta de conhecer onde está, mas não aprecia saber previamente para onde vai.
- Serpente – o niilismo.
- Velha dama mentirosa – a linguagem racional.
- Residência – a instituição.
- Garagem – a caverna.
- Mulher – a vida.
- Criança – terceira metamorfose do espírito, a leveza, a brincadeira.
- Antigo mestre – a sabedoria do corpo.
- Serviço de saúde – Sistema Único de Saúde
- Policiais – o forte controle do instinto de conservação.
- Cães – o domesticado.

## **Cartório do Registro Público de Entidades Naturais**

**LUIZ FERNANDO SILVA BILIBIO**  
**Oficial responsável**

**RICARDO BURG CECCIM**  
**Oficial orientador**

**Nascimento Nº 23101965**

Certifico que foi lavrado em 01 de abril de 2009 o assento de nascimento de *Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde*, nascido no trigésimo dia do mês de março de dois mil e nove, ocorrido às 23 horas e 59 minutos, no Hospital Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nesta capital. De cor mestiça, do sexo hermafrodito, filiação legítima do pai **vontade de potência** e da mãe **vontade de potência**, sendo avós paternos e maternos a **vontade de potência**.

Foi declarante o tio **Genealogia da Transvalorização de todos os valores** e serviram de testemunhas os **intercessores bibliográficos e outros, o Orientador, os componentes da Banca de Qualificação do Projeto de Tese de Doutorado, a família e amigos do oficial responsável.**

**Observações:** a entidade nasceu de parto doloroso, com aparência estranha, mas respira bem. Algumas das testemunhas dizem que a entidade veio simplesmente para incomodar os encontros humanos nos espaços do trabalho e da formação em saúde, outras testemunhas, porém, afirmam tratar-se de coisa distinta aquilo que a entidade pode.

O referido é uma falsa verdade e, como tal, dou fé.

Porto Alegre, 01 de abril de 2009.

**Oficial responsável**

## A perspectiva do percurso

Como escrever uma Tese? Com que finalidade? Estabelecer um método preciso na busca da verdade sobre uma temática e destinada a desenvolver um conhecimento útil para a sociedade, parecem ser respostas bem adequadas. Seguir a tradição e o prestígio de buscar com rigor o verdadeiro para guiar o humano; uma marca da modernidade com profundo parentesco com o procedimento platônico e cristão, no qual a verdade é a luz. E fazer algo diferente disto? O que seria? Talvez formular um conhecimento falso e perigoso? Implicaria em abrir mão do prestígio? Um tipo de loucura incompatível com um adequado empreendimento científico?

Talvez seja precipitado no início de um percurso de pesquisa estabelecer o que ele é. Entretanto, parece ser produtivo apontar alguns compromissos de apostas que, inclusive, podem ser delineados por aquilo com que o percurso não pleiteia. Esta tese não se ocupará em produzir verdades universais e, nem tão pouco, terá como finalidade a promessa de um futuro melhor. Será, então, uma produção acadêmica próxima de algum tipo de insanidade? Talvez; provavelmente intempestiva. A caminhada apostará na potência do falso para estabelecer uma avaliação relevante sobre os valores morais presentes em encontros políticos no campo da saúde no Brasil. Um desdobramento desta aposta, ou outra aposta é que esta tese possa *afectar* poucos, alguns ou vários para experimentações políticas mais criativas nesse campo.

Entretanto, por que mesmo abrir mão de apostar na verdade? Por compartilhar da perspectiva de Nietzsche (2005, p. 57)<sup>1</sup> na qual a verdade é “um batalhão móvel de metáforas, metonímias, antropomorfismos, enfim, uma soma de relações humanas”, ou seja, as verdades são invenções humanas e que historicamente “foram enfatizadas poética e retoricamente, transpostas, enfeitadas, e que, após longo uso, parecem a um povo sólidas, canônicas e obrigatórias”. O compromisso de dizer a verdade, a ordem de produzir o verdadeiro não considera que “as verdades são ilusões, das quais se esqueceu

---

<sup>1</sup> Extraído do texto *Sobre a verdade e mentira no sentido extramoral*, redigido originalmente em 1873.

que o são” e, deste modo, ceder ao prestígio científico do verdadeiro implica em perda de potência de afecção, pois as verdades como metáforas “se tornaram gastas e sem força sensível”.

Um pensamento contaminado pela filosofia nietzscheana percebe que a demanda pela verdade é outra face da necessidade de crer que despreza as sensações, o estranho, o assustador; uma necessidade que exige a certeza agradável ao paladar dos representantes da decadência (Nietzsche, 1992a, § 2; 1998a, § 347; 1998c, § 27; 2000a, § 4)<sup>2</sup>. Para Nietzsche-Zaratustra (1998b, p. 85)<sup>3</sup> dizer a verdade é – apenas – “saber manejar bem o arco e a flecha”.

Nesta perspectiva, o conhecimento forte é aquele que utiliza com destreza o arco e a flecha. Uma destreza caracterizada pela força das interpretações e avaliações. Uma potência que escolhe bons alvos, fortes adversários. Aqueles que produzem maior resistência e, assim, contribuem – aqui e agora – para as atividades interessadas na intensificação da vida. Diante do abandono do prestígio moderno do estatuto da verdade, provavelmente ainda seja pertinente indagar sobre qual a validade de tal proposta de conhecimento.

Este questionamento coloca em cena a questão dos valores e da avaliação. Em Nietzsche (1992a, § 4)<sup>4</sup>, a “falsidade de um juízo não chega a constituir, para nós, uma objeção contra ele (...). A questão é em que medida ele promove ou conserva a vida”. Talvez esta seja a grande questão da validade metodológica deste percurso, revelando a cruel questão sobre a virtude deste empreendimento acadêmico – o valor desta Tese. Em que medida este trabalho será sintoma das forças de conservação ou das forças de intensificação da vida? Mais uma vez a estratégia é se socorrer de Nietzsche (2000a, § 2)<sup>5</sup>.

Juízos, juízos de valor sobre a vida, a favor ou contra, nunca podem ser em última instância verdadeiros: eles só possuem o valor como sintoma, eles só podem vir a ser considerados como sintomas. Em si,

---

<sup>2</sup> Aforismo presente no capítulo primeiro de *Além do bem e do mal*, escrito por Nietzsche em 1886; do Livro Quinto de *A gaia Ciência* redigido originalmente entre 1881 e 1882; da terceira dissertação de *A genealogia da moral*, publicado originalmente em 1887; da seção *A razão na filosofia* do livro *Crepúsculo dos ídolos*, redigido por Nietzsche em 1888.

<sup>3</sup> Extraído da passagem *De mil e um alvos* do livro *Assim falou Zaratustra*, escrito originalmente entre 1883 e 1885.

<sup>4</sup> Do capítulo primeiro – *dos preconceitos dos filósofos* – de *Além do bem e do mal*.

<sup>5</sup> Da seção *O problema de Sócrates* de *Crepúsculo dos ídolos*.

tais juízos são imbecilidades. É preciso estender então completamente os dedos e tentar alcançar a apreensão dessa *finesse* admirável, *que consiste no fato de o valor da vida não poder ser avaliado*. Não por um vivente, pois ele é parte, mesmo objeto de litígio, e não um juiz; não por um morto, por outra razão.

Este trabalho – como algo que acontece na vida – também será objeto de litígio entre as forças de intensificação e conservação. Deste modo, ele será constituído e dilacerado por essas forças; aspecto que denuncia a imbecilidade de auto-estabelecer sua verdadeira condição de afirmação ou negação da existência. Contudo, segue o desafio de desejar empreender academicamente um grande sim à vida como ela é. Um trabalho que deseja a intensificação da vida não pode titubear diante de seu próprio desejo. A um desejo intenso – para além da verdade e mentira – corresponde uma afirmação intensa: o trágico manejo deste arco e desta flecha deseja intensificar a vida. É chegada a hora de envergar o arco.

## **Os começos**

*Um outro mundo é possível* é o slogan do Fórum Social Mundial. Fórum que esteve mais vivamente presente em Porto Alegre em quatro oportunidades; nos anos de 2001, 2002, 2003 e 2005. Dias de encantamento foram aqueles. A diversidade de pessoas, de grupos, de línguas, cores e discursos fizeram com que a capital gaúcha experimentasse nestes encontros internacionais uma atmosfera preenchida de desejos e conversações maquinando outras realidades sociais; Porto Alegre como a capital da esquerda mundial. O comércio local também louvava a presença do Fórum, mas por motivos distintos.

Em especial o Fórum Social Mundial de 2002 é marcante para este trabalho de Doutorado; ocorrido entre os dias 31 de janeiro e 05 de fevereiro, foi neste Fórum que uma mistura de mundos começou a ser trilhada. Na atmosfera do Fórum de 2002 defendi minha Dissertação de Mestrado e recebi o convite para trabalhar na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), mais especificamente, na Escola de Saúde Pública do Estado (ESP/RS). Começou aí uma mescla de acontecimentos que configura o

material de pesquisa deste doutoramento. Um dos grandes começos deste trabalho, pois têm outros. Começos que formam um estreito circuito do mesmo e das diferenças desta pesquisa e que, por esta razão, vale a pena ser espreitado, marcando minimamente a história dos acontecimentos, os *gargalos de estrangulamento* (Deleuze, 1992) que forçam e possibilitam a condição de pensamento desta tese.

Concluí a graduação em educação física em 1988 e foi também neste ano que encerrei minha atuação em sintonia com as práticas e os saberes hegemônicos desta profissão. Localizada na fronteira entre a educação e a saúde, a produção da educação física era e ainda é fortemente comprometida com a formulação axiomática sintetizada na expressão '*educar para a prática da atividade física, pois atividade física produz saúde*' (Carvalho, 2001). Sentia-me insatisfeito em comprometer meu corpo-pensamento na lida cotidiana de identificar qual a didática mais adequada para o desenvolvimento da adesão do outro ao axioma da área, bem como, em estabelecer a quantidade e a qualidade de exercícios físicos pertinentes para a conquista da saúde dos indivíduos; ocupações centrais do bom educador físico na perspectiva hegemônica deste núcleo profissional.

Bom mesmo na educação física foi ter conseguido pegar, na carne, uma diversidade de experimentações corporais que, inconscientemente coloquei na minha mochila, como um conjunto de sensações daquilo que pode o corpo. Falo da potência das vivências em *lutas, jogos e danças*: giros de corpo, gingados de malandragem, movimentos em diferentes ritmos, a sensação do limite da força, a dor de ampliar a elasticidade, as invenções de ataque e defesa, os esquemas – sem palavras – de avançar e recuar que surgiam nas equipes, o prazer de maquinar coletivamente uma *justa*. Existir corporalmente parecia implicar outras dimensões para além da perspectiva biológica mecanicista e esta percepção de estranhamento, gerava um desconforto tamanho que a alternativa inventada foi virar um tipo de caminhante.

Entre 1989 e 1991 fui mochileiro viajando por alguns estados do Brasil, além de outros países: Portugal, Espanha, França, Alemanha, Bélgica, Holanda, Inglaterra e Escócia. Estar estrangeiro, expor o corpo à repetição do inesperado (Kastrup, 2001), acabou lapidando um tipo de *prazer na cegueira*

(Nietzsche, 1998a, §287)<sup>6</sup>, um pensamento que preza a incerteza como companhia. Entretanto, a incerteza no pensamento exige estômago forte e, por que não, uma boa mochila de conhecimentos e práticas. Ao retornar para Porto Alegre em 1991 e com muita saudade de atuar na área da educação-saúde, a alternativa inventada foi encontrar uma destas mochilas.

Naquela época, um dos bares mais charmosos e ecléticos da cidade era o *Bar do Beto*, então localizado na esquina da Av. Venâncio Aires com a Rua Vieira de Castro. No Beto circulava gente interessante e esquisita, a cerveja era gelada e as paredes eram decoradas com todo o tipo de parafernália e cartazes que iam de instrumentos musicais a objetos agrícolas; de artigos de periódicos com conteúdos revolucionários a folhetos de divulgação das mais variadas atividades culturais. Era um tipo de Centro Acadêmico aberto ao público das 18h até a saída do último freguês. Foi na parede do Beto que vi o cartaz com a chamada: ‘*Workshop* sobre Reich: corpo, sexualidade, materialismo dialético e psicanálise’; amor a primeira vista! Como disse Nietzsche em *Aurora*<sup>7</sup>, “o essencial de todas as invenções é o acaso, mas este acaso não acontece à maior parte das pessoas” ([199?], § 362).

Em 1991 iniciei um percurso de estudos sobre a produção de Wilhelm Reich (1897-1957). As radicais formulações de Reich sobre as dimensões física, mental e social da existência eram marcadas pela compreensão na qual os dilemas do dinamismo psíquico explorados pela psicanálise, também eram fortemente complementados pelo processo de repressão econômica denunciado pelo marxismo, produzindo, assim, uma existência corporal encorajada com medo da vida e submetida e carente a todo o tipo de autoritarismo. Honestamente implicado em *defender a vida* humana natural, esta mescla de diferentes saberes empreendida por Reich, somada ao seu ativismo político acabou por provocar sua expulsão da Sociedade Psicanalítica (a ênfase social incomodava); sua exclusão do Partido Comunista Alemão (a ênfase na psicologia incomodava); e uma ferrenha perseguição do movimento político-institucional americano e anticomunista denominado *macarthismo* que acabou por levá-lo a prisão, em 1957. Reich faleceu preso neste mesmo ano.

---

<sup>6</sup> Do livro quarto de *A Gaia Ciência*.

<sup>7</sup> Aforismo presente no livro quarto desta obra escrita originalmente entre 1879 e 1881. Utilizei uma publicação portuguesa sem data explicitada, mas provavelmente publicada na década de 1990.

Contudo, seus escritos<sup>8</sup> estiveram presentes na chamada *esquerda freudiana*, nas produções da Escola de Frankfurt e instigaram significativamente a *revolução sexual* da inquieta década de 1960.

Foi na década de 1980 que as formulações de Reich chegaram mais fortemente no Brasil com o *boom* das terapias alternativas (Russo, 1993). O psicólogo carioca Ralph Viana – organizador dos *Ciclos Reich* – foi um dos pioneiros na difusão de concepções do pensador no país<sup>9</sup> e, juntamente com o professor Ernani Eduardo Trotta, da Universidade Federal Fluminense, desenvolveram várias atividades e cursos de formação em Terapia Psico-corporal Reichiana na década de 1990 também no Rio Grande do Sul. Devo muito do aprendizado sobre Reich ao encontro e trabalho com estes psicólogos.

Deste modo, com uma mochila de tecnologias reichianas e outras abordagens afins, desenvolvi muitos e diferentes trabalhos com a denominação de práticas corporais alternativas na área da educação e da saúde até o final da década de 1990. Práticas terapêuticas e pedagógicas individuais e coletivas em diferentes espaços de Porto Alegre e Caxias do Sul; um destes espaços foi o *Mutação – Centro de Desenvolvimento Humano* sob a coordenação do filósofo e amigo Ney Bruck. A *Antiginástica* de Thérèse Bertherat, a *Bioenergética* de Alexander Lowen, a *Somaterapia* de Roberto Freire e o *Teatro do Oprimido* de Augusto Boal; práticas e saberes que sob a batuta da *orgonoterapia* de Wilhelm Reich compuseram o meu arsenal para a luta por *um mundo melhor*. Naquela época, as *minhas* bem intencionadas explicações críticas sobre a ordem presente tinham sentido em valores solidários e justificavam intervenções educativas e terapêuticas interessadas em relações sociais mais humanizadas. Entretanto, um novo desconforto surgiu. O meu amado arsenal tinha resposta para tudo e para todos e isto começou a ficar meio esquisito.

O encontro com alguns franzir de testa, algumas torcidas de nariz, algumas bocas apertadas, alguns dar de ombros, tiveram, ao longo da década de 1990, a potência de violentar a minha bem elaborada avaliação do que é

---

<sup>8</sup> Refiro principalmente os livros *Materialismo Dialético e Psicanálise* de 1929; *Análise do Caráter* de 1933; *Psicologia de massas do fascismo* de 1934.

<sup>9</sup> Para muitos o primeiro mesmo foi José Ângelo Gaiarsa; e eu me incluo entre estes muitos.



certo e do que é errado, do que é o bem e do que é o mal, do que é a doença e do que é a saúde, e minhas prescrições sobre o que se deve e o que não se deve fazer. Então, no início do ano de 1999, tive novamente que inventar uma alternativa e procurei o Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na esperança de fazer alguma disciplina que me ajudasse a traduzir o desconforto. Não era a *escolha* pela continuidade dos estudos, era a pressão do desconforto para uma direção desconhecida. Também não era a vontade de passear por outras paisagens teóricas, pois se tratava da necessidade de forçar o pensamento: era surpreender o pensamento ou um tipo de *morte em vida*.

Pouco familiarizado com os prazos institucionais de matrícula, quando cheguei à Secretaria do Programa já havia encerrado o período de inscrição para alunos não regulares. Procurei alguns professores indagando sobre a possibilidade de participar informalmente de suas aulas, mas todos já estavam com suas turmas lotadas. Na ocasião, apenas a professora Nadja Hermann oferecia a possibilidade de mais um aluno na sala de aula, sua disciplina era 'Introdução a Filosofia de Nietzsche'. Paradoxalmente, o meu desconforto começou a ser traduzido a marteladas, sofrimento é uma palavra que traduz a sensação corporal daquelas primeiras vivências de pensamento com a filosofia de *Friedrich Wilhelm Nietzsche* (1844-1900).

No ano seguinte, ingressei como aluno regular de Mestrado, nesse Programa de Pós-Graduação e intensifiquei meus estudos sobre a perspectiva filosófica nietzscheana. Sob a desafiadora orientação da professora Sandra Corazza, desenvolvi uma perspectiva genealógica do terreno teórico de Reich destinado à educação sexual (Bilibio, 2002a). O procedimento genealógico nietzscheano implica uma radical crítica da história da moral que traz o desafio ético da *transvaloração dos valores*, supostamente originários em um mundo supra-sensível. Trata-se da perspectiva de fazer uma história dos sentimentos morais – mesmo daqueles mais sagrados –, operando um corte na tradição filosófica da origem metafísica dos valores tomados como verdadeiros. Deste modo, o empreendimento genealógico atua sobre a história da organização social e seus processos de criação e alteração dos valores. Para Nietzsche, o sentimento, a noção, o projeto, a imagem, o ideal, a ação valorizada na

existência não tem valor *em si*; não tem valor em razão de sua natureza. A natureza não tem valores, “tal valor foi-lhe alguma vez dado, oferecido, e nós fomos os que demos e oferecemos!” (Nietzsche, 1998a, § 301)<sup>10</sup>.

Nesta perspectiva, a história dos valores morais pode servir para elucidar as produções das normas de conduta generalizadas que são apresentadas como absolutamente necessárias à vida ou a determinado projeto de futuro. O empreendimento genealógico pretende desmascarar universalizações indevidas e ressaltar a especificidade de cada caso. Ao violentar aquilo que se percebia imóvel, denuncia a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo, submetendo ideais e atitudes ao exame genealógico e inquirindo se são signos de plenitude da vida ou de sua degeneração (Marton, 2000a). O enfrentamento genealógico das avaliações e dos valores que caracterizam o projeto reichiano de futuro foi o que configurou a minha Dissertação de Mestrado.

Contudo, se, por um lado, no percurso do Mestrado tive a oportunidade de promover o encontro entre a interpretação genealógica de Nietzsche e a teoria psicossocial de Reich, por outro lado, não foi neste trabalho de pesquisa que me defrontei com a possibilidade de participar de uma experimentação social onde também estivesse colocada a alternativa de focar e problematizar genealógicamente esta vivência. Dizendo de outra forma, que tipo de produção de pensamento emergiria do mergulho num processo de construção coletiva o qual levasse comigo modos de pensar contaminados pela filosofia de Nietzsche? Quais conexões de sentido seriam fabricadas ao focar essa experimentação?

Estas indagações não vinham da vontade de organizar algum tipo de *grupo de auto-ajuda nietzscheano* e nem tão pouco de iniciar uma jornada de intervenções nietzscheanas em diferentes espaços sociais. Queria mesmo era ser protagonista e vítima de um processo-projeto social e político do mundo vivido, para ser surpreendido pelos signos e por um pensar intempestivo desta experimentação; mais uma vez a vida forçando pensamento e exigindo invenção. Mas, então, o Mestrado foi concluído, era final do mês de janeiro do

---

<sup>10</sup>Do livro quarto de A Gaia Ciência.

ano de 2002, também terminou aquela edição do Fórum Social Mundial e, assim, comecei a trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS).

### **A formação como porta de entrada no SUS**

A Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul foi a minha porta de entrada no mundo do trabalho no SUS. Ligada à Secretaria Estadual da Saúde, a ESP/RS tinha como definição a Educação em Saúde Coletiva. Na gestão de 1999-2002, na ESP/RS, foi criada a *Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil*; e eu fui responsável por boa parte desta articulação. Na época, a ESP/RS tinha em sua direção o professor Ricardo Burg Ceccim, também professor da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com quem freqüentei disciplina à época do Mestrado, hoje meu Orientador neste percurso de Doutorado. Conviver com o Ricardo em diferentes frentes de produção sempre implicou surpresas no pensar e vislumbrar o setor público de saúde como uma gestão produzida por e produtora de processos singulares de subjetivação (Guattari, 1987). Lá em 2002, na ESP/RS, foi inaugurado – em uma instância estadual de gestão do sistema de saúde brasileiro – um espaço de encontro no qual as vozes dos estudantes, seus desejos, suas questões, seus conhecimentos, suas curiosidades, seus anseios, suas angústias e, claro, seus valores e suas avaliações sobre o bem e o mal também como elementos de configuração de políticas públicas; ganharam audiência e poder de fluxo.

Em 2003, no início do primeiro mandato de Luiz Inácio (Lula) da Silva à Presidência da República, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes) no Ministério da Saúde. Parte desta secretaria era configurada no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). O Ricardo foi formulador desta iniciativa e o primeiro diretor do Deges. Em seu período foi formulada e colocada no cenário nacional a Política Nacional para o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudança na Graduação em Saúde: *AprenderSUS*. Esta Política se respaldou no texto constitucional que determina como atribuição do SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (Brasil, 1988, art. 200), além de seguir as recomendações

das Conferências Nacionais de Saúde sobre a formação dos trabalhadores no setor (Ceccim, Armani e Rocha, 2002). Uma das estratégias de ação do *AprenderSUS* era a articulação com o movimento estudantil e – de 2003 a 2005 – também estive envolvido nesse processo nacional.

Somados os períodos em que atuei na ESP/RS e no Deges, foram quatro anos de uma forte convivência com coletivos estudantis organizados. Especificamente nesta frente de atuação, foram mais de mil horas<sup>11</sup> em encontros com mais de 2000 representantes e estudantes de graduação. Eram reuniões, seminários, congressos, oficinas, rodas de conversa, simpósios, rede de *emails*, telefonemas, recados e bate-papos em hotéis, universidades, auditórios, restaurantes, bares, ruas, centros e diretórios acadêmicos, acampamentos, salas de aula, repartições públicas e serviços de saúde. Encontros que ocorreram nas cidades de Porto Alegre, Viamão, Pelotas, Bagé, Santa Cruz do Sul, Caxias do Sul, Pelotas, Rio Grande, Passo Fundo, Santa Maria, Florianópolis, Joinville, Curitiba, Londrina, São Paulo, Campinas, Jundiaí, Marília, Botucatu, Rio de Janeiro, Niterói, Teresópolis, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Vitória, Goiânia, Campo Grande, Dourados, Aracajú, João Pessoa, Recife, Fortaleza, Sobral, Natal, Manaus, Belém, Santarém, Rio Branco e Porto Velho nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Sergipe, Paraíba, Pernambuco, Ceará, Rio Grande do Norte, Amazonas, Pará, Acre, Rondônia e Brasília (Distrito Federa).

Foi uma jornada única e repleta de estranhamentos. Eu, que tinha participado muito pouco do movimento estudantil durante a minha graduação em educação física, agora estava em intensa interação com o *ethos* e o *pathos* do movimento estudantil da área da saúde, mas não como estudante. Naquele grupo eu era o *cara do governo* e algumas vezes também a *cara do governo*. Tratava-se de um tipo de grupo mestiço – gente do governo com gente estudante – que produzia ao se produzir, inclusive com seus impasses. Marcos, Odete, Mariana, Oswaldo, Lúcia, Haidê, Débora, Hêider, Fabiano,

---

<sup>11</sup> Durante o período de 15 meses na ESP/RS a média era de 02 encontros por semana com duração de 04 horas e durante o período de 29 meses no Deges a média era de 01 encontro por semana com a duração de 04 horas, além de atividades (seminários, oficinas, congressos etc.) geralmente nos finais de semana em diferentes cidades no Estado do Rio Grande do Sul e no País.

Estevão, Giliate, Ellen, Aristides, Lutiane, Dênis, Dagoberto, Camila, Felipe, Edna, Rebeca, Liu, Bruno, Sérgio, André e Antônio são alguns nomes da gente estudante com a qual aprendi muito sobre muita coisa<sup>12</sup>, não sem algum sofrimento. Eu que queria – ao final do Mestrado – vivenciar um processo coletivo do mundo vivido, tive um prato cheio durante quatro anos. Uma das mais significativas construções dessa jornada de encontros foram os *Projetos de Vivência-Estágio no SUS – O VER-SUS/RS* e depois os *Projetos de Vivências e estágios no SUS – VER-SUS Brasil; as vivências no SUS*.

De uma maneira geral, as vivências no SUS buscavam promover a integração dos estudantes à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do Sistema, as estratégias de atenção, o exercício do controle social e os processos de educação na saúde, tendo como referência ética os princípios da universalidade e da integralidade no acesso às ações e serviços de saúde e da democratização nos processos de gestão e participação. Nas vivências, ocorre a abertura do Sistema como espaço de ensino-aprendizagem para os estudantes da área da saúde, propiciando processos político-pedagógicos coletivos de exposição aos acontecimentos da vida no SUS.

Processo coletivo caracterizado pelos encontros multiprofissionais de estudantes, com gestores, trabalhadores e usuários do Sistema e docentes dos cursos da área da saúde. Preferencialmente elas ocorriam nos tradicionais períodos de férias letivas dos cursos de graduação da área da saúde; cada edição tinha a duração de 15 a 20 dias e congregava entre 15 a 25 estudantes universitários de diferentes cursos em determinado município. Penso ser pertinente resgatar um pouco da história das vivências, pois, a idéia de vivenciar o SUS não foi uma iniciativa dos gestores do Sistema, mas do Movimento Estudantil.

---

<sup>12</sup> Muitos dos então estudantes hoje compõem a nova geração de gestores, trabalhadores e conselheiros do Sistema Único de Saúde, alguns já são docentes universitários da área da saúde. Os nomes são reais e o uso, apenas, do primeiro nome os coloca como presebça coletiva.

## Um pouco da história das vivências

As vivências no SUS não emergem da mobilização das instituições de ensino superior, dos professores universitários dos cursos da saúde, dos gestores da saúde ou dos trabalhadores do Sistema. As vivências emergem da mobilização estudantil. A imersão do estudante em outra realidade já tinha provado sua potência de mobilização por meio da experiência dos estágios de vivência que ocorriam desde a década de 1980, quando os estudantes de agronomia realizaram as primeiras vivências em assentamentos rurais e em áreas de vulnerabilidade social (Torres, 2005). Esta iniciativa dos estudantes de agronomia vai influenciar os estudantes da área da saúde.

A primeira vivência no SUS foi desencadeada em 1996, pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e tinha como objetivo estratégico o desenvolvimento de um espaço de sensibilização dos estudantes de medicina para a questão da saúde como um direito social. Trata-se das vivências como uma de suas estratégias de disputa de corações e mentes para a defesa do SUS (Denem, 2008). A iniciativa da Denem também ocorria em função da constatação de que no percurso da graduação não era ofertado um conjunto de experiências políticas, bem como, não era propiciada a exposição a fatores de aprendizagem presentes nos espaços populares de produção da saúde. Na perspectiva da Denem, a escola médica trabalhava insuficientemente os valores de solidariedade, equidade, justiça, liberdade, democracia, crítica, esperança, auto-estima; valores considerados fundamentais para o engajamento do estudante no movimento estudantil (Pinto, 2000).

Em 2001, os estudantes de medicina buscaram o governo estadual do Rio Grande do Sul para efetivar uma rodada de vivências. Assim, em parceria com a ESP/RS realizaram o Projeto *Escola de Verão*, caracterizado pela participação dos estudantes de medicina. A segunda experiência foi o Projeto de Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS/RS. Esta vivência se configurou como um processo de participação bem mais amplo, congregando em sua elaboração e execução estudantes oriundos de 15 cursos da área da saúde.

Outra dimensão da história das vivências no SUS é que, na gênese do Movimento Estudantil, está presente a identificação com os diferentes combates à ordem social estabelecida, tradicionalmente representada pelos governos em todo o mundo. Seja em função dos governos majoritariamente representarem a direita política, seja por representarem um poder de comando sobre a sociedade e seus movimentos sociais. Historicamente, o Movimento Estudantil age em afinidade à revolução, rejeitando a adesão, tanto quanto o reformismo, engajando-se em um exercício *contra* o Estado e com pouca acumulação de práticas realizadas *com* o Estado. Esta tensão entre as forças estudantis e as forças governamentais, marcou as experiências de parceria, tanto em 2002 no Rio Grande do Sul, quanto o processo estabelecido nacionalmente a partir de 2003, e esta tensão foi mais potente – produziu mais ruídos – na experiência nacional.

No governo do Estado do Rio Grande do Sul, de 1999 a 2003, a característica democrática e popular do Partido dos Trabalhadores (PT) era consideravelmente reconhecida pelo Movimento Estudantil e, assim, o governo Olívio Dutra criava condições de possibilidade para construções coletivas com o Estado, que eram novidades para todos. “Na nossa visão”, dizia Dutra (2002, p. 12), “o Estado tem um papel preponderante na produção, articulação e execução de políticas sociais, mas entendemos que ele deve estar sob controle público”. Esta visão implicava em “estimular uma cultura de protagonismo da população”. Ainda na opinião de Dutra, este protagonismo necessitava de “descentralização do governo e no aprendizado dos atores que participam das suas estruturas em dividir o poder de governar”. Conclui, então, dizendo que “esse foi o compromisso maior que assumimos ainda na campanha eleitoral que elegeu nosso projeto de governo”.

Uma proposta semelhante de governo acontecia em âmbito nacional. A eleição de 2002 que elegeu um Presidente da República com a trajetória popular de Luiz Inácio Lula da Silva, representou uma novidade na história política do Brasil que inspirava possibilidades de aliança com movimentos populares nunca antes possíveis no país. No início do primeiro mandato do governo Lula, figuras que encarnavam a própria história da construção do SUS ocuparam altos escalões do Ministério da Saúde. Uma atmosfera nacional que deixava pouco espaço para duvidar de que uma importante mudança estava

para acontecer no território macropolítico do setor. Figuras que inspiravam o Movimento Estudantil da área da saúde, agora estavam *no* ou auxiliavam o governo.

Esta onda de otimismo político inundava o cenário sanitário nacional nos primeiros anos do governo Lula, oportunizando, assim, uma relação de parceria entre o Movimento Estudantil e o Ministério da Saúde que irradiou a possibilidade de vivências no SUS em todo o país. Ao mesmo tempo, esta articulação era um acontecimento que suscitava antigos e necessários fantasmas do Movimento. Tratava-se da possibilidade do Movimento Estudantil ser cooptado pelas benesses governamentais, correndo o risco de ficar atrelado a interesses federais que não corresponderiam às lutas históricas do Movimento. A personalidade de embate e o risco da cooptação eram elementos presentes no encontro governo-estudantes e receberam uma tradução nos questionamentos do então dirigente da Denem, Giliate Coelho Neto (2008, p. 88): “que fazer agora? Apoiar e confiar no atual grupo do Ministério da Saúde, abrandando as críticas? Ou aprofundar as mesmas, no intuito de construir uma base social forte (...)?”.

Muitos dos encontros de trabalho deste grupo mestiço – gente do ministério com gente estudante – foram configurados por conversações marcadas por prolongados silêncios, veementes protestos contra algo que não estava na pauta, ameaças de rompimento e alguns rompimentos, ferrenhas disputas por detalhes, além de uma diversidade de outras cenas que emitiam instigantes *signos* a serem traduzidos. Em algumas oportunidades, estes episódios de desconforto foram trabalhados coletivamente e, em outras, não foram. Entretanto, este grupo mestiço conseguiu desenvolver um processo de trabalho produtivo, muito em função da aposta sobre as contradições democráticas do governo Lula e nas quais surgia a impressão, segundo Coelho Neto, “de que o grupo ministerial da saúde representava até certo ponto uma contra-hegemonia silenciosa neste cenário”. De forma geral, para este ex-integrante da coordenação da Denem, “havia uma aprovação da gestão federal da saúde, o que não acontecia em relação ao resto do governo. Quando os debates iam se especificando, porém, os embates eram consideráveis” (p. 88).

O processo de trabalho desse grupo mestiço produziu, em junho de 2003, em Brasília, o Seminário *Os Estudantes Universitários da Área da Saúde*



e o SUS. Mais de 150 estudantes representando os cursos e os diversos pontos do país estiveram presentes neste seminário. O objetivo deste encontro, além de apresentar formalmente a proposta de parceria ao Movimento Estudantil para a realização das vivências multiprofissionais em todo o país, foi proporcionar o estabelecimento de uma base de conhecimentos a respeito do SUS para os estudantes presentes. As vivências multiprofissionais no SUS que compuseram a experiência no Rio Grande do Sul em 2002 e a experiência nacional do VER-SUS/Brasil a partir de 2003, configuram o espaço-tempo social de onde, mesclando educação, trabalho e política, surgem os modos de vida, possibilidades de existência, sintomas de uma vida transbordante ou esgotada (Deleuze, 1992) a serem interpretados nesta tese.

O VER-SUS/RS foi a primeira vivência multiprofissional na área da saúde no Brasil onde estudantes de administração hospitalar, administração de sistemas e serviços de saúde (saúde coletiva), biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional estiveram coletivamente captando e irradiando, experimentando cognitivamente e corporeamente, expostos às carreiras profissionais uns dos outros tendo o SUS como cenário de aprendizagem. O VER-SUS/RS teve os seguintes objetivos centrais:

- 1) promover o encontro entre estudantes dos vários cursos de graduação em saúde de todo o estado<sup>13</sup> e proporcionar estágio de vivência na gestão do Sistema Único de Saúde;
- 2) possibilitar o intercâmbio sobre a gestão do SUS entre os estudantes da saúde de todo o estado; docentes de saúde coletiva do Rio Grande do Sul; trabalhadores da área da saúde no Sistema; gestores regionais, municipais e de serviços de saúde; usuários nos serviços de saúde e conselheiros de saúde;
- 3) constituir fóruns regionais de discussão e aproximação entre Instituições de Ensino Superior, serviços de saúde, órgãos de gestão do SUS e controle social na área da saúde;
- 4) propiciar para estudantes de graduação em saúde o debate das políticas públicas de saúde no SUS e estágio de vivência nas

---

<sup>13</sup> Embora, numa primeira versão, o projeto estivesse destinado aos estudantes da área da saúde no Rio Grande do Sul, alguns vieram procedentes de outros estados. Estudantes de medicina que vivenciaram a Escola de Verão e estudantes alemães do equivalente curso de graduação em administração de sistemas e serviços de saúde que estavam visitando o sistema de saúde brasileiro, acolhidos pelo professor Johannes Doll, da Faculdade de Educação, da UFRGS.

instâncias de um Sistema Estadual de Saúde nos âmbitos estadual, regional, municipal, distrital e local (Escola de Saúde Pública/RS, 2002, p. 4).

Estas vivências aconteceram em julho de 2002, contaram com a participação de 112 estudantes universitários de 12 diferentes cursos da área da saúde e oriundos de 19 Instituições de Ensino Superior (IES). Nesta vivência, os 112 estudantes foram divididos em 19 equipes que se dirigiram para as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da SES/RS, entrando em contato com o sistema de saúde de 65 municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Estes dados estão organizados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Distribuição VER-SUS/RS

<b>CRS</b>	<b>Municípios visitados</b>	<b>Carreiras profissionais componentes das equipes</b>
<b>1<sup>a</sup></b>	Alvorada, Morro Reuter e Porto Alegre	Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social
<b>2<sup>a</sup></b>	Butiá, Charqueadas e Parobé	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia
<b>3<sup>a</sup></b>	Pelotas, São Lourenço e Rio Grande	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia
<b>4<sup>a</sup></b>	Faxinal do Soturno, Santa Maria e Silveira Martins	Biologia, Enfermagem, Farmácia e Nutrição
<b>5<sup>a</sup></b>	Caxias do Sul (Galópolis) e Farroupilha	Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social
<b>6<sup>a</sup></b>	Carazinho, Passo Fundo, Mormaço e Sananduva	Biologia, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição
<b>7<sup>a</sup></b>	Bagé, Dom Pedrito e Hulha Negra	Enfermagem, farmácia, medicina, nutrição e psicologia
<b>8<sup>a</sup></b>	Cachoeira do Sul, Cerro Largo e Sobradinho	Enfermagem, Farmácia, odontologia e Psicologia
<b>9<sup>a</sup></b>	Cruz Alta, Quinze de Novembro, Salto do Jacuí e Santa Bárbara do Sul	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Administração em Saúde (aluno da Alemanha), Enfermagem, Farmácia e Medicina
<b>10<sup>a</sup></b>	Alegrete, Rosário do Sul, São Borja e Uruguaiana	Biologia, Enfermagem, Farmácia e Psicologia
<b>11<sup>a</sup></b>	Aratiba, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Sul e Erechim	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Biologia, Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição
<b>12<sup>a</sup></b>	Entre-Ijuís, Porto Xavier, Santo Ângelo e São Luiz Gonzaga	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição

<b>13<sup>a</sup></b>	Mato Leão, Passo do Sobrado, Rio Pardo e Santa Cruz do Sul	Administração em Saúde (aluno da Alemanha), Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia
<b>14<sup>a</sup></b>	Giruá, Independência, Santa Rosa e Tucunduva	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia
<b>15<sup>a</sup></b>	Constantina, Palmeira das Missões e Ronda Alta	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Biologia, Enfermagem, Nutrição e Serviço Social
<b>16<sup>a</sup></b>	Lageado, Imigrantes, Santa Clara do Sul e Taquari	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Odontologia
<b>17<sup>a</sup></b>	Catuípe, Jóia e Ijuí	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Educação Física, Enfermagem, Nutrição e Serviço Social
<b>18<sup>a</sup></b>	Arroio do Sal, Mampituba e Osório	Biologia, Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia
<b>19<sup>a</sup></b>	Cristal do Sul, Fredrico Westphalen, Rodeio Bonito e Taquaro do Sul	Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Farmácia, Medicina Veterinária, Nutrição e Psicologia

Fonte: ESP/RS, 2002.

A partir da posse do novo Governo Federal, em 2003, o Ministério da Saúde, por meio do Deges, renova a aposta no protagonismo dos estudantes como uma estratégia político-pedagógica própria do setor da saúde. Inicia-se, então, em fevereiro de 2003, a construção do Projeto VER-SUS/Brasil. Atendendo ao convite do Ministério da Saúde, representações nacionais estudantis dos diversos cursos da área da saúde participaram ativamente já neste início de processo e, na continuidade dos acontecimentos, organizaram-se como *Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde*.

Durante o segundo semestre de 2003, foi elaborado o Projeto-Piloto do VER-SUS/Brasil por esta Comissão e por representantes do Ministério da Saúde. O grupo mestiço era a coordenação nacional do projeto. Esta coordenação desenvolveu uma articulação com os municípios que, na época, compunham a *Rede de Municípios Colaboradores de Educação Permanente em Saúde*: Aracajú/SE, Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Campinas/SP, Caxias do Sul/RS, Goiânia/GO, Londrina/PR, Marília/SP, Niterói/RJ e Sobral/CE.

Todos estes municípios aceitaram o desafio de ofertar seus sistemas de saúde como espaço-tempo vivencial aos estudantes universitários (Brasil, 2005a).

Em janeiro e fevereiro de 2004 foi realizado o Projeto-Piloto do VER-SUS/Brasil. O Projeto-Piloto envolveu um pouco mais de 120 estudantes da área da saúde nos sistemas municipais dessa rede de municípios e objetivou experimentar o desenho do projeto e capacitar os facilitadores para a etapa seguinte: a primeira edição destas vivências nacionais aconteceu entre julho e outubro de 2004. A partir da avaliação do Projeto-Piloto, foi desencadeado um processo de intensa descentralização e sociabilização nacional da proposta. O VER-SUS/Brasil teve como objetivos pactuados nacionalmente e ofertados em rede aberta:

- valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes do espaço de vivência no processo da reforma sanitária;
- provocar reflexões acerca do papel do estudante como agente transformador de realidades sociais;
- contribuir para a construção do conceito ampliado de saúde;
- sensibilizar gestores, trabalhadores e formadores da área da saúde, estimulando discussões e práticas relativas à educação permanente em saúde e às interações entre educação, trabalho e práticas sociais;
- contribuir para o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, para a articulação interinstitucional e intersetorial e para a integração ensino-serviço-gestão-control social no campo da saúde;
- contribuir para o debate sobre o projeto político-pedagógico da graduação em saúde e sobre a implementação das diretrizes curriculares nacionais e das diretrizes constitucionais do SUS, fortalecendo os compromissos do SUS com o ensino da saúde;
- estimular a inserção dos estudantes no Movimento Estudantil e em outros Movimentos Sociais (Brasil, 2003).

Em julho de 2004, cinco mil estudantes universitários dos cursos da área da saúde de todo o país tinham realizado suas inscrições para participar da primeira edição do Projeto VER-SUS/Brasil. Previsto para acontecer em 40 municípios no país, propiciando a vivência para 700 estudantes, entre julho e outubro de 2004, ocorreram 51 vivências – em 51 municípios – em 19 estados da federação com a participação de 1.067 estudantes (quadro 2).

Quadro dos estados e municípios onde ocorreram estas vivências nacionais.

<b>Estados</b>	<b>Municípios</b>
Amazonas	Manaus
Pará	Belém e Santarém
Tocantins	Gurupi
Maranhão	São Luis
Ceará	Sobral
Paraíba	Campina Grande
Pernambuco	Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Recife
Piauí	Teresina
Bahia	Alagoinhas, Juazeiro, Itabuna e Vitória da Conquista
Sergipe	Aracaju
Goiás	Goiânia
Mato Grosso do Sul	Campo Grande e Dourados
Minas Gerais	Alfenas, Almenara, Belo Horizonte, Ipatinga, Itaobim, Juiz de Fora e Uberlândia
Espírito Santo	Vitória
Rio de Janeiro	Niterói e Teresópolis
São Paulo	Campinas, Jundiaí, Marília, Ribeirão Preto, Santo André, São Carlos e São Paulo
Paraná	Curitiba, Londrina e Maringá
Santa Catarina	Chapecó, Criciúma, Florianópolis e Joinville
Rio Grande do Sul	Alvorada, Caxias do Sul, Gravataí, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Maria e Viamão

Fonte: Brasil, 2005b.

Paralelamente, em outras localidades do país, coletivos estudantis locais continuavam a se organizar para também realizarem as vivências no SUS. Estas vivências se espalharam por diferentes processos e as significações sobre as vivências transbordaram os objetivos estabelecidos inicialmente; tanto em sua versão inicial no Rio Grande do Sul quanto em sua versão nacional.

Sempre fui instigado pela perspectiva das vivências como o encontro, ou melhor, como muitos encontros dispersos de diferentes modos de conhecer,

fazer, falar e sentir. Encontros de muita gente diferente para conversar sobre e no SUS. Conversações não só entre estudantes, professores, gestores, trabalhadores e usuários das ações e serviços de saúde, mas também entre gente que conhece o SUS desde sua implantação, gente que nunca tinha ouvido falar do tal SUS; muita gente que conhece o SUS apenas pelas manchetes dos telejornais e gente que conhece alguma coisa do Sistema.

Noutra perspectiva, as vivências também foram encontros entre gente que dedica sua vida para a construção deste Sistema; gente que apenas trabalha lá; gente que decide sobre os rumos do Sistema; gente que usa seus serviços e ações; gente que intervém em sua dinâmica organizacional por meio das instâncias de controle social; gente que se articula nos movimentos sociais da saúde; gente que fala sobre o SUS; gente que elogia o SUS; gente que fala mal dele; gente que o trata como uma questão irrelevante; gente militante e gente oponente. Encontros entre gente completamente apaixonada pelo Sistema; que gosta muito dele; que sente apenas uma leve simpatia; indiferente; que não o suporta; gente que sofre em fazer o Sistema funcionar; gente que se alegra neste desafio; gente curiosa sobre o SUS.

Não foi raro perceber que, de uma maneira geral, a maioria dessas gentes tinha como efeito dos encontros a ativação de uma vontade de vivenciar mais o SUS; encontros que queriam mais encontros no SUS, diferenças que desejavam encontrar mais diferença no Sistema. Promover o encontro dessa multiplicidade – a dinâmica da mescla compreensões-afetos-ações – em experimentações no SUS caracterizava uma inusitada aposta de proliferar *fatos micropolíticos* para a produção de desequilíbrio como condição indispensável para a criação de outras *macropolíticas* (Ceccim e Bilibio, 2002). A ousadia deliberada de misturar corpos que reagem uns aos outros, o instituído reagindo ao instituinte, vivências coletivas de dissolução da identidade, reconfiguração dos modos de sentir-pensar-agir como modos de fazer política.

As vivências no SUS, o encontro de muita gente diferente discutindo o SUS, o processo de trabalho do grupo mestiço governo-estudantes; as muitas experimentações micropolíticas deixaram um rastro de signos e serem traduzidos, a serem interpretados. Que moralidade estava em disputa? Quais valores atravessavam aqueles encontros? Eram sintomas de declínio ou de plenitude da vida? Instigavam bandos de águias ou rebanhos de cordeiros?

Quando encerrou meu trabalho no Ministério da Saúde, não tive alternativa além de resgatar todas as anotações que consegui registrar ao longo desses quatro anos, e debruçar-me sobre elas na tentativa de traduzir esses acontecimentos na perspectiva genealógica da produção de sentidos para algumas questões presentes na formação dos trabalhadores da saúde, notadamente aquelas referentes aos valores e avaliações que atuam na dimensão micropolítica da produção da saúde e, deste modo, questões presentes no território da educação em saúde coletiva.

### **O riso e os signos do vivido**

Meu trabalho na ESP/RS e depois no Deges em Brasília envolvia auxiliar na formulação e execução de estratégias de transformação da formação em saúde na perspectiva dos princípios do SUS; o que já ocupava a quase totalidade da minha disponibilidade. Entretanto, com a mania desenvolvida no Mestrado de *estranhar o óbvio*, não resistia ao impulso de registrar anotações sobre o inesperado, fatos surpreendentes que emergiam dos encontros de trabalho sobre os quais rabiscava algumas frases soltas onde fosse possível<sup>14</sup>. Este trabalho de Doutorado é devedor destas surpresas e suas imediatas anotações, mas quais situações surpreendentes? Qual o critério de escolha dos acontecimentos inesperados e relevantes para uma Tese? Não foi no primeiro impulso de anotar um acontecimento que percebi serem situações de riso aquelas sobre as quais rabiscava. Parafraseando Caetano Veloso, respeitei minhas lágrimas, mas ainda mais minhas risadas como critério de escolha dos acontecimentos a serem agora traduzidos nesta Tese. Isto porque naqueles inusitados atos vividos não conseguia pensar claramente sobre eles; momentos em que não tinha palavras; em que meu pensamento não dava conta.

Na análise de Verena Alberti (1999, p.14-22) sobre o riso e o risível na história do pensamento, o riso está para além do conhecimento e, assim, é

---

<sup>14</sup> Primeiro foram quaisquer folhas de papel que estivessem pela frente, depois foram as agendas, mas começou a faltar espaço nestas para registrar os compromissos de trabalho, então comprei cadernos que iam comigo para todo e qualquer lugar.

experiência propícia para que o pensamento ultrapasse a si mesmo e, deste modo, propicie um tipo de filosofia do não-saber. Produzindo sobre a função do riso nas formulações de Georges Bataille, essa autora afirma que este filósofo da transgressão se definia como o próprio riso que lhe consumia; “o impasse onde afundo e no qual desapareço não é senão a imensidão do riso”.

A autora também aborda este aspecto na produção de Michel Foucault e reaparece a relação entre o riso e o impensável ao relatar a interação do filósofo com os textos de Borges que o faziam rir longamente. Este riso de Foucault, nas palavras de Alberti, era “provocado por um não-lugar: um espaço aonde o pensamento não chega e onde a linguagem não pode manter juntas as palavras e as coisas”. Um tipo de pensamento sem racionalidade lógica e possibilitado pela experiência do riso trágico.

Este riso surge no espaço da *sem-razão* e do *não-ser* traindo nossas delimitações; a alegria de romper com o que supostamente determinaria o ser, o *eu*. Lembro que ria naquelas situações vivenciadas porque não tinha respostas, não tinha palavras para o momento onde ocorria um tipo de *morte do eu*. Neste caso, segundo Verena Alberti, “não é por rir da morte, e sim por se confundir com a morte, que esse riso se torna inseparável de um sentimento trágico”. O riso como o sangue de Dioniso no pensamento; o deus grego da transmutação entusiasmada e da fertilidade.

Este sangue é um forte componente do pensamento trágico que marca a filosofia nietzscheana. Estando na fronteira entre o ser e o não-ser, entre o dizível e o indizível, entre a palavra e a não-palavra, a alegria possibilita a criação de sentidos outros. Ela não dá sentido ao que não tem sentido, mas é sinal de uma intensidade para além do pensamento e das palavras. Assim, provoca, instiga, desafia o próprio pensamento. Pode-se afirmar que o pensamento que se permite afetar pela alegria do riso trágico, pelo sangue dionisíaco, já é outro pensamento.

Na filosofia de Nietzsche, o riso é referência de potência do pensamento. Em sua *Gaia Ciência*, Nietzsche (1998a, §327) critica a tradição pesada e rangente da racionalidade moderna de “tomar a coisa a sério” como característica do *pensar bem*, e diz que “a encantadora besta humana perde sempre, ao que parece, o bom humor quando pensa bem; torna-se *séria*”. Mantendo um dos traços mais marcantes de sua escrita – a ironia –, denuncia



então, a perspectiva preconceituosa das *sérias bestas* que dizem “onde há riso e alegria não tem o pensar qualquer valor”. Por fim, afirma o riso e a alegria no pensamento com a provocação: “pois bem! Mostremos que se trata de um preconceito!”.

Para Nietzsche o riso como atitude filosófica é sinal de potência de pensamento chegando mesmo a propor uma hierarquização dos filósofos de acordo com a capacidade de gargalhar, “colocando no topo aqueles capazes da risada de ouro” (Nietzsche, 1992a, § 294). Se, nas vivências, o riso era o sinalizador de que o pensamento estava sendo estrangulado, procuro agora os sentidos daqueles *signos mundanos* emitidos naquelas situações sociais.

A perspectiva dos signos é desenvolvida por Deleuze em *Proust e os signos* (2006)<sup>15</sup>, ao utilizar a *Recherche*, de Proust, na obra *Em busca do Tempo perdido* para contrapor uma nova imagem-pensamento divergente da imagem racionalista. Para Deleuze, o objeto dos encontros é o signo e é ele – como força estranha – que nos faz pensar. Nesta nova imagem, pensar é romper com a imobilidade a partir da violência da força dos signos que movem o próprio pensamento que, por sua vez, explica, traduz e dá sentido aos signos.

Antes de tudo, nas palavras de Deleuze (2006, p. 22), “é preciso sentir o efeito violento de um signo, e que o pensamento seja como que forçado a procurar o sentido do signo”. A procura deste sentido é um tipo de aprendizagem; uma invenção. Kastrup (2001, p. 211) ao pensar a aprendizagem como invenção elabora alguns exemplos do aprender usando essas imagens de Deleuze: “aprender marcenaria é ser sensível aos signos da madeira”. Segue sua explanação, afirmando que para aprender a cozinhar é necessário “ser sensível aos odores, às cores, às texturas dos ingredientes da comida, aprender a jogar futebol é ser sensível aos signos da bola, do campo, da torcida, dos jogadores”.

Diferentes mundos emanam diferentes signos configurados em círculos e que, em certos pontos, se cruzam. Conforme Deleuze (2006, p. 04-22), os signos “são específicos e constituem a matéria desse ou daquele mundo”. Signos amorosos, sensíveis, artísticos e mundanos; diferentes objetos de uma

---

<sup>15</sup> Escrito originalmente em 1964.

aprendizagem temporal, diferentes potências de pensamento que se relacionam, interagem e reagem uns aos outros. Contudo, dos encontros sociais emergem signos mundanos que também exigem – para uma aprendizagem inventiva – sensibilidade e inteligência. Deste modo, decifrar signos mundanos implica também expor o pensamento aos mundos da diversidade amorosa, sensível e artística dos signos.

O signo mundano emerge no social substituindo uma ação ou um pensamento, ocupando o seu lugar. Nas palavras de Deleuze, o signo mundano é aquele que “não remete a nenhuma outra coisa, significação transcendente ou conteúdo ideal, mas que usurpou o suposto valor de seu sentido”. Percebe também que este signo “antecipa ação e pensamento, anula pensamento e ação, e se declara suficiente”. De certa maneira, o signo é um aforismo em ato. Contudo, é a inteligência que torna possível a tarefa de interpretar os signos, aprender deles e com eles, mas Deleuze adverte: contanto que a inteligência *venha depois*.

Deleuze (2006, p. 81-112) fala do tempo necessário para a interpretação dos signos; o tempo do desenvolvimento da própria interpretação. No caso dos signos mundanos emitidos dos fatos sociais ele afirma que “perdemos tempo porque estes signos são vazios e reaparecem intactos ou idênticos, no final do seu desenvolvimento. Como um monstro, como uma espiral, ele renasce de suas próprias metamorfoses”. A tradução dos signos mundanos implica extrair o sentido enrolado no signo e o tempo necessário – o tempo perdido depois do estranhamento – para aprender com esta implicação; um aprender que é mais importante do que lembrar. As lembranças dos encontros – voluntárias e involuntárias – só intervêm em função da própria aprendizagem para abrir novas possibilidades de pensamento. Nas palavras de Deleuze, “também existe uma verdade do tempo que se perde, como se fora a maturação do intérprete, pois este não se redescobre de forma idêntica”.

Se, por um lado, o signo é o objeto de um encontro, por outro lado, é a incerteza, a falta de clareza do encontro que produz a necessidade daquilo que ele faz pensar como interpretação criativa. Com Deleuze, se o pensamento produz uma idéia segundo um signo, “é porque a idéia já estava presente no signo, em estado envolvido e enrolado, no estado obscuro daquilo que força a pensar” e é por isto que o conteúdo de determinado acontecimento social “foi

de tal maneira perdido, nunca tendo sido possuído, que sua reconquista é uma criação”. Trata-se, então, da imagem do pensamento onde traduzir e interpretar é criar.

Em sua leitura de Proust, Deleuze produz outras imagens de pensamento para além da tradicional imagem dogmática do pensamento da filosofia da representação e do seu maior bem: a verdade. Em *Nietzsche e a filosofia*, Deleuze ([199?], p. 155-157)<sup>16</sup> já havia apresentado as três teses desta dogmática: (1) a perspectiva do pensamento verdadeiro como o exercício daquele pensador que, por amar a verdade, pensa verdadeiramente; (2) a perspectiva de que forças estranhas ao pensamento (corpo, paixão, sensibilidade, sensações mundanas) o desviariam ao erro, tomando o falso pelo verdadeiro; (3) a perspectiva na qual, pensaríamos bem com o método correto, anulando o efeito nocivo das forças estranhas e não nos desviando do caminho da racionalidade lógica para desvendar o verdadeiro; valor maior dessa tradição filosófica.

Em Deleuze, a nova imagem do pensamento é o pensar não como algo inato ao humano, mas como a necessidade de engendrar o próprio pensar no pensamento. Nos estudos de François Zourabichvili (2004, p. 54) sobre o vocabulário deleuzeano, o pensamento em Deleuze divergiu da tradição filosófica do transcender como uma abstração da vida vivida. Em Deleuze, na interpretação de Zourabichvili, a potência do pensamento é engendrada num empirismo transcendental com “os temas do involuntário, da violência dos signos ou do encontro que nos obriga a pensar, e o problema da tolice elevado ao transcendental”. O transcendente não como algo acima do mundano, mas constituído no mundo e que rompe com a tradição de visualizar o pensamento como a ferramenta humana com capacidade de vislumbrar a limpa e cristalina verdade da vida; a perspectiva de pensamento que corresponde ao ideal ascético da existência.

No prólogo de *Além do bem e do mal*, Nietzsche (1992a, p. 08) sentencia que o “pior, mais persistente e perigoso dos erros até hoje foi o erro do dogmático: a invenção platônica do puro espírito e do bem em si”. Trata-se da influente e habilidosa teoria platônica da alma como pura realidade interior;

---

<sup>16</sup> Escrito originalmente em 1962. Foi utilizada uma publicação portuguesa com data de publicação provável na década de 1990.

a alma supra-sensível, a parte mais nobre, a luz do ser que é distinta e superior ao corpo. A única instância humana capaz de tornar o universo inteligível por causa de sua pureza luminosa e de sua aptidão de abstrair do mundano o que é verdadeiro e permanente. A abstração como a mais antiga e ainda atual operação ascética de opor o espírito à carne, o sagrado ao profano, a pureza ao mundano, o certo ao errado, o verdadeiro ao falso, a saúde à doença, o bem ao mal. Na perspectiva de Nietzsche, nossa idealização ascética como herança da tradição filosófica platônica; vulgarmente repaginada pelo cristianismo; consolidada na modernidade.

A estratégia do ideal ascético é formular modelos de vida, padronizar a existência e justificar esta padronização por meio da verdadeira explicação. Nas palavras de Giacóia Jr. (2005, p. 13), o aspecto predominante do platonismo consiste na perspectiva da alma como instinto ou impulso ético, sendo em vista da “ética e da política que Platão mobilizou sua teoria do conhecimento, sobretudo a parte consistente da doutrina das idéias”. Para Nietzsche, este ideal ético e político contaminou todos os campos da existência humana; a ciência, a filosofia, a religião, a arte, a educação e a saúde são dimensões da vida onde esta vontade ascética atua como uma força negadora da multiplicidade. Entretanto, será a crença na ciência da modernidade – e na sua vontade de verdade – a mais astuciosa versão do ideal ascético.

Está implicado na vontade de verdade da ciência a grande fé na desconfiança. Desconfiar incondicionalmente de todos os valores transcendentais e metafísicos, da fé em Deus, dos sentidos corpóreos, da vida e seus signos. Contudo e paradoxalmente, permanece um ideal – segundo Nietzsche (1998a, §344)<sup>17</sup> –, “a crença e a convicção de que *nada é mais necessário do que a verdade e, em relação a ela, tem todo o resto apenas um valor de segunda ordem*”.

Nietzsche interpreta que esta astuciosa e incondicional vontade de verdade está atrelada numa velada e generalizada *vontade de não iludir*, “na generalização *eu não quero iludir* também o caso particular *eu não quero iludir-me*”. Deste modo, a ciência cerca-se de restrições, vigilância, disciplina e desenvolve suas metodologias ascéticas por meio da racionalidade humana.

---

<sup>17</sup> Do quinto livro de A gaia ciência.

Uma luminosa vigilância científico-policial sobre as múltiplas forças da vida – e do pensamento como sintoma da dinâmica de forças – que permite prometer verdadeiramente o melhor dos futuros.

Para Nietzsche, tal homem verdadeiro e a sua fé na ciência têm um sentido último e temerário: “*afirmar assim outro mundo*, diferente da vida, da natureza e da história”. Questiona, então, se, ao afirmar outro mundo, o homem da ciência não é “obrigado a negar o seu contrário, este mundo, o *nosso mundo*”. É neste ponto que o filósofo quer chegar, isto é, que crer somente no científico é um tipo de *crença metafísica* de sujeitos cognocentes e antimetafísicos. Por fim, constata que continuamos a buscar “o *nosso* fogo ao incêndio que um milênio da velha fé ateou, aquela fé cristã que era também a crença de Platão, de que Deus é verdade, de que a verdade é divina”.

Nessa perspectiva é relevante indagar: práticas ascéticas estiveram presentes nas vivências no SUS? Se a vontade de verdade, buscando romper com a metafísica e com a fé cristã, repõe o suposto ascético, idealizando e prometendo outros mundos, quais mundos idealizados estavam enredados nos signos mundanos que emergiram das vivências no SUS? Quais idealizações estavam presentes? Quais os valores morais impregnavam aqueles encontros? A experimentação de quais moralidades ocorria na micropolítica daquelas vivências? Este é o exercício de problematização que me proponho a produzir tendo como fonte os signos mundanos daqueles fatos sociais.

Entretanto, Nietzsche (1998a, §7)<sup>18</sup> adverte que “quem agora quiser fazer das coisas morais matéria de estudo tem diante de si um imenso campo de trabalho”. Trata-se da reflexão sobre aquilo que apaixona diferentes individualidades. Deste modo, diz Nietzsche, “é preciso trazer à luz a sua maneira de raciocinar, a sua maneira de apreciar os valores e de iluminar as coisas”. Indaga então, sobre a possibilidade de extrair dos encontros humanos os elementos para este estudo ao perguntar se “alguma vez se fez a recolha das experiências do viver em comunidade (...)”? Há nelas tantas coisas a considerar”.

Desse modo, é da experimentação nas vivências no SUS que emanam os signos mundanos a serem inventivamente traduzidos-interpretados para

---

<sup>18</sup> Do livro primeiro de *A gaia ciência*.

configurar o modo de pensar deste trabalho. Trata-se também da proposta de estabelecer uma perspectiva genealógica dos valores presentes na atual construção do SUS e suas implicações na formação dos profissionais da área da saúde.

## A alma e o SUS

Belém do Pará, julho de 2004.

A organização das vivências foram variadas, inclusive sobre a gestão do seu custeio. Em Belém, a Comissão Local decidiu por um tipo de 'bolsa auxílio' e calculou um determinado valor a ser repassado para os estudantes visando ao custeio de despesas tipo alimentação, transporte e outros elementos de necessidade pessoal. Naquela roda de conversa, os estudantes tinham acabado de ir às compras quando o facilitador falou:

- Então pessoas, ficou alguma dúvida sobre o debate dos Princípios do SUS? O porquê da existência deles? Como eles representam uma luta do povo brasileiro?
- **Não!** (todos em coro).
- Vocês têm certeza mesmo que entenderam o 'espírito da coisa'?

O negócio do espírito era mais complicado; parecia que tinha uma moral essencial naquele debate anterior; uma coisa profunda, algo mais embaixo e aí o coro silenciou, mas um dos estudantes arriscou um comentário.

- Como assim o 'espírito da coisa'? Sei lá, acho que entendi que a universalidade, a integralidade e a equidade são direitos de cidadania, estão na Lei da saúde brasileira e que, mesmo assim, continuam sendo uma coisa em disputa na sociedade.
- Exatamente! Ainda estão em luta, uma guerra entre os poderosos e o povo historicamente humilhado que a gente precisa tomar partido, escolher de verdade de que lado a gente está!
- Exatamente, claro! (o coro todo mais uma vez)
- Será que está claro mesmo? Nós estamos falando da luta dos proletários contra o capitalismo, da dignidade humana contra os interesses econômicos.
- Isto mesmo! (o coro agora já consideravelmente tímido)
- Se todo mundo já entendeu, então todo mundo aqui tem que escolher o lado agora; do lado de quem vocês estão nesta luta?! Nós não podemos desperdiçar dinheiro público; esta vivência está sendo financiada com o dinheiro do povo e ela tem a missão de conhecer os problemas do povo, da gente que sofre na carne a desigualdade, dos companheiros que dependem de um SUS com qualidade.

O coro silenciou; parecia de fato que algo tinha escapado do debate anterior; alguma ficha não caiu. Um dos estudantes arriscou:

- Olha, eu acho que todos entenderam sim e...
- E eu acho que nem todos entenderam não (retrucou o facilitador)
- Como assim?
- A gente tem que escolher o lado em todas as nossas atitudes, nas coisas mais cotidianas. É nos nossos hábitos comuns que o futuro do povo que sofre está sendo disputado. Por exemplo, nos nossos hábitos de consumidor quando escolhemos comprar um produto mais barato ou um produto mais caro, um produto de marca famosa, um produto interessado em explorar o povo.
- Sim, mas e daí? (perguntou um estudante que já roia as unhas em função do enigma)
- E daí que vi gente comprando sabonete Dove com o dinheiro da bolsa auxílio; com o dinheiro do povo!
- ... (o coro em completo silêncio)
- O que é que tem o Dove? (arriscou bem baixinho um estudante)
- Puxa gente; é óbvio! O Dove é um sabonete caro.
- Como assim? (o coro já em voz um pouco mais alta)
- Gente, vocês precisam entender, vocês precisam sentir na carne o espírito da reforma sanitária brasileira.
- Sim, ok; e daí?
- Como e daí?! É simples galera: quem usa Dove não sente a alma do SUS!

O Sistema Único de Saúde foi instituído na Constituição Federal de 1988 e pode ser caracterizado pelo arranjo organizativo das ações e serviços de saúde destinados a promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas e das populações no solo brasileiro. Trata-se de uma imensa e complexa rede de cuidados à saúde que envolve um processo de organização com responsabilidades diferenciadas nas três esferas de gestão do Estado brasileiro: as esferas federal, estadual e municipal. O SUS tem sua direcionalidade política pautada nos princípios éticos da *universalidade* e *integralidade*.

No campo da filosofia, existem aproximações e afastamentos entre os termos moral e ética (Lalande, 1996, p.348). Uma das visões presente nesse campo entende que a moral refere-se ao conjunto dos costumes, das regras de conduta, numa determinada sociedade, tempo e local. Neste sentido, a moralidade de determinado grupo ou povo, prescreve o seu bem e o seu mal.

Nessa linha de pensamento, a ética seria a ciência que investiga a formação desses costumes e condutas. Assim, a ética ocupa-se da *avaliação* do bem e do mal. Entretanto, essas definições têm suas fronteiras borradas e, muitas vezes, os dois temas misturam-se e confundem-se.

Para Cipriano Maia de Vasconcelos e Dário Frederico Pasche, “quando a sociedade brasileira elegeu os princípios e diretrizes para o seu sistema de saúde, estabeleceu de forma inequívoca sua direcionalidade”. Na sequência de seu trabalho constatam que “tais princípios e diretrizes, portanto, passam a constituir as *regras pétreas*<sup>19</sup> do SUS” e complementam dizendo que “os princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema são: a universalidade, a integralidade e a equidade” (Vasconcelos e Pasche, 2006, p. 535). Do modo colocado pelos autores, tais princípios éticos configuram as regras de conduta do Sistema e, assim, estamos falando de uma moralidade prescrita no campo da saúde.

A *universalidade* fala dos direitos de todos à saúde e está presente no artigo 196 da Constituição Federal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Nesta regra do SUS está explícita uma vontade de igualdade entre todos. Uma igualdade de direitos; a saúde. A igualdade de acesso a todas as ações e todos os serviços para que a saúde de todos seja promovida, protegida e recuperada. Compõe a política de Estado de proteção social e, talvez, seja o princípio do SUS que mais frontalmente se opõe à lógica de organização social do capitalismo. A lei do SUS em oposição à lei do mercado. Somado aos outros princípios do SUS, a universalidade fala de um projeto de civilização no qual a igualdade entre os homens é um valor de referência.

A idéia de *integralidade* da atenção à saúde está presente na Constituição Brasileira quando fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art.198). Nesta perspectiva, é proposto o cuidado integral ao indivíduo

---

<sup>19</sup> Grifos dos autores.



que é um todo indivisível e que integra uma sociedade e, assim, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem formar também um todo indivisível. Os diferentes serviços de saúde em suas diferentes complexidades de atenção, configurando um sistema de saúde capaz de cuidar integralmente dos indivíduos e da população. Em outras palavras, na proposta do SUS, o ser humano integral deve ser considerado numa visão integral e cuidado integralmente por um sistema integrado capaz de promover, proteger e recuperar a saúde. A integralidade diz respeito à diversidade dos determinantes do processo saúde-doença e, deste modo, aponta a necessidade de articulação das ações e serviços de saúde com tecnologias de proteção da vida humana de outras áreas do Estado, sociais e econômicas. Trata-se da *intersectorialidade* das ações na busca do máximo cuidado das necessidades de saúde e, deste modo, a integralidade também tem o caráter de uma política de bem-estar social ampla.

A *equidade* coloca na cena da saúde o compromisso de priorizar as ações e serviços em acordo com diferentes necessidades individuais e coletivas; quem mais precisa, mais recebe atenção à saúde. De certa maneira, a equidade é a outra face da universalidade no sentido em que, se todos têm direito à saúde, a diversidade do *todo* tem diferentes necessidades de saúde, o que implica priorização da atenção para os indivíduos e grupos mais necessitados. É importante constatar que a equidade não está escrita no texto legal do SUS. Mesmo com esta ausência escrita, a equidade é colocada como um princípio ético do SUS pelos autores do campo da saúde coletiva (Camargo Jr., 2005; Campos, 2006a, 2006e; Cecílio, 2001; Dallari, 2003; Elias, 2002; Luccchese, 2003; Minayo 'et al', 2000; Vasconcelos e Pasche, 2006). Mesmo não sendo um princípio escrito na lei, a equidade passa a constituir a interpretação do conjunto de Princípios do Sistema.

Esses princípios éticos, a união destes valores – somados as outras diretrizes organizacionais do sistema<sup>20</sup> – orientam a organização das ações e serviços de saúde, configurando um tipo de ideário; a *alma do SUS*. Uma alma

---

<sup>20</sup> O SUS também tem no seu arcabouço legal o princípio doutrinário do direito à informação e diretrizes organizativas de descentralização e a participação social (Vasconcelos e Pasche, 2006). Entretanto, para a perspectiva deste trabalho o foco acontecerá apenas em torno dos princípios já explicitados (universalidade e integralidade), pois estes já evidenciam com relevância a direcionalidade política do SUS e aqueles não focados não se contrapõem a esta direcionalidade.

forjada no embate político caracterizado no processo da reforma sanitária brasileira. Uma alma profundamente pautada na avaliação e nos valores do bem-estar social que configura o conceito ampliado de saúde; a principal referência de saúde do Sistema – o modo de pensar saúde no SUS –, aquela que mantém uma profunda sintonia com as regras pétreas do Sistema Único de Saúde.

A Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde – vai regulamentar as determinações da Constituição Federal referentes ao SUS e em seu Art. 3º expressa o que no campo da saúde é abrangido por um conceito ampliado. Não restrito às explicações médicas ou à racionalidade biológica, a saúde corresponde ao arco de fatores da qualidade de vida, sendo expressão política de uma vontade coletiva.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990).

Esta concepção é conhecida como o *conceito ampliado de saúde*. A busca pela democracia, a meta de estabelecer dignas condições de vida e o embate pelo bem-estar comum são forças configuradoras deste modo de pensar e querer saúde; a alma desta política. Provavelmente é por causa desta alma – não pela lei – que a construção do SUS é apaixonante para muitas pessoas e, na medida em que é portadora de um projeto de sociedade mais humanizada necessita de atores sociais para sua defesa, sustentação e contínua produção. Entendo que é neste sentido que Laura Feuerwerker (2005, p. 502) fala que o SUS “é uma política, um projeto e várias outras coisas ao mesmo tempo, pede atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado”.

Por que falar em *alma* ou, por que, como diria Nietzsche (1992a, §12)<sup>21</sup>, falar nessa *antiga e venerável hipótese*? Para falar daquilo que anima, que faz mover, que dá corpo e que retorna. Dizer de algo invisível e presente, de algo

---

<sup>21</sup> Presente no capítulo primeiro – dos preceitos dos filósofos – do livro *Além do bem e do mal*.

leve e pesado. Para falar de uma sabedoria, de corações e mentes, para falar de sangue e desejo, da consciência, do sagrado, do espírito da coisa, da moral, de forças, de vontade e, claro, também para falar de política.

Em Deleuze e Guattari (1996a, p. 82), toda a sociedade e todo o indivíduo são atravessados por forças políticas, “tudo é político, mas toda a política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica”. Antonio Negri (1996) ao introduzir o segundo volume de *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, de Deleuze e Guattari, entende que no projeto destes pensadores não há idealismos e que a “força criadora é um rizoma material, ao mesmo tempo máquina e espírito, natureza e indivíduo, singularidade e multiplicidade — e o palco é a história, de 10.000 a.C. aos dias de hoje”.

Nietzsche (1992a, §12, 19)<sup>22</sup> pensa a alma “como pluralidade do sujeito e alma como estrutura social dos impulsos e afetos” e abandona a dicotomia platônica entre o espírito e a carne ao afirmar o corpo como “uma estrutura social de muitas almas”. Deste modo, o empreendimento genealógico nietzscheano adentra na história das entranhas do humano que, ao mesmo tempo, comanda e obedece tendo a moral “como a teoria das relações de dominação sob as quais se origina o fenômeno *vida*”. Giacóia Jr. (2001, p. 26) comenta que a psicologia de Nietzsche problematiza a *psique*, a *alma* como processo de subjetivação que integra corpo, racionalidade e forças inconscientes em sua crítica da moral, da religião e da metafísica. Nesta direção, Giacóia Jr. entende que a reflexão sobre a alma “faz parte do programa de crítica genealógica da filosofia”, revelando uma crítica que deseja um *efeito de estranhamento* estendido até à moralidade dominante no projeto político da modernidade.

Nessa perspectiva, relacionar alma e política torna-se uma questão vital sendo principalmente na dimensão micropolítica que nossa alma-corpo está sendo disputada, doutrinada e, ao mesmo tempo, em processo de constituição, de invenção na possibilidade de fuga daquilo que já está estruturado. Costa (2001, p. 194-196), ao trabalhar a micropolítica na perspectiva de Deleuze e Nietzsche, entende que ela nos coloca fundamentalmente diante de questões como: “que vida desejamos ter? De que vida somos merecedores? Do que

---

<sup>22</sup> Ibid.

somos capazes? Qual a nossa potência? Compreende que tanto em Nietzsche como em Deleuze, “o pensamento busca afirmar a vida e a vida busca ativar o pensamento. Neste sentido, o pensamento e a vida, pensar e viver, constituem um problema eminentemente micropolítico”.

Em interação com estes pensamentos talvez seja possível traduzir a alma do SUS com dimensões estruturadas *em relação* com forças criativas. Alma como relação, dinâmica, multiplicidade e que tem uma história. Nesta direção, acredito que um pertinente ponto de vista para operar esta história, seja falar da instância constitutiva dos atos de saúde como o *cuidar do outro* e a sua importância na produção da saúde. Esta escolha de perspectiva não é nova. Na Tese de Doutorado de Sérgio Arouca (2003)<sup>23</sup>, intitulada *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*, já aparece a escolha por esta perspectiva. No capítulo VII desta tese, após ter estudado as condições de emergência e as regras de formação discursiva da Medicina Preventiva, Arouca analisa a articulação da Medicina em geral com a sociedade.

Arouca desenvolve suas idéias percebendo que “a unidade mais simples de análise a ser considerada, no interior da Medicina, é o cuidado médico, que envolve uma relação entre duas pessoas”. Entende este encontro como uma relação “que se dá em um espaço especializado para suprir, resolver ou atender a esse conjunto de necessidades denominadas doenças” (p. 219). Mais adiante, o autor complementa seu entendimento, considerando como *cuidado*, o processo de trabalho na saúde “que se compõe de conhecimentos corporificados em instrumentos e condutas (nível técnico) e uma relação social específica (nível social)”, e que visa satisfazer “as necessidades humanas determinadas pela experiência histórica dos sujeitos diante do modo de andar a vida (p. 220).

Ao comentar esta escolha de foco de Arouca, Sonia Fleury (2003) entende que dessa unidade surge uma ampla análise sobre as relações entre a Medicina e a Sociedade, onde em uma das pessoas do encontro, “o sofrimento se manifesta como necessidade de cuidado por parte de outra, que é socialmente determinada e legitimada para tanto”. A autora segue seu

---

<sup>23</sup> A Tese de Doutorado de Sérgio Arouca foi defendida em 1975 na Universidade Estadual de Campinas, e representa um dos textos referências da reforma sanitária brasileira.

comentário, percebendo que esta “simples relação entre duas pessoas está prenhe de significações sociais”. Para Fleury, uma destas significações sociais para a qual Arouca lançou luzes é “a especificidade das políticas sociais, que residem, exatamente, nessa relação singular entre dois sujeitos sociais” (p. 243-244).

No Brasil, Emerson Elias Merhy é um dos significativos pensadores do campo da saúde que problematiza as práticas de saúde (e do SUS) como produção do cuidado individual e coletivo. Em um de seus mais importantes livros – *Saúde a cartografia do trabalho vivo* (2005)<sup>24</sup> – ele utiliza a imagem da alma para pensar o cuidado de saúde. O apêndice 01 deste livro é denominado *Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde* (p. 115-133). Ali, Merhy começa com uma denúncia contundente ao afirmar que as práticas clínicas e sanitárias perderam o seu maior rumo que seria a “defesa radical da vida individual e coletiva”. Nesta direção, ele faz uma instigante analogia entre a produção do catolicismo e a produção da saúde, utilizando a imagem da alma para realçar a importância fundamental da produção da saúde.

Merhy enuncia que “muitas pessoas acreditam que o objeto da Igreja é a salvação da alma”. Entretanto, esclarece, que o real objeto da igreja “é a produção de práticas comprometidas com a produção da crença, mediante as quais se atingirá a salvação como finalidade, como objetivo último”. Desdobra esta primeira parte da formulação concluindo que “na Igreja, há uma quantidade enorme de processos produtivos articulados para a fabricação da crença religiosa e com eles a fé na salvação”. Percebe que algo semelhante ocorre no campo da saúde. Neste campo, diz Merhy, “o objeto não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde”. Então conclui sua idéia afirmando que a cura e a saúde “são de fato os objetivos a que se quer chegar”.

Merhy inicia o texto denunciando que as práticas clínicas e sanitárias perderam *seu rumo maior*. Seria a denuncia de que estas práticas se afastaram do espírito da coisa? De sua razão maior? De sua alma? Sutil e relevante para a construção deste exercício genealógico é que, embora Merhy não organize

---

<sup>24</sup> Publicado originalmente em 2002, trazendo textos elaborados ao longo de diferentes anos durante a década de 1990 e 2000.

as palavras nesta estrutura gramatical, seu texto permite inferir que a *defesa radical da vida individual e coletiva* é a alma dos serviços de saúde ou o que deveria ser. Na continuidade do texto, Merhy constata que quem vivenciar minimamente um serviço de saúde, “pode afirmar com certeza que as finalidades dos atos de saúde, marcadas por compromissos com a cura das doenças ou da promoção da saúde, nem sempre são bem realizadas”. Nesta perspectiva, curar doenças e produzir saúde são marcas das finalidades dos atos de saúde.

Entretanto, mais adiante ao problematizar que essas práticas podem ou não produzir saúde ele parece avançar em relação ao entendimento anterior, ao afirmar que “nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância”. Nesta outra perspectiva, parece que a finalidade dos atos de saúde ganha outras marcas de compromisso ao estarem direcionadas aos ganhos dos graus de autonomia. O percurso de pensamento desta tese não tem como abrir mão de indagar em que medida comprometer-se com a atenção à saúde é o mesmo que se comprometer com a vida? A primeira defesa é um ato idêntico à segunda defesa? Por que a necessidade de destrinchar, alterar, especificar a nuance da diferença das duas defesas? Merhy usa uma e outra expressão em diferentes momentos desse livro; ora defesa da saúde, ora defesa radical da vida.

Penso ser possível suspeitar que defender a saúde curada, promovida e protegida é uma importante alma dos serviços de saúde, mas defender a autonomia dos modos de andar a vida seria uma *alma radical* destes serviços. Estaria a primeira defesa de Merhy em forte aliança com as *regras pétreas* do SUS? A alma lá é idêntica a mesma alma do SUS expressa em seus princípios doutrinários? A segunda defesa de Merhy seria mais radical? A alma aqui parece transbordar, escapar, diferir da alma do SUS? Defender a autonomia da vida não implicaria defender a multiplicidade da existência? Poderíamos, pelo menos, falar na defesa dos diferentes – belos e feios – modos de viver e, inclusive, dos diferentes modos de adoecer e morrer ou seria já outra coisa; ainda outra alma?

Outro aspecto de suma importância para esta pesquisa genealógica é que a produção da defesa da vida, de certa forma, está entranhada no *DNA* da

alma das vivências no SUS; já na primeira experiência de vivência no SUS, em âmbito nacional, em 1996, com a iniciativa dos estudantes de medicina. A Denem tem como marca auto-referente a formulação *movimento em defesa da vida* (Coelho Neto, Pinto e Asas, 2008; Denem, 2008). Lembro que *afinidade* foi a palavra que achei para traduzir a sensação que tive ao escutar pela primeira vez a expressão: *defesa da vida*. Interagir com um movimento em defesa da vida me era profundamente afim, porquanto uma pessoa atravessada pela filosofia de Nietzsche.

A semelhança semântica entre *defender a vida* e *afirmar a vida* parecia total; seria a mesma coisa? Pois se esta agradável surpresa esteve presente em minhas primeiras incursões naquelas experimentações coletivas nos cenários do Sistema Único de Saúde, com o passar de muitas e diferentes vivências, foi se transmutando num tipo de *susto* e numa exigência fisiológica, a fissura de pensar tragicamente a fissura entre *defender* e *afirmar*; uma vontade de pesquisar (Corazza, 2007) sobre quais as conexões entre os dois termos, em que mesmo se assemelham? No que se diferenciam? Onde há desconexão? Chegam a se opor? No que se opõem? Como se opõem?

Nas vivências no SUS não tinha tempo para desenvolver uma inteligência mais apurada e com maior rigor de estudo, mas estava de *corpo inteiro*. Dizendo de outro modo, se, para a gestão das vivências o cara da ESP/RS e depois o cara do Ministério estava bastante presente pelo *logos* naquele trabalho, o *pesquisador* estava intensamente exposto ao *pathos* da experimentação. Nas vivências, Nietzsche era uma distante reminiscência; uma memória involuntária, um segredo guardado a sete chaves, mas que ululava em minha pele.

Em palestra a estudantes de cinema em 1987, Deleuze (1999) ao falar de arte e resistência, afirma que em filosofia não existe um belo dia em que se diz: "*ei, vou inventar um conceito!*", assim como um pintor não se diz: *Ei, vou pintar um quadro!*, ou um cineasta: *Ei, vou fazer um filme!*" Segue, então, dizendo ser fundamental uma *necessidade* na filosofia ou em outras áreas, pois "do contrário não há nada. Um criador não é um ser que trabalha pelo prazer. Um criador só faz aquilo de que tem absoluta necessidade". Corazza (2007, p. 69) explora outra entrevista de Deleuze sobre a relevância do *ensaio* para a *inspiração* para uma peça de teatro ou para uma aula e também para a

pesquisa. Para a pesquisa, é no ensaio que *acontece* a consideração de que a matéria tratada é fascinante ao ponto de querer falar mais e mais; falar com *entusiasmo*. Foi nas vivências no SUS que esta tese foi ensaiada e exigida nas entranhas fisiológicas do pensamento em mim.

Neste sentido, é por uma completa e desejada falta de alternativa que – da perspectiva genealógica nietzscheana – se impôs a importância de estabelecer o que marca a produção dessa *defesa da vida*; o que mesmo a diferencia da produção humanista moderna? Onde exatamente se conecta e se desconecta do pensamento trágico de afirmação da vida?

Pensar essa sutil diferença dessas perspectivas é pensar uma intensa diferença, é pensar uma inusitada diferença que, entretanto, configura o tipo de território para onde se dirige o exercício genealógico deste trabalho investigativo. Um território deslizante, com uma profunda superfície sem fronteiras claramente definidas que exige um estômago forte e um tipo de conhecimento aristocrático; estrategicamente instintivo. Problematizar a alma dos serviços de saúde neste território implica em considerar a multiplicidade e mortalidade dos valores humanos estabelecidos; alma e pluralidade do sujeito, alma e estrutura social dos impulsos e afetos. Dimensões políticas do trabalho em saúde, que deslizam significativamente para os espaços de formação dos trabalhadores desta área.

### **Dimensões do cenário da formação em saúde.**

Santarém, maio de 2004.

Uma das agendas de construção das vivências no SUS era reunir, durante o processo de organização e divulgação da atividade, uma diversidade de atores sociais que – de uma maneira ou de outra – mantinham relação com a formação e o trabalho em saúde. Naquela tarde de calor paraense, estavam presentes professores de graduação, representantes da gestão municipal de saúde, Movimento Estudantil, estudantes normais e o cara do Ministério. Coube ao representante do gestor federal apresentar a proposta da vivência e, na sequência o debate começou com a fala de um professor de ciências humanas aplicadas à saúde.

- A proposta é muito boa, é importante, mas entendo ser também de suma importância perguntar até que ponto os estudantes estão sendo iludidos nesta parceria com os governantes e cooptados como massa de manobra de intenções políticas partidárias?



Diante do calor, o cara do Ministério optou pelo silêncio, mas o representante do Movimento Estudantil optou em contrário.

- Perã lã professor... o Movimento Estudantil tem uma história de lutas, temos consciência política dos nossos atos e não aceitamos ser massa de manobra de ninguém. Por outro lado, os estudantes do País são violentados no cotidiano, no dia a dia da sala de aula e são os docentes, como representantes do saber oficial, que abusam do poder institucional e controlam as mentes dos estudantes, impondo um saber que não queremos e uma forma de ser profissional que questionamos seriamente. É chegada a hora de debater fortemente o protagonismo estudantil na formação!

Diante deste calor, o professor optou pelo silêncio, mas o estudante normal optou em contrário.

- Pois é, não sei se tô entendendo bem este negócio de protagonismo. A gente aqui no meio da Amazônia ficou sabendo deste tal de VER-SUS, os estudantes locais, por iniciativa própria, começaram a desencadear um monte de contatos para viabilizar estes encontros mesmo sem diretório ou centro acadêmico e, quando o Movimento Estudantil organizado chegou aqui, ficou perguntando quem tinha nos autorizado a fazer as negociações, qual a direcionalidade política da gente, como que a gente não tinha falado antes com a organização estudantil nacional... uê, isto também não é um tipo de controle não?

O calor aumentava e com ele o grupo dos silenciosos.

Nos últimos anos, os atores sociais que defendem a reforma sanitária no Brasil vêm desenvolvendo um processo de ampla participação da sociedade na definição das políticas públicas de saúde. Uma grande meta reformista é reorganizar as ações e os serviços de saúde, na busca de assegurar o acesso universal e equânime a uma rede de ações e serviços integrada para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira.

Na produção do cuidado, um dos problemas identificados é a questão da formação profissional. São apontados como aspectos que demandam alterações, o baixo nível de educação geral e a pouca qualificação profissional direcionada para a atuação em sintonia com o ideário do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, a ênfase nas ciências biológicas na produção profissional, caracteriza a educação superior em saúde no país e aponta a forte influência das disciplinas biomédicas nestas práticas educativas. A força do paradigma da medicina científica, que orientou o desenvolvimento das ciências

médicas na Modernidade, como um elemento determinante do ensino e das práticas profissionais da área da saúde até hoje.

O estudo de Abraham Flexner nas primeiras décadas do século XX nos Estados Unidos sobre a educação médica influenciou não somente a formação, mas também a prática médica, tanto daquele país como de grande parte do ocidente. Consolidou-se, então, o paradigma da medicina científica, grande responsável pelo desenvolvimento das ciências biomédicas, do ensino e das práticas profissionais em toda a área da saúde que marca a educação superior deste setor até hoje (Da Ros, 2004; Ceccim e Carvalho, 2006).

Este modelo pedagógico hegemônico de ensino em saúde é centrado na organização compartimentada e isolada dos conteúdos curriculares que provoca uma dissociação entre os conhecimentos básicos e os conhecimentos clínicos. Nesta moderna vontade de formar, o processo educativo está preocupado com o desenvolvimento das habilidades necessárias principalmente para a operação das tecnologias instrumentais. Uma produção do cuidado respaldada no referencial científico-tecnológico acumulado pelos professores universitários em áreas de especialidade e dedicação profissionais; e transmitida em acordo com uma perspectiva tradicional de educação.

Na perspectiva tradicional, a educação é marcada pela administração científica, tendo a fábrica como seu modelo institucional. Um modelo educacional e formativo onde os objetivos, os procedimentos e os métodos são bem definidos, destinados à obtenção de resultados que possam ser precisamente mensurados. Neste sentido, a palavra chave é eficiência e o sistema educacional deveria funcionar tão bem como um processo industrial. O propósito desta mecânica organizacional é desenvolver as habilidades necessárias aos indivíduos para exercer com eficiência as ocupações profissionais (Tadeu da Silva, 1999, p. 21-27)

Em sintonia com as teorias tradicionais da educação, na área da saúde são desenvolvidas práticas pedagógicas tradicionais de transmissão de conteúdos e métodos de avaliação cognitiva de medição da acumulação das informações técnico-científicas padronizadas. É perpetuado o modelo tradicional de produção do cuidado e o modelo tradicional de produção profissional na área da saúde. Em ressonância com a ênfase no conhecimento instrumental e nas condutas profissionais, este modo de ensino da saúde é

concentrado nas oportunidades de aprendizagem do cuidado no espaço hospitalar.

Esta composição do cuidado e de educação caracterizou fortemente a formação profissional da área da saúde no Brasil no século XX e ainda atua intensamente. Uma produção profissional composta na mescla entre as teorias e práticas tradicionais da educação e a produção do cuidado da medicina tecnológica, que avalia certo conhecimento científico como aquele relevante para a formação em saúde. Um arranjo que joga para um nível inferior de relevância educacional as outras dimensões da vida social. Esta tradição na produção profissional da saúde é apontada por perspectivas presentes no campo da saúde coletiva, como algo a ser modificado na educação-formação dos trabalhadores da saúde (Almeida Filho, 1997; Campos, 1997b; Feuerwerker, 2002; Ceccim e Capazzolo, 2004; Ceccim e Carvalho, 2006). A proposta é que essa grande herança do projeto científico da modernidade perca sua hegemonia ou, ainda, sua exclusividade, como parâmetro norteador da formação em saúde. A reivindicação é de que outros conhecimentos e outras formas de conhecer, com bases conceituais distintas, estejam presentes e sejam hegemônicas na caracterização desta formação. É neste sentido que o cuidado em saúde pautado no ideário do SUS vai exercer sua força na produção profissional da saúde, bem como as teorias críticas da educação.

A busca de ampliação e desenvolvimento da dimensão cuidadora no processo de trabalho em saúde se transmuta no território formativo-sanitário numa força produtora de profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas cuidadoras; mais capazes de acolhimento; de vínculo com os usuários; mais sensíveis aos diferentes fatores sociais implicados no processo saúde-doença. Estes são os fatores ligados às ciências sociais e não inscritos nos conhecimentos científicos da epidemiologia e da terapêutica tradicional.

Esta outra força de formação quer ampliar o repertório de tecnologias humanizadas dos profissionais de saúde, destinadas a um processo de trabalho com maior compreensão e ação sobre a saúde. Por outro lado, esta perspectiva reconhece a limitação da ação uniprofissional diante da complexidade das necessidades de saúde, propondo o convívio multiprofissional durante a graduação como uma das estratégias de produção

das equipes de saúde; arranjo tecnológico com maior capacidade de atender a complexidade das necessidades de saúde dos indivíduos e dos coletivos.

Neste sentido, o trabalho integrado implica em mudanças nas relações de poder hierarquizadas entre os profissionais de saúde. Na formação tradicional o profissional único é mais valorizado e, deste modo, historicamente exerce um papel hierárquico nas equipes de saúde, delimitando a atuação das profissões por núcleos recortados e fragmentados de saber-poder. Apesar de não ser uma exclusividade médica, na medicina tecnológica, a questão da cristalização do poder em determinado profissional ou grupo sempre seria um obstáculo para a efetiva constituição do trabalho solidário em equipe e entre a equipe e os usuários do Sistema; aspectos que demandam uma perspectiva crítica de educação na formação profissional da área da saúde.

Tadeu da Silva (1999) comenta que a década de 1960 foi marcada por grandes agitações culturais e políticas que também marcaram o território da educação. Movimentos de independência das antigas colônias européias; da contracultura, do feminismo, da liberação sexual. Protestos estudantis na França e em vários países, protestos contra a guerra do Vietnã; as lutas contra a ditadura militar no Brasil. É a década em que surgem várias produções contra as perspectivas tradicionais de educação surgindo experiências educativas revolucionárias. Espaço-tempo onde emergem perspectivas crítico-sociais da educação.

Fortemente marcadas pelo Marxismo, estas perspectivas questionam a ordem social como a estrutura responsável pelas desigualdades e injustiças sociais. São formuladas diferentes teorias de resistência e transformação das instituições educacionais e dos seus tradicionais processos de produção, voltados para a construção dos indivíduos-trabalhadores necessários à sociedade capitalista. Nas produções crítico-sociais, são desenvolvidas alternativas educacionais que buscam divergir do modelo de produção educativa do trabalhador subordinado às relações sociais do local de trabalho capitalista que, tradicionalmente, exigem certas atitudes: obediência a ordens, pontualidade, assiduidade e confiabilidade.

No Brasil, as formulações de Paulo Freire sobre a educação acontecem em ressonância com a perspectiva crítico-social. Sua formulação de *educação bancária* denuncia a tradicional condição opressora das práticas pedagógicas

que, segundo Tadeu da Silva, “concebe o conhecimento como sendo constituído de informações e de fatos a serem simplesmente transferidos do professor para o aluno” (p. 58). Freire é contrário à perspectiva na qual o conhecimento é algo que existe fora e independente da relação entre as pessoas; o encontro inerente ao ato educativo.

Desenvolve, então, a perspectiva da *educação problematizadora* como alternativa pedagógica à educação bancária verbalista, narrativa e dissertativa da pedagogia e do currículo. Em sua abordagem o conhecimento é sempre intencionado pela consciência. Conhecer, para Freire, é presentificar o mundo na consciência em ato dialógico; na intercomunicação e na intersubjetividade do encontro educativo. Aqui, todos os sujeitos presentes no trabalho educativo em ato estão ativamente envolvidos no conhecer, e o objeto a ser conhecido é construído coletivamente no ato pedagógico.

Outra face da produção de Paulo Freire (1987, p. 30) é a visão da estrutura social dividida entre grupos dominantes e grupos dominados ou opressores e oprimidos. Esta perspectiva educacional terá sentido como prática libertadora “quando os oprimidos, aí buscarem recuperar sua humanidade, que é uma forma de criá-la”. Nesta busca pela humanização, diz o autor, os oprimidos “não se sentem idealisticamente opressores, nem se tornam, de fato, opressores dos opressores, mas restauradores da humanidade de ambos”. As perspectivas crítico-sociais em educação e, em particular, as formulações e as práticas educativas de Paulo Freire, também compõem uma força de intervenção na formação em saúde.

Esta outra formação em sintonia com o ideário do SUS implicaria também um trabalho pedagógico na dimensão micropolítica da vida. A estratégia de envolver o desejo e a consciência profissional para efetivar valências de um cuidado mais humanizado na saúde; a capacidade de manejar eticamente as diferentes tecnologias do cuidado. Este processo quer a implementação clara e precisa das competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde para um processo de trabalho com capacidade de análise crítica dos diferentes contextos de saúde. Entrelaça, deste modo, a potencialização da cidadania em sua vontade de formar e é neste contexto, que surgem as vivências no SUS.

Já faz alguns anos que diferentes organizações docentes, estudantis e movimentos populares vêm construindo um debate em torno da formação dos profissionais de saúde. Em várias profissões, foram constituídos coletivos organizados de estudantes e docentes, buscando a produção de melhores caminhos e estratégias potentes para a mudança na orientação, na organização e nas práticas pedagógicas da graduação deste setor. O Programa *Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde* – UNI, os Projetos de Integração Docente-Assistencial e a atual configuração da Rede Unida são exemplos deste tipo de processo social no Brasil e na América Latina (Ceccim e Bilibio, 2003).

As profissões da saúde também se mobilizaram de forma significativa nos debates sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais. Concordando com o radical rompimento do modelo de formação tradicional, estes movimentos de mudança na graduação buscaram que o referencial das Diretrizes configurasse a perspectiva transformadora da formação dos profissionais de saúde, possibilitando um impacto de mudança na graduação. Aprovadas em sua maioria nos primeiros dois anos deste século, as Diretrizes Curriculares Nacionais da maioria dos cursos de graduação da saúde afirmam que a formação destes profissionais deve contemplar o sistema de saúde vigente no país.

Estas são dimensões do cenário da formação em saúde no Brasil. Apesar de não ser o objeto em foco nesta pesquisa de Doutorado, a disputa pela modelagem curricular da formação em saúde também explicita dimensões morais e políticas da interface entre o formar e o trabalhar em saúde. Tadeu da Silva (1999, p. 15) ao mapear as teorias do currículo também desenvolve um importante panorama das teorias educacionais presentes na formação em saúde. Penso que este mapeamento oferece elementos bastante significativos sobre a constituição das vontades presentes na formação e no cuidado em saúde.

Tadeu da Silva formula que a questão central do currículo é sobre qual o conhecimento que deve ser ensinado. Contudo esta pergunta nunca está separada de outra importante questão: o que os estudantes devem ser, isto é, no que os estudantes devem se tornar ao passarem por um processo educativo e desenvolve, então, um conjunto de questões do campo da educação que

também são relevantes para a produção profissional dos trabalhadores da saúde. O autor indaga “qual é o tipo de ser humano desejável para um determinado tipo de sociedade? Será a pessoa racional e ilustrada do ideal iluminista de educação?”. Então, ele segue perguntado, “será a pessoa otimizadora e competitiva dos atuais modelos neoliberais de educação? Será a pessoa ajustada aos ideais de cidadania do moderno estado-nação?”. Finaliza suas indagações com a questão, “será a pessoa desconfiada e crítica dos arranjos sociais existentes preconizada nas teorias educacionais críticas?” E conclui dizendo que para “cada um desses modelos de ser humano corresponderá um tipo de conhecimento, um tipo de currículo”.

Cada proposta educacional está em acordo com um projeto humano. Nas diferentes formulações da educação, é engendrado um tipo de indivíduo; um tipo de sociedade. Nas teorias educacionais residem tradicionalmente a verdade, o sujeito transcendental e a moral; um terreno fértil para diversos essencialismos, para apelos à boa vontade e aos bons sentimentos humanistas da modernidade. No espaço-tempo da educação, moralistas e salvadores da humanidade desenvolveram seus projetos de melhoramento do indivíduo e da sociedade. Os processos educacionais são processos de subjetivação. Corazza (2001, p. 15), lembrando Nietzsche, formula que qualquer currículo é uma *vontade de sujeito* onde “o sujeito daquele currículo é sujeito àquele currículo”. Em outras palavras, a disputa da formação em saúde também é uma face da disputa pela alma dos serviços de saúde e, deste modo, pela alma dos trabalhadores da saúde.

Assim, para que a problematização desta tese funcione, é relevante fazer um exercício genealógico mais demorado sobre o que chamarei por *alma do SUS*. Tal exercício caracteriza este trabalho como um tipo de história da alma do SUS conjugada em suas referências de valores morais e práticas políticas. Uma história efetivada na imanência de um processo descontínuo e localizado, composto por saltos e rupturas. Um modo de pensar como uma perspectiva anti-evolucionista e antiteleológica da história, onde serão salientadas algumas cenas entrecruzadas e cambiantes que compõem o cenário ético-estético-político do que chamo, neste percurso, de uma história da alma do SUS.

## Uma história da alma do SUS

Meu procedimento de escrita implicará a realização de um duplo exercício. Em primeiro lugar considerar que os valores são produzidos nas diferentes avaliações humanas e, em segundo lugar, analisar os valores que compõem e viabilizam as avaliações dos valores. Nietzsche (1998c, § 1) inicia a segunda dissertação<sup>25</sup> de sua *Genealogia da moral* com a seguinte indagação: “Criar um animal que pode *fazer promessas* – não é esta a tarefa paradoxal que a natureza se impôs, com relação ao homem?” Garantir, afiançar, prometer é uma exclusividade humana. Uma exclusividade que exige responsabilidade; consciência moral sobre os atos. A promessa humana é fundamentada em valores morais, configurada por tecnologias de doutrinação e voltadas para ideais de sujeitos e de existência.

Trata-se da história ocidental das promessas humanas que têm como alicerce um conjunto de valores morais estabelecidos como verdade. Produzir verdades é seguir a tradição moral de mentir em sintonia com as convenções estabelecidas, mesmo algumas ditas revolucionárias. As verdades são ilusões que esqueceram sua gênese e, assim, constituem um suposto conhecimento real que alimenta as diferentes convenções sociais nos diferentes períodos da história. Uma tradição padronizante da existência que produz identidades e oculta os não-idênticos por meio do conceito; do *isto é* (Machado, 1999a).

O desenvolvimento ocidental do conhecimento esteve sempre ligado à produção de verdades morais nas quais o bom é sempre melhor que o mau; o certo é melhor que o errado; o verdadeiro é melhor que o falso; o futuro é melhor que o presente; e a saúde é melhor que a doença. No prólogo da *Genealogia da moral*, Nietzsche (1998c, § 6) escreve:

Tomava-se o *valor* desses “valores” como dado, como efetivo, como além de qualquer questionamento; até hoje não houve dúvida ou hesitação em atribuir ao “bom” valor mais elevado que ao “mau”, mais elevado no sentido da promoção, utilidade, influência fecunda para o homem – não esquecendo o futuro do homem –. E se o contrario fosse verdade?

---

<sup>25</sup> Dissertação intitulada ‘*Culpa*’, ‘*má consciência*’ e coisas afins.



Pensar genealogicamente não pode abdicar da consideração sobre os contrários. Tal história da alma do SUS necessita indagar sobre seus adversários, seus inimigos, suas negações, suas omissões, seus nojos, sua sombra. Questionar o bem e o mal presente na suposta verdade dos seus princípios; é não ter alternativa além de caçar os fantasmas desta alma, tatear na sombra das regras legisladas. O que é desejado na promessa do SUS? O que esta promessa quer evitar? Contra quem luta? Luta em nome do quê e de quem?

Para pensar com mais força sobre estas questões talvez seja produtivo problematizar algumas dimensões dos chamados *problemas de saúde*. Nesta direção, Camargo Jr. (2005, p. 92) constata que ao longo da história “as sociedades ocidentais desenvolveram um conjunto de técnicas, saberes, instituições, práticas e profissões para dar conta de tais problemas”. Seguindo esta linha, olhar para as luzes e sombras do SUS exige uma maior consideração sobre o conjunto de forças mundanas que o engendraram; circunstâncias, contingências do seu surgimento. Ir ao macropolítico, mas para voltar ao micropolítico.

Penso o cenário macropolítico deste engendramento como o movimento da reforma sanitária brasileira, o campo da saúde coletiva e o conceito ampliado de saúde. Nesta direção, torna-se relevante levantar alguns ângulos de suas heranças históricas. Considero algumas dimensões históricas sobre a saúde como estratégia de pensamento para vislumbrar de onde saímos, o que está nos cercando e com o que estamos com possibilidade de romper.

### **Ângulos de uma saudável herança**

Porto Alegre, junho de 2002

A proposta da vivência no Estado do Rio Grande do Sul era que – pelo menos – um estudante de cada curso da área da saúde de todas as instituições de ensino superior do Estado estivesse presente na proposta. Uma das principais preocupações era garantir a multiprofissionalidade e a interinstitucionalidade de todos os grupos.

- A gente precisa alguém do serviço social em Ijuí.
- Quem é o próximo da lista do serviço social?
- Deixa eu ver... opa: é uma freira!

- Uma freira... legal; bota a freira.
- Por que legal?
- Uê, uma freira no grupo vai garantir a diversidade religiosa e o catolicismo faz parte da cultura.
- Legal; deixa a freira.
- Péra aí! Olha só gente, no convento este pessoal é muito bem preparado... eles estudam teologia, filosofia e podem dar um nó na cabeça da galera.
- Tem razão: tira a freira.
- Como assim 'dar um nó'? A nossa idéia não é propiciar o encontro de diferentes? Então, alguém dar o nó na cabeça de alguém faz parte da proposta.
- É isto aí: bota a freira.
- Tudo bem pessoas; a diversidade é legal. Entretanto, precisamos ser estratégicos e se colocarmos alguém muito preparado num grupo que não está acostumado com o debate consistente, esta pessoa pode direcionar o grupo. Imagina as opiniões em relação as polêmicas da saúde... sei lá... sobre o uso da camisinha, a gravidez na adolescência...
- Puxa, é verdade: tira a freira.
- Gente, opinião todo mundo tem.
- Bota a freira.
- Mas tem uns que conseguem convencer bem os outros e nem sempre na direção do acolhimento da diversidade.
- Tira a freira.

A discussão seguiu acalorada até que um dos integrantes do grupo reagiu em decisão apaziguadora: – Eu sei como decidir isto! Então botou a cabeça para fora da janela e gritou para o primeiro transeunte que passou na calçada.

- **Ô companheiro aí da calçada: tira a freira ou bota a freira?**
- **Bota a freira!** (respondeu o caminhante que manteve o passo acelerado para não perder o ônibus)

Se, por um lado, estou interpretando como as *condições de nascimento do SUS* o movimento da reforma sanitária, o campo da saúde coletiva e o conceito de saúde assumido em lei, por outro lado, considero pertinente entender que sua alma não despertou somente destas circunstâncias. São muitos os nascimentos e as mortes que compõem uma história.

Em *A República* de Platão, a filosofia é colocada como a medicina da alma. No *Mito da Caverna*, Platão (2004)<sup>26</sup> mostra o indivíduo que rompe com o

---

<sup>26</sup> Escrito originalmente no século IV a.C. em data imprecisa.

senso comum ao se encontrar com o sol luminoso. Um encontro de saber, onde foi possível ver com clareza o bem e a verdade. Volta, então, à sombria morada subterrânea para compartilhar o bem, o belo e o justo da luminosidade com o coletivo que ainda está envolvido com a enganadora aparência das sombras. Nesta volta, o sábio cumpre sua missão político-pedagógica de ensinar o bom caminho norteado pelos valores superiores.

Marcas de promessa e comprometimento já não estariam presentes nesta passagem da filosofia clássica? Quem promete? O filósofo, o sábio. Promete para quem? Aos antigos companheiros não iluminados; ao coletivo do senso comum; ao futuro cidadão. Promete o que? O caminho do saber, da beleza, da verdade, da justiça, da liberdade como o caminho da virtude. Promete como? Dialogando, argumentando, convencendo; um estilo de educação.

Para Platão, o diálogo luminoso seria um tipo de bálsamo; um tipo de medicamento. Também a ginástica, a prática da música, as dietas, o estudo da astronomia e da filosofia faziam parte das prescrições gregas para uma existência saudável (Siqueira-Batista e Schramm, 2004). Uma existência saudável é a promessa de uma cidadania saudável para os homens. Na Grécia antiga, mulheres, crianças e escravos não necessitavam das grandes promessas.

Com o fortalecimento do cristianismo mudam as promessas. O futuro fica mais longe: para além da vida terrestre. Acontece uma forte indiferença à vida mundana. O comportamento moral fortemente ligado aos valores cristãos era o passaporte para a morada eterna. Agora, o que conta são as virtudes teológicas: a fé, a esperança e a caridade.

A saúde dos corpos fica submetida ao caminho do homem de fé. Interessa mais a ascese dos comportamentos pagãos onde o corpo é a fonte dos pecados. Saúde mesmo, só após a morte. As sociedades européias fugiram da assepsia biológica até o Século XVI. Na sociedade medieval, piolhos eram *pérolas de Deus* e ter o corpo coberto por eles era um tipo de benção (Bilibio, 1998; Corrêa, 2006). A educação é um regime rígido de preparação para o outro mundo; para a vida após a morte. A *solidariedade*, o amor, a compaixão, a amizade e a paz são os valores cristãos a serem seguidos para a obtenção da salvação.

Quem promete? A igreja, por meio de seus selecionados e fiéis representantes. Promete para quem? Ao rebanho do senhor que necessita salvação. Contudo, a população em geral é analfabeta e não tem acesso a conhecimentos para além do trabalho; algo diferente acontece com os nobres. Promete o quê? Vida eterna no reino de Deus após a morte. Promete como? Exercendo a autoridade sagrada e exigindo humildade; outro estilo de educação.

No Renascimento acontece o reencontro com os clássicos gregos. O humano volta a ser celebrado e a racionalidade começa a superar a fé. Está aberto o caminho para o iluminismo. Deus está morto: viva a ciência! Este período trouxe consigo grandes transformações atreladas à vontade de iluminar tudo; o império da razão. O método cartesiano potencializa o conhecimento científico: a regra é duvidar. Avança a utilização da energia motriz no lugar da energia humana, animal e hidráulica. O lucro aumenta; o capitalismo desabrocha.

Surge a idéia de Estado Moderno encarnando e objetivando os ideais da moral e buscando, deste modo, dominar a vida social. Acontecem as chamadas Revoluções Burguesas (Quintaneiro, Barbosa e Oliveira, 2002): a Revolução Industrial, a Independência dos Estados Unidos e a Revolução Francesa com seus ideais de liberdade, igualdade e *fraternidade*. O progresso vai de vento em popa: agora somos modernos!

Os microorganismos, os agentes patogênicos e o processo de contágio são identificados. Controlar todas as doenças, combater suas causas; perscrutar e regular os comportamentos de risco à saúde com acuro científico: nasce a medicina geral e a regulação médica da sociedade (Foucault, 1979; Ceccim, 1998). Prometer saúde ganha uma força extraordinária: as ciências biomédicas. O tema Deus, central na filosofia medieval, passa a ser substituído pelo tema Homem. Era necessário reformar e ampliar também a educação para todos os níveis, buscando chegar a um mundo mais sábio e mais justo. Agora, o paraíso estava na terra e logo ali adiante.

Neste cenário, o projeto humano *realmente* era promissor: ficou científico. Quem promete saúde? A ciência biomédica. Para quem promete? A toda a população. Promete o quê, na saúde? A ausência de doenças. Promete como? Estabelecendo cientificamente um festival de regras preventivas por

meio de metodologias pedagógicas padronizadas. Agora uma educação para a saúde tem como imagem inspiradora a fábrica (Tadeu da Silva, 1999): educar também é fabricar pessoas saudáveis.

É possível dizer que a história da saúde é a sucessão das forças que dela se apoderaram e a coexistência das forças que lutam para dela se apoderarem. Não é intenção deste trabalho, esgotar a diversidade de composições deste histórico mosaico que é vivo e mutante e, nem tão pouco, demonstrar a relação de causalidade entre seus componentes. São plurais as dinâmicas e as formas de doutrinação moral sanitária e que caracterizam um tipo de saudável herança.

Em função da localização espaço-temporal desta pesquisa genealógica, torna-se importante abordar a pluralidade e a dinâmica das promessas sanitárias no contexto da realidade brasileira atual. Nesta direção, serão considerados alguns aspectos do processo da reforma sanitária, do campo da saúde coletiva e do chamado conceito ampliado de saúde. Este modo de pensar saúde – que configura uma busca e uma promessa de saúde – é composto por valores afirmados na reforma sanitária, problematizados na saúde coletiva e referendados no conceito ampliado de saúde.

## **Ciência e saúde**

Brasília, maio de 2003.

Em uma reunião da coordenação nacional era discutida a proposta das vivências também serem espaço de produção de conhecimento.

- Vamos passar para o próximo ponto da pauta?
- Ótimo; qual é?
- A questão da produção de conhecimento.
- Quem propôs puxa o debate?
- Assim, a idéia é que os estudantes que participarem das vivências possam escrever, desenvolver uma reflexão sobre esta experimentação. A aposta é que ao final da vivência a gente tenha um material bem diversificado e rico para publicação; um material que pode trazer novos elementos para o debate sobre a mudança na graduação direcionada para o SUS. Uma produção para circular nos cursos de medicina, enfermagem, odontologia, farmácia e nos outros e em todo o país.

- Legal, gostei!
- Também gostei!
- Eu também, uma produção científica, consistente para subsidiar a mudança, né?!
- É... quer dizer... como assim científica?
- Ué, com rigor acadêmico, uma produção que seja avaliada como científica; que tenha valor para a comunidade acadêmica.
- Legal!
- É.
- Sei não...
- Como assim 'sei não'?
- Sei lá gente... por exemplo: será que a medicina considera científico o mesmo que o serviço social considera científico? Como desenvolver um conhecimento científico que passe pela diversidade e especificidade de cada curso da saúde? Isto não vai depender de uma vontade política de considerar este conhecimento – que pode ser estranho para determinada cultura acadêmica – com peso científico?
- Mas é este tipo de debate que a gente quer levar para a academia, afinal o sistema é único e a saúde da população é complexa, tem várias dimensões, mas também é uma só, ou seja, de certa maneira, a gente quer que algo estranho na ordem atual de uma determinada formação também comece a ser considerado importante.
- É isto mesmo.
- Bom, legal!
- Gente; uma questão de esclarecimento: o que é peso científico?
- ... (silêncio coletivo de 16 segundos)
- Putz?! Este papo vai longe e a gente precisa vencer a agenda...
- ... (silêncio coletivo de 11 segundos)
- Quem sabe a gente segue este debate na próxima reunião?
- Ótimo!
- Bom!
- É isto aí.
- Quem está registrando? Coloca o peso científico na próxima reunião.
- Será que vai caber?
- ... (silêncio de 9 segundos)

Para adentrar no terreno da reforma sanitária brasileira e da saúde coletiva é relevante marcar alguns elementos contextuais. O movimento sanitário brasileiro, o campo da saúde coletiva e o próprio conceito ampliado de

saúde vão surgir como resposta alternativa para um conjunto de condições de existência configurado pela modernidade e pelo capitalismo.

É somente a partir da modernidade que conceituar saúde passou a ser uma questão com relevância (Scliar, 1987). A representação moderna de saúde está visceralmente ligada ao nascimento da medicina moderna no final do século XVIII; época de fortalecimento da relação promíscua entre modernidade e capitalismo (Santos, 2005). Uma relação de interesses, uma aliança de forças com uma potência considerável para prometer bons futuros, configurar realidades e estabelecer verdades até os dias atuais.

É no contexto desta relação que a reforma sanitária brasileira vai se valer dos valores humanistas modernos para adentrar na arena de disputa por determinados modos de entender e fazer saúde. Deleuze ([199?], p. 11) comentando a filosofia nietzscheana entende que “uma força não sobreviveria, se em primeiro lugar não pedisse emprestado o rosto das forças precedentes contra as quais luta”. Os anseios humanistas do movimento da reforma sanitária não reinaram e não reinam tranquilos no cenário brasileiro das últimas décadas do século XX e deste início de século XXI. Para Giovanni Acciole (2006, p. 15) a saúde é uma questão social e um sistema organizado de serviços e ações que:

apresenta inegável duplicidade, tanto conceitual quanto operacional, na qual interagem tanto o indivíduo quanto o coletivo, tanto o Estado quanto o mercado, tanto a dimensão *pública* quanto a *privada*. Esta característica a tem feito objeto de uma intensa disputa de interesses ideológicos, especialmente nas dimensões econômica e política.

É nessa intensa disputa ideológica, econômica e política que o movimento sanitário vai estabelecer um processo de reforma do setor da saúde no Brasil, buscando fortalecer o ideal de bem-estar social. Uma perspectiva política justificada em valores humanos também legitimados na modernidade. Porém, o adjetivo *científico* um dos mais astuciosos valores da própria modernidade e, no campo da saúde, a medicina – como ciência biomédica e prática curativa – será a grande representante desse projeto de sociedade da modernidade.

Durante o século XIX, o campo de saber médico-científico é legitimado socialmente como o setor da sociedade apto para estabelecer a verdade sobre

o que é a saúde e a doença, o que é o normal e o patológico (Foucault, 1979). Com suas avaliações moderno-científicas são estabelecidos os valores fundamentais para a regulação biomédica da existência. A tradição platônica transfigurada em saber biomédico estabelece um arsenal de avaliações científicas que estabelecem a verdade sobre o que são saúde e doença, normal e patológico. Trata-se do exercício instrumental composto de uma lógica de oposição binária na qual o que é valorizado positivamente é o oposto do que é avaliado negativamente.

Na perspectiva moderna da biomedicina, a saúde é trabalhada como a ausência de doenças. Mais especificamente, a saúde biológica é o oposto de doença biológica. Surge aí a visão mecanicista da saúde e da doença, onde o corpo humano é concebido como uma máquina. Uma máquina que funciona negativamente em seu estado doentio. Os saberes e as práticas médicas são responsáveis pela intervenção terapêutica corretiva ou preventiva deste mau funcionamento, ficando a cargo da 'educação para a saúde' universalizar estas prescrições (Ceccim, 1998).

A eficácia das técnicas biomédicas em prolongar a existência biológica humana legitimou seu modo de pensar saúde em aliança ao projeto moderno-científico-capitalista de regulação da vida social; um conhecimento significativamente forte. Marton (2000a, p. 61) relembra a perspectiva nietzscheana sobre a relação entre conhecimento e formas de viver, quando escreve que “a força de um conhecimento não está em seu grau de verdade, mas em sua idade, sua incorporação, seu caráter de condição de vida”. Com alguns séculos de existência o pensamento biomédico sobre a saúde configura um histórico bom senso sobre a saúde, estabelecendo necessidades, demandas, tecnologias, valores – culturais e financeiros – no grande campo da saúde. Trata-se também, do imenso mercado da saúde composto por corporações produtoras das chamadas *tecnologias duras*: produtos farmacêuticos, clínicas *armada* (aparelhos, máquinas, lentes, raios etc.) e intervenções invasivas (do corpo, dos órgãos, das células). Indústrias multinacionais farmacêuticas e de equipamentos hospitalares exercem aí o poder da lógica de quanto mais doença, mais lucro.



## Guerra e saúde

Goiânia, agosto de 2004.

Era o 12º dia da vivência. O grupo já estava chegando na última fase do roteiro proposto e que buscou contemplar serviços e ações do sistema municipal nas dimensões da promoção, prevenção e recuperação da saúde. No debate da noite estava talvez a última oportunidade de fazer alguma alteração quanto aos lugares e as pessoas que os estudantes ainda iriam encontrar pela frente.

- Então gente, será que tem alguma alteração que a gente quer fazer na programação?
- Eu queria ver mais espaços de promoção da saúde.
- Eu também.
- E eu.
- Bom, nós já nos encontramos com o coletivo gay, com o grupo das prostitutas, com os representantes das comunidades quilombolas; quem mais vocês querem encontrar? Que outros espaços vocês querem vivenciar?
- Sei lá, quais outros espaços têm em Goiânia? Ou quem sabe a gente volta em algum destes.
- É; foi muito pouco tempo de contato. Nós podíamos encontrar mais uma vez um destes grupos e conviver um pouco mais com eles?!
- Pode ser; é só marcar um novo encontro... mas, o que a gente vai fazer lá mais uma vez? Qual o objetivo deste segundo encontro?
- Ver como eles promovem saúde, uai!
- É, daí a gente aprofunda a conversa com eles sobre a qualidade de vida.
- Como assim?
- Ôxente, vamos conversar sobre o que é qualidade de vida pra eles; como eles produzem esta qualidade; que vocês acham?
- É isto aí mermão!
- Ok; quem sabe então conversamos antes sobre o que nós entendemos sobre qualidade de vida.
- Esta proposta é tri legal!
- Quem começa?
- Eu começo! Para mim qualidade de vida é o estado de completo bem estar físico, mental e social.
- Ôxente, este não é o conceito de saúde da ONU não?
- É.
- Pessoal, quem sabe usamos as nossas palavras; começamos pelo o que a gente pensa.
- Boa!
- Pode crer!
- É por aí; autenticidade!

- Eu começo então! Qualidade de vida para mim é a situação quando a gente tem o corpo sem doença, a cabeça tá na boa e a sociedade tá funcionando bem pra todos.

A Segunda Grande Guerra comprova, na modernidade, que a história humana de avaliações e promessas também é uma história de violência, morte e destruição. Diante do extermínio de aproximadamente 60 milhões de pessoas, a sociedade internacional constata assustada, sua tremenda capacidade humano-tecnológica de auto-aniquilamento. Providencia, então, em 1945, a criação da Organização das Nações Unidas – ONU. O intenso encontro com a possibilidade da morte faz surgir – ou ressurgir – forças que pretendem promover mínimas condições de vida no planeta; torna-se urgente, mais uma vez na história ocidental, a reafirmação dos valores de proteção da vida gregária. A ONU personifica, então, a possibilidade de um pacto internacional buscando garantir alguns direitos essenciais à vida humana.

Em 1948, a ONU proclama a Declaração Universal dos Direitos Humanos, pretendendo estabelecer na sociedade internacional alguns direitos dos indivíduos e das populações entendidos como universalmente necessários à existência digna na Terra. Sendo universalmente necessários à vida, estes direitos transbordam a dimensão jurídica, representando um conjunto de valores humanos a serem garantidos pela sociedade internacional. Entre estes direitos-valores está a saúde. No artigo 25 desta Declaração está afirmado que:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 2006).

Saúde e bem-estar social estão conectados nesta perspectiva. Uma conjugação não inaugurada no pós-guerra, mas que ganha força desde então, configurando diferentes propostas de organização da saúde em todo o planetal. No mesmo ano de 1948, foi instituída a Organização Mundial da Saúde – OMS;

um dos organismos da ONU. A OMS terá a atribuição de buscar a elevação do nível de saúde da população mundial e, nesta direção, adota<sup>27</sup> como conceito de saúde “o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (Dallari, 2003). Esta é a chamada definição positiva de saúde (Camargo Jr., 2004), mediante a qual se tornaria possível *promover* saúde e não, apenas, *evitar* doenças. Um conceito de saúde como um direito universal e com valor sanitário internacional.

As condições de desenvolvimento social e os aspectos subjetivos da existência humana ficam, então, profundamente ligados ao modo de pensar saúde. A OMS coloca na dinâmica dos valores da arena sanitária internacional elementos divergentes do tradicional modelo biomédico de saúde como ausência de doenças. Contudo, a condição saudável é idealizada nessa apresentação pós-guerra que estabelece o estado de *completo bem-estar* como condição saudável; uma condição asséptica inatingível. Esta característica de inacessibilidade vai fornecer argumentos para os adversários da formulação da OMS quanto à pouca praticidade deste modo de pensar saúde. Diferentes autores ao refletirem sobre as reações provocadas pelo conceito de saúde adotado pela OMS reconhecem a dificuldade operacional do conceito (Scliar, 1987; Dallari, 2003), mas, por outro lado, “qualquer enunciado do conceito de saúde que ignore a necessidade do equilíbrio interno do homem e desse com o ambiente, o deformará irremediavelmente” (Dallari, 2003, p. 45).

Esse modo de pensar saúde vai atuar no cenário internacional a partir da segunda metade do século XX e tem como um de seus episódios mais marcantes a *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde*, patrocinada pela OMS e ocorrida em 1978 na antiga União Soviética, na cidade de Alma-Ata. Esta Conferência teve como lema *saúde para todos no ano 2000* e sua Declaração tornou-se um documento que influenciou consideravelmente os sistemas de saúde de vários países (Buss, 2003). De certa maneira, é possível dizer que a Declaração de Alma-Ata é um tipo de ata da *alma* desta perspectiva internacional de saúde do pós-guerra, reafirmando enfaticamente em sua primeira recomendação o conceito de saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou

---

<sup>27</sup> Já em 1946 durante o processo de constituição da OMS é anunciado este conceito, ainda hoje utilizado por esta organização.

enfermidade, confirmando, também, tratar-se de um direito humano fundamental.

No Brasil, esta alma teve repercussão, estabelecendo uma dinâmica específica com o movimento sanitário brasileiro que se desdobrou na extensão de cobertura assistencial pela 'prevenção' sem garantia de acesso a todos os tipos de assistência necessários.

## **Reforma sanitária e saúde coletiva**

Niterói, março de 2004.

Estávamos na reunião de avaliação do projeto-piloto da vivência que acabara de acontecer. Naquele momento a discussão ocorria em torno da seguinte questão: em que medida o desenho experimentado atingiu o objetivo maior?

- O que a gente precisa debater mesmo é se este tipo de experiência vai colaborar para gerar militância para a reforma sanitária.
- É isto aí companheiro; apoiado!
- Não discordando do companheiro, acho que é pouco. Precisamos mais. Podemos e devemos querer mais ou então estaremos colaborando para mais um engodo das lutas sociais no país.
- Como assim?
- A verdadeira questão é se estas vivências irão colaborar para a formação de militantes para a revolução. O Brasil é um país de graves desigualdades sociais e as atuais políticas do governo federal não estão voltadas para as necessidades da maioria da população. O governo Lula falhou em seus compromissos históricos. Esta é a realidade. Este é o verdadeiro quadro político. Precisamos ter certeza que o dinheiro da população está sendo bem empregado nestas vivências; se as vivências são ferramentas para gerar militantes que lutam pela igualdade social.
- Muito bem companheiro!
- Apoiado!
- É isto aí!
- Ôxente, eu tinha entendido que era a mesma militância... militar na reforma sanitária era militar pela igualdade entre todos.
- Mas é isto mesmo.
- Não é bem assim.
- É assim sim.
- Não é assim não.

- Claro que é companheiro, não lembra o texto que a gente debateu sobre a história da reforma sanitária? Então, lá estavam presentes os ideais da verdadeira democracia.
- Lá sim, mas e aqui? Ainda mais com a participação deste governo esquizofrênico.

A produção do campo de saber da Saúde Coletiva vai surgir – principalmente – na segunda metade da década de 1970. Consideravelmente alicerçado nas teorias críticas de origem marxista, as formulações deste campo vão focar o processo saúde-doença em seus condicionantes sociais (Bodstein, 1992). Este campo interpreta a produção e distribuição de doenças na sociedade, entendendo-os como processos de produção e de reprodução social. Nesta perspectiva, analisa as práticas de saúde na interação com as demais práticas sociais.

Na Tese de Doutorado de Jairnilson Silva Paim (2007, p. 78) sobre a reforma sanitária brasileira, este autor relembra a fase em que a reforma era somente uma proposta na qual o “movimento sanitário foi se desenvolvendo desde o final do período autoritário, ampliando-se com a criação da *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)*”. A saúde coletiva como área do conhecimento é marcada pelo entrecruzamento das ciências da saúde com as ciências sociais e, ao mesmo tempo, como o ator coletivo que fortaleceu o movimento sanitário (Escorel, 1987; Bodstein, 1992; Noronha e Soares, 2001; Arouca, 2002; Campos, 2006c).

É relevante lembrar que na década de 1970, quando o movimento da reforma sanitária surgiu, o país estava em pleno período de ditadura militar. Fase da história brasileira consideravelmente perigosa para qualquer tipo de mobilização social. Tratava-se literalmente do risco de tortura, seqüestro-prisão, confisco de bens, exílio e, ainda, o risco de perder a própria vida aos indivíduos que buscassem afirmar socialmente seus direitos-valores, principalmente aqueles com forte teor democrático.

Neste cenário adverso, nas eleições municipais de 1975-76 foram eleitos muitos governantes pelo Movimento Democrático Brasileiro, único partido legalizado à esquerda. Neste municípios, começam experiências de organização das ações e serviços de saúde, calcadas em modos internacionais de organizar o setor da saúde que – uns mais, outros menos – se relacionavam

com a referência de saúde da OMS. Este processo, aliado a outras movimentações, como o movimento popular de saúde, o movimento municipalista (estratégia da lenta redemocratização político-social do país) e a inspiração da reforma sanitária italiana pela vitória do Partido Comunista vai configurando o movimento da reforma sanitária brasileira.

Em uma entrevista para a Revista Radis, em 2002, intitulada *O eterno guru da reforma sanitária*, Sérgio Arouca relembrou parte daquele processo que envolveu as décadas de 1970-1980. Nesta entrevista, ele relata que o “movimento da Reforma Sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura, da frente democrática, de realizar trabalhos onde existiam espaços institucionais”. Constata que na área da saúde “existia a idéia clara de que não poderíamos fazer disso uma esquizofrenia, ser médico e lutar contra a ditadura. Era preciso integrar essas duas dimensões (...)”. Segue a entrevista dizendo que o movimento da reforma sanitária brasileira estabeleceu uma alternativa de integração das dimensões políticas e técnicas das questões de saúde ao se abrir “para uma análise da esquerda marxista da saúde, na qual se rediscute o conceito saúde/doença e o processo de trabalho (...)”. Percebe que esta análise contribuiu para o debate sobre “a determinação social da doença e o desenvolvimento da noção de estrutura de sistema”.

Nestes fragmentos da entrevista de Arouca, aparece a influencia das formulações marxistas no modo de pensar saúde que estava sendo engendrado naquele momento. Este pensar saúde é marcado por valores democráticos e pela intensa valorização do bem-estar comum. O texto constitucional brasileiro, naquilo que se refere à saúde, foi formulado – quase que na sua totalidade – na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, culminância de um forte movimento popular, acadêmico e de trabalhadores do setor público pela radical democratização do acesso (universalização) e da cobertura assistencial (integralidade) em saúde.

Paim (2007, p. 247-250), ao analisar as promessas não cumpridas da reforma sanitária, afirma que estavam presentes na reforma “desejos de coesão social e de cultura da paz”, e hoje, estamos vivendo “numa sociedade em que a luta de classes é transfigurada em violência estrutural”. Denuncia que na atual delinquência cotidiana “transparece, cada vez mais, o caráter patogênico do capital” e, deste modo, “permanecem grandes desafios para o

SUS *universal, humanizado e de qualidade*". Na sequência de suas análises constata que a parte da reforma que "identificava-se com a social-democracia, ao apontar para a conquista de um Estado de Bem-Estar Social, garantia dos direitos sociais e reforço da cidadania" foi barrada em boa parte pelo descaso de sucessivos governos que optaram em estabelecer políticas econômicas e sociais afastadas do ideário da reforma sanitária que também buscava ser uma reforma social geral.

### **O conceito ampliado de saúde e o amplo agregado semântico da saúde**

São Paulo, junho de 2004.

Uma das coisas do trabalho que o cara do ministério mais curtia, era quando tinha alguma atividade marcada em algum diretório ou centro acadêmico. Estar no QG do movimento estudantil tinha algo de fascinante. Nestes lugares com diferentes histórias, alguns com um passado de façanhas subversivas à ditadura, ele era literalmente o outro, um estranho. Representava o histórico inimigo com quem agora – em função das conjunturas – era possível estabelecer algum diálogo. Naquele dia iria ocorrer uma atividade chamada de 'preparação do olhar'. Se o VER-SUS brincava com a idéia de olhar o sistema de saúde, para muitos era necessário preparar este olhar para que ele não ficasse vendo o que não devia... ou alguma coisa deste tipo. O cara do ministério nunca tinha entendido muito bem este negócio de preparar o olhar, achava até que, se alguém tivesse a preocupação de regular o olhar – tipo, não olhe aquilo, isto é apenas um cisco em seu olho, procure olhar por esse lado, o que você está vendo é pura ilusão de ótica,... – deveria ser o governo e não o movimento estudantil. Mas enfim, não era prudente levantar esta polêmica, ainda mais numa casa em que o estranho era ele.

Foi no Caoc – Centro Acadêmico Oswaldo Cruz que aquela roda de preparação do olhar iria ocorrer com a chamada: 'conversando sobre o conceito ampliado de saúde'. O Caoc está localizado nos subsolos da faculdade de medicina da USP na rua Dr. Arnaldo 455 na capital do estado paulista. Um centro acadêmico nos porões da instituição, uma organização 'underground' onde o estranho era ele; o cara do ministério tentava ao máximo conter a sua ansiedade de menino, viajando no metrô paulistano a caminho do Caoc. Ao chegar lá embaixo viu um grupo grande, alguns sentados nos sofás, outros no chão e alguns de pé; umas trinta pessoas com dois rostos já conhecidos. Esperaram mais alguns minutos até o grupo consistir em mais de 40 pessoas; a atividade começou com uma rodada de apresentação. Estudantes interessados em participar das vivências e oriundos de diferentes cursos da saúde de instituições de ensino superior da grande São Paulo se apresentaram

revezadamente dizendo os seus nomes, curso e instituição. Entre eles estava Bruno Chang Lee estudante de enfermagem.

A figura de Chang Lee se destacava pela sua singela discrição. Não era só singeleza, tinha uma aura silenciosa de profundidade meditativa oriental... ou era apenas uma fantasia do cara do ministério em relação àquela figura... projeção do seu passado alternativo... mas que tinha algo diferenciado na presença de Chang Lee, ah, isto tinha! As falas começaram e a proposta era problematizar o que é saúde de modo que todos que quisessem expressar sua opinião poderiam fazê-lo. Todos colocaram seus pontos de vista, menos Chang Lee. Saúde é vida; é muito mais que a simples ausência de doença; a saúde tem relação com a cultura; o que é saudável para um, não é para outro; cada sociedade tem um padrão de saúde, mas temos necessidades básicas. Essas e outras perspectivas surgiram no grupo e ao final desta primeira rodada foi solicitado ao cara do ministério que ele relatasse a perspectiva de saúde oficial do governo.

Então ele puxou o conteúdo do artigo 3º da Lei Federal nº 8.080 como a definição de saúde utilizada no Ministério da Saúde e a aprovação foi geral! O estranho não era tão estranho assim, mas Chang Lee continuava silencioso com suas orelhas de lince e seus olhos de águia. O debate prosseguiu sobre diferentes dimensões dos desafios inerentes a um sistema de saúde que pretenda trabalhar com tal referencial de saúde. Foi resgatada a história de sofrimento e opressão do povo brasileiro e a necessidade de uma participação cidadã para a conquista de serviços públicos realmente comprometidos com a saúde em sua perspectiva ampliada. Em determinado ponto da conversa, uma aluna da psicologia resolveu trazer uma visão até então pouco explorada.

- Gente, eu estava pensando que a saúde também é subjetiva. Quer dizer, as pessoas têm diferentes desejos e necessidades. As pessoas sofrem por diferentes motivos em razão de suas histórias de vida, suas paixões, seus sonhos, seus medos. Pensar nesta perspectiva torna ainda mais complexa a questão da saúde; como cuidar da saúde levando em conta a subjetividade humana?

O debate não poderia estar melhor! Todos concordavam que os serviços de saúde tinham que ter sensibilidade para lidar com a diferença de sentidos da saúde e foi aí que Chang Lee pediu a palavra e começou a falar num ritmo antologicamente oriental.

- Bom...eu sou corintiano, né... quer dizer então que... de certa maneira, né... é até possível dizer... né... que o fato do Corinthians ter levado uma goleada no domingo passado... e eu sofri muito... bom... isto... de certa maneira, né... também é uma questão de saúde... né?!

A gargalhada foi quase geral, mas o facilitador da roda tratou de se apressar propondo:

- Pessoal, vamos retomar o foco, vamos retomar o foco!!

Os valores de saúde presentes na lei brasileira configuram uma das principais forças políticas do campo da saúde no País. O texto constitucional e



a Lei Orgânica da Saúde determinam o que pode ser denominado como os *valores da luta sanitária brasileira*; uma valoração em forma de Lei e uma história de atos políticos interessados em melhores condições sociais para os indivíduos e a população. Esta vontade atravessa o grande território da saúde, estabelecendo uma plural relação de forças com os diferentes setores da sociedade nacional e internacional e, principalmente, contra as forças da biomedicalização moderno-capitalista.

O chamado conceito ampliado de saúde sintetiza uma perspectiva na qual é perceptível o reengendramento do conceito de saúde da OMS e o afastamento do modo de pensar saúde do paradigma das ciências biomédicas. As dimensões biológicas, as dimensões sociais e as dimensões subjetivas do processo saúde-doença estão assumidas no denominado conceito ampliado de saúde, surgindo as expressões de determinação e condicionamento. Não está enunciada na Lei brasileira a idéia de estado de completo bem-estar presente no texto internacional e está destacado o papel da economia e da política, uma condição de cidadania social e coletiva.

Neste modo de pensar a saúde, temos um conjunto de valores-forças que determinam e condicionam o estado de saúde. Se, por um lado, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais configuram diferentes realidades sanitárias, por outro lado, não supõem a definição exata de uma condição ideal e universal de saúde.

De certa maneira e, paradoxalmente, o conceito ampliado de saúde não é um conceito. Este modo de pensar não estabelece o que é saúde, mas sim, um pensamento sobre o processo saúde-doença indicando uma dinâmica de determinação e condicionamento, sendo o aspecto econômico e político o mais enfatizado. Camargo Jr. (2003, p. 12-36) lembra que uma indefinição cerca o conceito de saúde na sua perspectiva ampliada, colocando para os profissionais da área da saúde a “incômoda posição de propor um objetivo jamais tornado claro”.

Ele, ao problematizar a imprecisão do conceito de integralidade na atenção e no cuidado à saúde – uma das regras do jogo do SUS –, estabelece uma análise e uma formulação de uso da idéia de integralidade, que pode ser transportada para o conceito ampliado de saúde. Pois a idéia de integralidade é

inerente ao aspecto ampliado desta perspectiva de saúde (ver o todo, ver o conjunto, não fragmentar a saúde ou a doença). Dizendo de outro modo, são tantos os condicionantes e determinantes da condição de saúde que se exige uma organização da atenção que *integre* diversas práticas e ações para promover, proteger e recuperar a saúde.

Camargo Jr. fala, então, de “uma rubrica conveniente para o argumento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”. Tratar-se-ia de “um conjunto de tradições argumentativas que desembocam neste agregado semântico”. Aproveitando a formulação de Camargo Jr. é possível traduzir que o modo de pensar saúde da reforma sanitária e do campo da saúde coletiva é um tipo de *amplo agregado semântico da saúde* e que também é usado como uma *bandeira de luta* política deste movimento. Para além de uma formulação gramatical abstrata que universaliza e sentencia o que é saúde, o amplo agregado semântico se afasta das produções mecanicistas do paradigma biomédico, configurando uma prática assistencial que também é uma militância política.

Campos, Barros e Castro (2004, p. 746) deixam transparecer esta possibilidade interpretativa em relação à força política do amplo agregado semântico da saúde quando analisam a atual política nacional de promoção da saúde. Estes autores lembram esta definição de saúde “como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores”, e enfatizam que esta perspectiva “exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação”. Na continuidade de suas análises, reafirmam “o engajamento do setor da saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania”. Concluem, então, que “o setor sanitário diante do problema – necessidades de saúde da população/insuficiência do conceito sob o marco biomédico – amplia seu olhar e seu espectro de ações”.

Parece impossível não constatar a valoração política inerente ao agregado semântico da saúde no sentido da luta por uma sociedade mais democrática e com maior justiça social; um projeto de sociedade marcado por valores humanistas. Uma busca construída pela cidadania social e coletiva. Um

pensamento que sustenta a luta para aumentar a efetividade e a dignidade da cidadania num cenário político econômico que pode ser traduzido como um tipo de guerra pelo patrimônio da saúde.

## Outra guerra e saúde

Recife, junho de 2004.

Era vésperas do início das vivências em todo o país. As experiências piloto já haviam sido avaliadas; as diretrizes gerais reformuladas; recursos financeiros repassados; o grupo de facilitadores escolhido; agora estávamos ao final da preparação deste grupo antes de sua dispersão para diferentes paisagens em todo o País. Milhares de estudantes da saúde em diversos estados queriam vivenciar o SUS de um jeito inédito. Muita gente estava prestes a se encontrar no SUS de uma maneira diferente; estudantes, trabalhadores, usuários, gestores, docentes. O grupo mestiço tinha sobrevivido e produzido. Era quase inevitável a sensação de certo orgulho coletivo; quase...

- Pessoas, tudo certo então? Agora é só a gente levantar as âncoras e começar a navegar com os ventos!
- Só... pode crer!
- Ôxente, vamuquevamu!
- Caraca mermão! Nem acredito que chegamos até aqui!
- Tudo bem gente, mas não vamos esquecer que é preciso lutar, lutar, lutar!
- Com certeza! (o grupo em coro)
- ... (o grupo em silêncio de 07 segundos e meio)
- Mas é tri legal, visualizar o que vai acontecer... bah, tô até com um frio na barriga tchê!!
- Oh trem bom uai!
- Sim... mas é fundamental lutar, lutar, lutar!
- Claro, temos que lutar! (vários em coro)
- Com certeza! (outros em coro)
- ... (silêncio coletivo de exatos 05 segundos)
- Bom pessoal, tranquilidade no coração e mente esperta pra todo mundo!
- Beleza!
- É isto aí!
- Sorte pra nós!
- Vamos dar mais este passo em direção aos nossos sonhos!
- Uhrruuuu!
- Galera, paz no coração que a gente vai encontrar muita diferença!
- Paz pra nós! (em coro)

- Bicho... vai ser mergulho no desconhecido...vai ser experimentar incertezas todo o tempo...
- É, mas sem baixar as armas companheiros; temos sempre que lutar, lutar, lutar!
- ... (silêncio geral de outros 05 segundos antes dos abraços de despedida)

No atual cenário internacional da saúde, está em disputa a *pertinência* de a saúde ser reconhecida como um direito fundamental da humanidade ou ser considerada apenas um serviço. Compreendida somente como serviço, os valores humanistas ligados à igualdade de direitos desaparecem consideravelmente da arena da saúde. É a perspectiva do capital globalizado e seus interesses econômicos; os interessados que também fazem parte da espécie humana. Uma ferrenha disputa político-financeira que configura um tipo de guerra pelo patrimônio da saúde: um bem de capital ou um bem público essencial.

A partir da década de 1970 aumenta a presença de organismos financeiros internacionais de origem norte-americana como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial no cenário mundial da saúde. Estes organismos fornecem empréstimos, principalmente aos países pobres, “mediante o compromisso desses governos de adotarem um conjunto de medidas econômicas recomendadas” (Mattos, 2001, p. 383).

Madel Luz (2001, p. 18-19) faz uma análise que articula o processo de globalização político-econômica com o cenário brasileiro da saúde, que – principalmente na década de 1990 – o FMI e o Banco Mundial monitoraram uma política econômica de ajuste fiscal no Brasil e em outros países da América Latina que ampliaram um tipo de *endemia*: exacerbada concentração de riqueza acompanhada de intenso crescimento do desemprego. Diz, então, que esta política econômica internacional teve como consequência “o empobrecimento dos povos dos países ditos de terceiro mundo ou *emergentes*, que aconteceu em escala, com uma rapidez jamais antes presenciada no capitalismo”.

Na análise de Madel Luz, trata-se da proposta do Estado neoliberal que tem como sua principal estratégia seu próprio encolhimento em dimensão mínima. Um estado que deixa “em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias, às quais faz apelos constantes de *participação* e *parceria*, atividades

secularmente definidas como funções públicas essenciais”, sendo as ações e os serviços de saúde uma destas funções.

Este cenário tem nova dinâmica com a presença do interesse de outro capital financeiro no setor: as seguradoras de saúde. Esta outra força é caracterizada pela gerência organizacional que busca uma reestruturação produtiva do setor da saúde. Um exemplo deste tipo de organização é a proposta da *Atenção Gerenciada*<sup>28</sup>; proposta de administração da saúde que procura diminuir a inserção das tecnologias com maior custo financeiro. Trata-se da construção de uma lógica de organização da atenção como um conjunto de práticas de saúde a partir da idéia de *acidentalidade*: o sinistro de saúde, objetivando o controle da incorporação das tecnologias de alto custo, mesmo que isto implique em negar o acesso a várias ações de saúde para grande parte da população.

Buscando também o lucro financeiro, mas com uma lógica inversa, outra parceria bastante presente na arena contemporânea da saúde é aquela que acontece entre os serviços da medicina tecnológica e o capital industrializado, na qual o setor da saúde se torna um produtivo terreno de investimento e acumulação. Nesta aliança de forças, os procedimentos técnicos dos atos de saúde combinam-se interessadamente com as necessidades de acumulação do capital das indústrias de equipamentos diagnósticos e terapêuticos.

Esta talvez seja a força mais antiga e predominante no país, preconizando que o mercado deve organizar a produção e a distribuição dos serviços de saúde (Campos, 1997b). Neste cenário, a livre concorrência – aspecto fundamental da invisível mão regulatória do mercado – recebe o nome de *livre-escolha* do médico ou do serviço de saúde, pois, cedo ou tarde, todos somos consumidores de mercadorias de saúde. Nesta lógica, o consumidor é o responsável por qualquer imprevisto em seu cuidado à saúde, caso não saiba *escolher* entre os melhores profissionais e serviços já selecionados pela competição do mercado; geralmente aqueles que cobram mais caro pelos seus serviços. A imagem do profissional bem sucedido, presente na ideologia liberal

---

<sup>28</sup> Proposta de origem, norte-americana: *Managed Care*. Formulação de gerenciamento destinado a a otimização dos custos das ações em determinado setor. Estas formulações têm origem durante a Guerra do Vietnã e focavam as ações de guerra. Perspectiva que – no setor da saúde – ganha apoio de diversos organismos internacionais, dentre eles a própria Organização Pan-Americana da Saúde.

e bastante idealizada no campo da saúde. Entretanto, o alto custo financeiro da modelagem médico-capitalista representa uma tensão para esta aliança, principalmente ao considerar seu baixo impacto nas condições gerais de saúde da população, apesar dos sucessos terapêuticos pontuais propiciados pelo vertiginoso desenvolvimento tecnológico biomédico, compatível com os vultosos investimentos privados em pesquisas biotecnológicas.

Considerar as dimensões financeiras da macropolítica na história atual da alma do SUS é reconhecer o desafio, a coragem e o apelo presentes nos valores humanistas das forças sociais que enfrentam um tipo de guerra pesada. Um embate sem trégua onde os valores configurados no amplo agregado semântico da saúde atuam como gritos de resistência política. Em algumas cenas, faz uma guerra de trincheira; usa táticas de guerrilha. Em outras cenas, luta de peito aberto e com pedras na mão contra *mariners* bem equipados.

A legislação brasileira sobre a saúde é reconhecida na comunidade internacional pela sua nobreza social e enfrenta vários embates políticos em razão de suas pretensões humanistas de bem-estar comum. Campos (1997b, p. 28) ao constatar a construção do SUS na *contra-mão* da atual história capitalista mundial, analisa o quanto é abstrata a noção de *direito à saúde*, sendo impossível deixar de reconhecer que, no cenário transnacional, a “defesa da vida humana, ou até mesmo do bem-estar, não tem sido utilizada como principal critério para a definição dos modos de produção e distribuição de riquezas”.

Em sintonia com um dos grandes começos deste trabalho de Doutorado, no recente Fórum Social Mundial, realizado de 27 de janeiro a 1º de fevereiro deste ano, em Belém, no Estado do Pará, movimentos populares lançaram o SUS como *Patrimônio Social, Cultural e Imaterial da Humanidade*, buscando a outorga deste título junto à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – Unesco. Esta campanha já conta com o apoio do Conselho Nacional de Saúde – CNS (2009) e do atual Ministro da Saúde José Gomes Temporão.

Um plano de saúde, público e universal, equivalente ao brasileiro, foi uma das principais promessas de campanha do então candidato à presidência dos Estados Unidos, Barack Obama. Eleito nas eleições norte-americanas de

2008, o presidente Obama deu início à reforma do sistema de saúde norte-americano, enfrentado a artilharia pesada das empresas seguradoras e farmacêuticas (WordPress, 2009). Em recente entrevista, nosso Ministro José Gomes Temporão sugeriu ao presidente norte-americano que realmente adote, nos Estados Unidos, a política de saúde pública e universal (Agência Estado, 2009).

Deste modo, legislação brasileira sobre a saúde interage politicamente também na comunidade internacional afirmando a virtude da universalização do acesso e do projeto de integralidade da atenção. Enfrenta vários embates político-econômicos no país e no mundo em nome dos seus valores humanistas superiores. A parte dura e luminosa da história do SUS. Mas o que fica na sombra desta história? O que escapa dessas heranças, ciências, guerras, reformas, campos e conceitos?

### **Igualdade, política e niilismo**

Porto Alegre, julho de 2002

Todas as vivências do VER-SUS/RS tinham acabado. Os estudantes que participaram destas vivências haviam regressado para Porto Alegre, visando a realização da avaliação da experiência estadual. Uma parte da atividade foi destinada para os relatos pessoais; alguns aconteceram...

- Assim ô, quando começou este negócio de vivência e percebi que iria para uma cidade que não tinha 'shopping', não tinha praia, pensei: que furaça! Como eu vou passar a maior parte das minhas férias sem shopping, sem praia; isto não existe! Mas... caramba; não é que eu acabei gostando! Putz, eu vi um monte de coisa que eu nem conseguia pensar que existia... aliás, até agora não consigo dizer o que é. Teve dois negócios muito estranhos; os nepotismos e a enfermeira maluca. A coisa dos nepotismos foi assim... nós fomos a duas cidadezinhas onde as secretárias de saúde eram mulheres do prefeito. Numa, a mulher era uma perua e quem tocava a gestão era a secretária da dondoca. A mulher do prefeito só queria desfilas de camionete importada pela cidade. Eles fizeram questão de receber na casa deles para um jantar "os estudantes que o governo tinha enviado para o município"; a comida era ótima, mas foi um saco! Na outra cidadezinha é que a coisa surpreendeu. A secretária de saúde do município também era mulher do prefeito... só que a batida era completamente outra. A gente não conseguia ver onde terminava a secretaria e onde começava a casa deles... os caras

discutiam as questões de saúde do município o dia inteiro... fizemos um churrasco na casa deles e ficamos discutindo saúde até a madrugada... os caras eram apaixonados e a saúde da cidade estava misturada... era tipo uma dimensão do amor deles.

- A outra coisa doida, foi a enfermeira Jary... que mulher maluca. Ela trabalha numa unidade básica do município da secretaria dondoca. A gente foi cedo nesta unidade para vivenciar o acolhimento dos usuários que chegam na unidade... chegamos às 8h em ponto; quase junto com a Jary e um monte de gente já estava na sala de entrada da unidade... não é que mulher chega na recepção, dá um grito de bom dia e pergunta para todos: alguém com problema de saúde hoje? Que pergunta maluca era aquela? Todo mundo ficou olhando para a cara dela, alguns começaram a rir e uma senhora respondeu: - não, a gente veio comprar pão! Aí que todo mundo riu mesmo... e pior, não é que a maluca da Jary falou que também não tinha tomado café, propôs fazer uma 'vaquinha' com a galera, juntamos uma grana, ali na hora, e um dos usuários foi comprar pão na padaria... gente aquilo foi uma viagem! Depois uns já foram atendidos ali mesmo... muita coisa precária... mas todos receberam atenção... o maluco na Jary era exatamente a atenção que ela dava... ela ficava cutucando as pessoas... tipo provocava para o outro responder... era um tipo de agressividade até, mais um jogo... um jogo que todo mundo entrava... foi um barato... me inspirei pra dedêu!

Nietzsche foi contemporâneo apenas de um passado longínquo do capitalismo. Globalização do capital, neoliberalismo, organismos econômicos internacionais ainda não faziam parte do cenário do século XIX. Entretanto, em sua radical crítica dos valores liberais de igualdade e da organização político-econômica da Europa de sua época, já havia o prenúncio de que uma era de radical niilismo estava por vir.

Para Nietzsche (2000a, § 37)<sup>29</sup>, a máxima *todos somos iguais* significava relativizar todos os valores, nivelar todas as biografias, eliminar o homem de valor e desintegrar os próprios valores nobres superiores da sociedade. Nas palavras de Nietzsche, “nossas virtudes são condicionadas, são *requeridas* por nossas fraquezas”. Segue sua formulação entendendo que a idéia de *igualdade*, que tem “certa assemelhação factual que só ganha expressão no interior da teoria dos *direitos iguais*, pertence essencialmente à decadência”.

---

<sup>29</sup> Da seção *O que falta aos alemães* de *O crepúsculo dos ídolos*.



Crítico do socialismo, Nietzsche não fornecia crédito ao princípio universal de igualdade entre todos; pressuposto com profunda afinidade teológica com o dogma cristão no qual todos somos filhos de Deus e, deste modo, todos somos irmãos. A principal decorrência desta crença cristã com a roupagem nova do socialismo é justamente a idéia de igualdade e Nietzsche não desejava em hipótese alguma *ser irmão de um humano qualquer*. Noutro sentido, trata-se da doutrinação moral de igualar o desigual; tornar o mesmo o mais nobre e o mais baixo.

De certa maneira, a atual voracidade da avaliação neoliberal – supremacia dos valores econômicos diante dos valores humanistas – já foi percebida por Nietzsche como a decadência das virtudes, geradora da própria degradação humana. A debilidade do ideal ascético fica na sombra da armadilha de conservar nossas idéias, nossas regras, nossos valores, nossas almas mais iluminadas. Direitos iguais para todos, todos somos iguais e o bem comum são supostos valores superiores que carregam, paradoxalmente, o oculto e óbvio niilismo de tornar semelhante a diferença entre o melhor e o pior, o forte e o fraco, o exuberante e o débil.

Na análise política nietzscheana desenvolvida por Giacóia Jr. (2005, p. 76), vincular o destino do homem ao imponderável soterramento das virtualidades culturais implicaria uma *degeneração global do homem*. A análise de que tal degeneração seria o completo rebaixamento do homem em animal de rebanho ou, nas palavras modernas, *homem da sociedade livre*. A possibilidade de tamanha igualdade de direitos e exigências conduziria a humanidade a um brutal *auto-apequenamento*.

Já em seu primeiro livro, *O nascimento da tragédia*, Nietzsche (1992b, p. 47)<sup>30</sup> afirma que somente “como *fenômeno* estético podem a existência e o mundo *justificar-se* eternamente”. Como biógrafo de Nietzsche, Rüdiger Safranski (2001, p. 63) comenta a decisão do filósofo entre a justiça social e a estética da seguinte maneira: “quem tem em vista o bem-estar do maior número possível de pessoas pensa moralmente”. Em outro sentido, “quem declara que o cume das figuras bem-sucedidas, que o cume do *encantamento* é o sentido da cultura, pensa esteticamente”. Afirma, então, que “Nietzsche

---

<sup>30</sup> Seção 5 deste livro, escrito originalmente em 1872.

opta pelo pensamento estético”. Keith Ansell-Pearson (1997, p. 62-63), em sua análise sobre o pensamento político nietzscheano, compartilha a perspectiva de Safranski, entendendo que a noção de justiça social está completamente ausente da organização sócio-cultural afirmada por Nietzsche.

Em nenhum momento, Nietzsche arrefece a guarda da máxima multiplicidade da vontade de poder. Reconhece a *crueledade* da vida e afirma a arte trágica como o remédio que não cura e que, no entanto, mesmo com a ferida aberta, afirma a vida em sua dor e prazer. Em nome da intensidade da vida, a filosofia nietzscheana procura elevar a diferença que fica na sombra do valor de bem-estar comum, instigando a invenção de vivências singulares negadas pelas práticas embasadas na tradição moral de cunho niilista.

A trajetória filosófica de Nietzsche passou por diferentes dimensões da existência humana, deixando um rastro de trágicas intensidades nas paisagens da ciência, da filosofia, das artes, da política, da educação e de várias outras dimensões. A saúde é uma destas paisagens com rastros nietzscheanos, sendo a perspectiva da *grande saúde* uma das mais fortes pegadas. Deste modo, parece apropriado estabelecer uma perspectiva da grande saúde nietzscheana destinada a desdobrar algumas ferramentas conceituais que contaminam o pensamento deste trabalho sobre a moral e a política na área da saúde.

### **Uma perspectiva da grande saúde**

Campinas, agosto de 2004.

O movimento em defesa da vida surgiu em Campinas. Estávamos no berço deste movimento e a atividade de esclarecimento do primeiro dia da vivência chegava ao fim.

- Então vamu lá galera! Vamos ver como é que o sistema de saúde de Campinas defende a vida!
- Bora lá!
- Demoro!

Ao final do 4º dia de vivência os estudantes já haviam tido uma aproximação com as estratégias da gestão municipal e o modelo de atenção à saúde implementado, acompanhado o processo de trabalho em unidades básicas de saúde, de unidades do nível secundário de atenção, de equipes distritais de vigilância e conversado com participantes de

movimentos sociais da região. Como quase todos os dias da vivência, o dia encerrava com um debate.

- E aí galera; como é que Campinas tá defendendo a vida?
- Ôxente é uma doidera... o pessoal aí tem que se ocupar da saúde da mulher, do idoso, da criança, do adolescente, do trabalhador, do não trabalhador, dos 'homi', dos recém nascidos... o negócio não é mole não...
- É muita gente, são muitas situações...
- Vige!
- É... e os caras parecem querer mesmo fazer tudo isto com participação... todo mundo sendo protagonista da gestão e do cuidado...
- I num é?!
- É... mas tem lugar que consegue mais e outros menos...
- Mas é difícil mesmo uai! Trazer tudo mundo junto com solidariedade é complicado... ainda mais quando a idéia é a autonomia das pessoas... nem todo mundo tem estes princípios, por mais que um governo queira.
- Isto tinha que ser trabalhado desde a escola, desde criancinha que a gente tinha que aprender o que é justiça social, trabalhar a consciência do bem comum e se comprometer com isto...
- Pode crer!
- I num é?!

O debate do 13º dia aconteceu pela manhã. Agora o grupo já havia entrado em vários outros serviços e ações de saúde, debatido mais demoradamente a proposta de gestão do município e encontrado outros atores do controle social. Entretanto, foi somente na noite anterior que eles interagiram nas ruas com os redutores de dano para conhecer o trabalho de prevenção de doenças transmitidas pelo sexo e pelo uso de drogas. Naquela noite eles estiveram no 'miolo do bagulho' com os redutores, os usuários de drogas e uma diversidade de possibilidades sexuais de existência.

- Caraca mermão... que foi aquilo ontem??!
- Trem doído...
- Como é que os cabras defendem a vida lá??
- Não tô conseguindo nem falar direito...
- I num é... parece que as palavras perderam a força...
- Parece... que os caras... os redutores de danos traem a saúde...
- Que trair meu... pô, os caras lá encaram mesmo a saúde...
- Putz, será que eles defendem traindo e encarando? Que defesa é esta?
- ...
- O almoço tá pronto galera? (grita alguém lá da cozinha)

As formulações de Nietzsche sobre a grande saúde são compostas significativamente pelo que alguns autores apontam como dois dos termos capitais da filosofia nietzscheana (Machado, 1999b; Marton, 2000a; Heidegger,

2000), a saber: a vontade de poder<sup>31</sup> e o eterno retorno. Na Grande Saúde são intensamente questionados os próprios valores demasiadamente humanos – como o bem-estar – que sustentam a busca ocidental moderna por uma existência saudável. Um questionamento que vai à radicalidade de interpretar como sintomas de decadência a busca humana pelo estabelecimento de um bem-estar comum e a eliminação da doença.

Talvez a principal marca da Grande Saúde seja sua plasticidade, sua condição plural. Nesta perspectiva, não existe *uma* saúde; *uma* condição universal da existência saudável. Existem diferentes e tantas saúdes assim como existem diferentes e tantos indivíduos na Terra. Penso que a formulação do aforismo 120 de *A Gaia Ciência*, de Nietzsche, intitulado *Saúde da alma*, provavelmente seja uma das mais belas passagens na qual Nietzsche coloca, sob o crivo da saúde, sua perspectiva trágica sobre o conhecimento, os valores e a alma. Diz Nietzsche:

A apreciada fórmula de terapêutica moral (cujo autor foi Ariston de Quios), ‘a virtude é a saúde da tua alma’, deveria, para podermos fazer uso dela, ser alterada ao menos da seguinte maneira: ‘a tua virtude é a saúde da tua alma’. Porque não há uma saúde em si própria, e todas as tentativas de definir algo desse gênero têm falhado lamentavelmente. A determinação *daquilo* que significa saúde, mesmo para o teu *corpo*, depende do teu objetivo, do teu horizonte, das tuas forças, das tuas impulsões, dos teus erros e, especialmente, dos ideais e dos fantasmas da tua alma.

Aparece nesta parte do aforismo de Nietzsche a condição singular da saúde, ligada a cada existência. A saúde de uma pessoa é a saúde de uma pessoa só. Neste sentido, a saúde como singularidade, multiplicidade, engendrada por forças dizíveis e não dizíveis – impulsos e fantasmas –, ela sempre escapa das avaliações humanas a seu respeito, pois se confunde com a própria vida, mas Nietzsche segue sua formulação:

Há, por conseguinte, um número incontável de saúdes do corpo; quanto mais se permitir ao singular e ao inigualável que ergam de novo a cabeça, e quanto mais se esquecer o dogma ‘igualdade dos

---

<sup>31</sup> Será utilizada a expressão *vontade de poder* e não *vontade de potência* como tradução da expressão original da língua alemã *wille zur macht*. A escolha acontece em função da aposta de que a primeira expressão – vontade de poder – é mais propícia para abordar a questão da micropolítica.

homens', tanto mais os nossos médicos terão de abdicar também do conceito de uma saúde normal, tal como de uma dieta normal e de um curso normal da doença. E, só então, poderia se chegar a altura de refletir sobre a saúde e a doença da *alma*, e de colocar a virtude peculiar de cada um na sua própria saúde, que, na verdade, poderia assumir numa pessoa o aspecto do oposto da saúde em outra pessoa.

Ampliando ainda mais a multiplicidade de possibilidades salutareas num número incontável, Nietzsche pensa a saúde afastando-se radicalmente da pretensão dogmática de busca da igualdade e inviabilizando o projeto da modernidade de busca da normalidade. Deste modo, deixa para os profissionais de saúde o desafio de pensar e estabelecer atos sem normas, sem referência do que seria o normal; desafio mais tarde também problematizado por Canguilhem em *O normal e o patológico* (1978)<sup>32</sup> e por Illich em *A expropriação da saúde* (1975), além de Foucault em *O Nascimento da clínica* (2004)<sup>33</sup>. Nietzsche inverte o pensamento sobre a saúde questionando, inclusive, a necessidade da categoria *doença*. Mais adiante, neste mesmo aforismo, ele escreve,

Ficaria, por fim, ainda em aberto a grande questão de saber se nos seria possível dispensar a doença, mesmo que para o desenvolvimento de nossa virtude, e de saber se, sobretudo, a nossa sede de conhecimento e autoconhecimento não necessita tanto da alma doente como da alma sã; em suma, se o querer exclusivamente ter saúde não será um preconceito, uma covardia, e talvez um vestígio da mais sutil barbárie e atraso.

É levantada a hipótese – ou a afirmação – de que a nossa sede de conhecimento sobre a saúde e a doença como manifestação de uma vontade de eliminar a dor, o sofrimento, a doença seria um tipo de negação da própria intensidade da vida. O querer evitar a doença, a própria doença. O querer estabelecer um ascético viver bem como vestígio de uma sutil barbárie. Viver intensamente implica em passar pelas altas montanhas e os mais baixos vales, passar por diferentes estados de saúde, inclusive aqueles denominados doentios. O viver intensamente é manifestação de uma grande saúde; o grande dizer sim à vida como vontade de poder.

---

<sup>32</sup> Publicado originalmente em 1943, tomando por base sua Tese de Doutorado.

<sup>33</sup> Publicado originalmente em 1963.

Deleuze ([199?], p. 39-103) se refere a este aspecto dizendo que na vontade de poder “o múltiplo é a manifestação inseparável, a metamorfose essencial, o sintoma constante do único. O múltiplo é a afirmação do uno, o devir”. Traz, então, o exemplo da doença que, a princípio, separa o ser humano daquilo que ele pode. Nesta perspectiva, trata-se de uma força reativa que “diminui as minhas possibilidades e condena-me a um meio minorado em relação ao qual não tenho outro remédio senão adaptar-me”.

Entretanto, sob outro ponto de vista, esta circunstância revela uma potência. Coloca a possibilidade de uma nova vontade, a possibilidade de um poder até então estranho. Se, por um lado, o chamado estado doentio nos separa daquilo que podemos, por outro lado e simultaneamente, nos é dado outro poder. O corpo separado daquilo que ele pode é um corpo que pode pouco, ao mesmo tempo em que é um corpo com possibilidades de um novo poder. É nesta direção que o próprio Nietzsche (2000b, § 2)<sup>34</sup> testemunha seus estados doentios e saudáveis da perspectiva do doente “ver conceitos e valores mais sãos, e, inversamente, da plenitude e certeza da vida rica, descer os olhos ao secreto valor do instinto de *décadence*”. Nietzsche fala no seu contínuo exercício de inversão do pensamento; algo em que se tornou mestre. Conclui, então, o que esta experiência de vida-pensamento lhe permitiu ter – “mão bastante para *deslocar perspectivas*: razão primeira porque talvez somente para mim seja possível uma *transvaloração dos valores*”.

A necessidade de oposição – e a manutenção desta oposição – entre saúde e doença está relacionada ao *ideal ascético*. A vontade humana de conservar a vida. Na perspectiva ascética, defender a vida implica evitar as intensidades. Vale mais a tranquilidade das planícies do que os altos e baixos das montanhas e dos vales. Marton (2000a, p. 92) escreve que os representantes deste ideal, “criam outra vida, inventam outro mundo, desejam ser de outro modo, querem estar em outra parte, porque neles a vida, ela mesma, está em degeneração”. Tudo o que é avaliado sem utilidade para esta busca é descartado, negado e considerado um risco.

Historicamente o campo da saúde vem sendo um dos lugares onde o ideal ascético foi mais exercitado, sendo a educação uma arte desta ascese.

---

<sup>34</sup> Da seção *Por que sou tão sábio* de *Ecce Homo*, escrito originalmente em 1888.

Com o ideal ascético a doença ganha sentido. Por mais assustador que possa parecer, a doença ganha sua utilidade no projeto ascético que promete um futuro melhor. Ela é o inimigo, o erro, o mal. A condição da existência a ser corrigida, a ser eliminada do corpo humano pelos saberes e pelas práticas biomédicas. Uma vontade de verdade sanitária que necessita de um contrário; algo com valor negativo para justificar suas promessas e este é o sentido da doença.

Prometer é exercer uma força sobre os corpos. Os valores explicados e justificados como bons e verdadeiros são alicerces das promessas que exercem uma força – múltiplas forças – que historicamente estão articuladas com o corpo. Um histórico jogo de forças efetivando promessas de doutrinação moral sanitária. Potências doutrinárias dominando e produzindo corpos em nome de uma saúde melhor no futuro. Dinâmico e múltiplo este jogo de forças configura diferentes acontecimentos sanitários.

A idéia de jogo de forças está inspirada pelas intensidades da vontade de poder nietzscheana. Nietzsche afirma que a vida busca ser mais viva, cabendo à vida aumentar sua potência. Em *Assim Falou Zaratustra*, na passagem *Do superar a si mesmo*, o protagonista afirma: “onde há vida também há vontade: mas não vontade de vida, senão, - é o que te ensino – vontade de poder” (Nietzsche, 1998b, p. 146). Nietzsche-Zaratustra fala, então, de uma força sempre múltipla presente na existência e que compõe a própria existência. A vontade de poder.

Uma diversidade de forças que agem e interagem compondo diferentes espaços e corpos, sejam eles, químicos, biológicos, sociais ou políticos. Para Deleuze ([199?], p. 13), o “conceito de força é, portanto, em Nietzsche, o de uma força que se relaciona com outra força: sob este aspecto, a força chama-se vontade”. Ao negar a intensidade e a multiplicidade da existência, a vontade de verdade faz um duplo movimento de afirmação e negação. Afirma uma existência regulada, uma vida comedida e sem exageros. Nega a potência da vida, sua exuberância. Em nome da proteção da vida, esta força busca uma vida menor. Em nome da saúde nega a grande saúde. Uma vontade de poder que luta – armada com valores sanitários transcendentais, travestidos de verdades universais – contra a potência da vontade.

Marton (2000a, p. 44) esclarece que “deste ponto de vista, a luta garante a permanência da mudança: nada é senão vir-a-ser”. Trata-se enfim, da pluralidade dinâmica da vontade de poder que conserva e cria; fragiliza e potencializa; decai e ascende; contrai e expande; manda e obedece; perde e ganha. A dança caótica e produtora de mundos e de diferentes saúdes. É impossível expressar na linguagem toda a intensidade e complexidade da dinâmica da vontade de poder; as expressões artísticas chegam mais perto. Pois também estamos falando da dimensão virtual da vontade de poder; dimensão da vontade em que as palavras não entram. “Para o que temos palavras”, diz Nietzsche (2000a, § 26)<sup>35</sup>, “já estamos um passo adiante de sua concernência”. Para Nietzsche, “a fala, ao que parece, foi inventada apenas para o que é ordinário, mediano, comunicável”. É neste sentido que a vontade de poder é cognoscível apenas como sintoma.

Nesta direção, Machado (1999a, p. 95-96) lembra-nos que “os pensamentos são ações. Interpretar é se tornar mestre de alguma coisa: dar forma, estruturar, dominar”. Assim, a genealogia é uma interpretação (conhecimento) que visa ao que está por vir e, neste sentido, tem um caráter intervencionista. Nas palavras de Marton (2000a, p. 100), “propõe-se mergulhar fundo na própria época para ultrapassá-la”. Este pensar ativamente, diz Deleuze ([199?], p. 162), “é ‘agir de um modo inatural, portanto, contra o tempo, e por isso mesmo no tempo, em favor (espero-o) de um tempo por vir”. Salientar que o conhecimento tem suas raízes na dimensão não dizível é reconhecer sua relação de imanência com os instintos, apetites, paixões, desejos, ou seja, com a vontade de poder. Para a questão *quem interpreta?* Machado responde, “em última instância, uma resposta: a vontade de poder”, sendo o conhecimento “o efeito ou o resultado dessa relação específica e momentânea de instintos em luta”.

Na perspectiva da vontade de poder, a intensidade da vida não consegue ser compreendida pelo sujeito. Entretanto, a interpretação do que ela é, historicamente foi reconhecida como uma realização do humano, mas em Nietzsche, dizer o que é a vida é apenas um dos produtos da atividade da própria vida. Na perspectiva da vontade de poder, a vida deixa de ser

---

<sup>35</sup> Da seção *Incurções de um extemporâneo* do livro *Crepúsculo dos Ídolos*.



qualificada por algum princípio de valor antropomórfico e perde a necessidade de ser justificada por alguma utilidade. Há vida onde há atividade; onde há vida há vontade de poder, dinâmica do *vir-a-ser* onde, mesmo esta perspectiva, a interpretação nietzscheana da vida, é um subproduto da própria vida. No aforismo 259 do capítulo nono denominado *O que é nobre?* do livro *Além do bem e do mal*, Nietzsche (1992a) antes de expressar uma interpretação da vida, adverte que “aqui devemos pensar radicalmente até o fundo, e guardamo-nos de toda a fraqueza sentimental”. Com esta advertência o filósofo faz então sua explanação: “a vida mesma é *essencialmente* apropriação, ofensa, sujeição do que é estranho e mais fraco, opressão, dureza, imposição de formas próprias, incorporação e, no mínimo e mais comedido, exploração”.

Atividade de apropriação, imposição, incorporação, exploração que deixa um rastro de sintomas – valores, corpos, idéias, instituições, projetos de mundo, teorias, Teses de Doutorado – e a vida segue na sua dinâmica do *vir-a-ser*. Do ponto de vista de Nietzsche – escreve Marton (2000b, p. 156) –, “vida é luta, força é impulso agressivo, saúde é capacidade ofensiva e defensiva”. Trata-se do embate entre as forças de conservação e as forças de expansão e criação. Um embate, uma dança, um jogo e uma guerra sem trégua configurando existências e, no específico deste trabalho, produzindo perspectivas, valores e micropolíticas do trabalho em saúde.

Por um lado, a conservação é necessária à expansão da potência, ou ainda, conservar é uma consequência da característica intrínseca da vontade em ampliar seu poder. Simultaneamente, por outro lado, uma vontade amplia o que pode no embate com as forças de conservação. Expandir e criar novas possibilidades de existência é quebrar o estabelecido. Deleuze ([199?], p. 64-66) vai qualificar as forças de conservação como as forças reativas da vontade de poder. Reagem à ativa multiplicidade exuberante da vontade de poder. Sobre as forças reativas, ele afirma que elas atuam “assegurando os mecanismos e as finalidades, preenchendo as condições de vida e as funções, as tarefas de conservação, de adaptação e utilidade”. Suas produções são sintomas descendentes da vontade de poder.

Já as forças ativas atuam e buscam sua maior potência na expansão, na exuberância, na criação de novas possibilidades de existência; sintomas ascendentes da vontade. Para Deleuze, a imposição das forças ativas quer

“criar formas explorando as circunstâncias (...). O poder de transformação, o poder dionisíaco, é a primeira definição de atividade”. As duas qualidades da vontade de poder querem a dominação. As duas qualidades se alimentam das forças oponentes. Entretanto, as forças reativas lutam por dominar e conservar. As forças ativas lutam por dominar e criar.

Mesmo as forças que atuam no controle e na padronização da existência – as forças reativas – também são manifestações da vontade. O contínuo embate constituinte da própria vontade de poder no qual a intensidade e a atividade são faces da mesma moeda; “uma na outra na medida em que, ligadas, são uma só. A força torna-se, assim, uma intensidade dotada de atividade, ou, inversamente, uma atividade variável” (Barbosa, 2000, p. 110). De certa maneira, é possível afirmar que as atividades da vida falam da intensidade da vida. Entretanto, pensar a grande saúde é pensar uma existência transbordante de intensidades-atividade exuberantes. O grande sim. É nesta possibilidade de afirmação humana que está colocado o desafio do eterno retorno com seu aspecto de temporalidade e de desafio ético-seletivo da existência.

No eterno retorno o tempo é circular. Esta circularidade acontece no momento. É em cada instante que se encontram o passado e o futuro. A longa estrada que já foi e o longo caminho a frente se encontram neste instante, como também, o embate entre as forças ativas e reativas. Eternamente estão acontecendo a cada momento o encontro entre a história pregressa e a história que está por ser escrita e o encontro entre a vontade de conservar a história e a vontade de criar a história. A cada momento da existência somos configurados pelo atravessamento do passado e do futuro e pelo embate entre as forças ativas e as forças reativas. A dinâmica da vontade de poder coloca a cada instante o desafio ético-seletivo do eterno retorno. É neste sentido que acontece a idéia do eterno retorno como doutrina. Para Deleuze ([199?], p. 104), é como pensamento ético que acontece a doutrina do eterno retorno:

Como pensamento ético, o eterno retorno constitui a nova formulação da síntese prática: *o que quiseres, quere-o de tal maneira que também queiras o eterno retorno*. “Se em tudo aquilo que quiseres fazer, começares por te perguntar: não há dúvida que quero fazê-lo um número infinito de vezes, tal será para ti o centro de gravidade mais sólido”.

Este querer infinitamente o imanente de cada momento é o grande dizer sim à vida em todas as suas intensidades, inclusive aquelas mais horrendas. A seleção entre uma saúde ascética e a grande saúde. O desafio ético do eterno retorno é dizer sim ao devir, mas não o mesmo sim. É dar intensamente um sim a cada momento para a multiplicidade que eternamente retorna, sendo este grande sim à vida o *tonificante* da existência. É desejar para sempre – um sempre que finda no instante – tudo o que se destrói e cria. A afirmação *do e no* dilaceramento entre as forças de conservação e as forças de criação. O desejo de amar a vida com máxima intensidade: *amor fati*. A vida como vontade de poder; a existência vertiginosa do eterno retorno; a grande saúde nietzscheana (Machado, 1999b; Vieira, 2000; Bilibio, 2002a; Moreira, 2006).

Roberto Machado (1999b, p. 133) lembra que o aspecto ético do eterno retorno não se confunde com moral. Ao passo que a moral tem como base os valores transcendentais e superiores à vida – o bem, o certo e o verdadeiro – a ética nietzscheana está interessada “nos modos de existência imanentes, que dizem respeito à força, à intensidade, à potência”. Afirma, então, que “diferentemente da moral, cuja validade advém da universalidade, a ética nietzscheana é uma ética da singularidade”. Fazendo referência a este seu *pensamento vitorioso*, o próprio Nietzsche (2005, § 378)<sup>36</sup> afirma a *transmutação de todos os valores*:

Não mais o prazer causado pela certeza, mas pela incerteza; não mais a “causa” e o “efeito”, mas a criação contínua; não mais a vontade de conservação, mas a vontade de poder; não mais a expressão humilde “tudo é subjetivo” – mas é também *nossa obra!* Sejamos dela orgulhosos!

O modo de pensar saúde de Nietzsche e os valores humanistas está colocado na necessidade que precede o eterno retorno: a transvaloração dos valores. Trata-se da necessidade de ultrapassar, quebrar os grilhões dos valores construídos na história platônico-cristão-científica da sociedade ocidental. Para dizer o grande sim à vida, o ser humano precisa abandonar a tranqüilidade da referência de verdade, de bem, de certo e de outros valores

---

<sup>36</sup> Da seção *Disciplina e seleção* do livro *Vontade de poder*. Este livro é composto por fragmentos da produção de Nietzsche – escritos em diferentes anos entre 1872 e 1888 –, organizados e publicados após a sua morte.

idealizados como superiores. Este é o caso dos caros ideais civilizatórios de liberdade, igualdade e fraternidade; valores afirmados na Revolução Francesa e que configuram o projeto político da modernidade.

Para Nietzsche (2000a, § 38)<sup>37</sup>, visualizar o indivíduo ou o coletivo com coragem para dar o grande sim à vida como ela é, implica vislumbrar um ser humano “que pisa sobre o modo de ser desprezível do bem-estar”. Zordan (2006, p. 05) lembra que “dominar os impulsos, sublimar os instintos, controlar as pulsões, ser ciente dos seus atos” são mistificações que marcam o humanismo; complementa dizendo que são estas mistificações “que determinam a figura universalmente eleita do homem sério, trabalhador, educador”.

A vontade de bem-estar comum do humanismo é, então, uma versão da vontade de conservação; sintoma de uma existência decadente. As forças que buscam estabelecer o bem-estar comum para a sociedade configuram uma qualidade de potência que luta contra as forças ativas da vontade. Dizendo com outras palavras, uma produção de saúde alicerçada em valores humanistas seria um tipo de vontade comprometida com uma existência fragilizada, com o bem-estar de rebanho e, assim, não afirmadora da **grande saúde**.

Nós, os novos, sem nome, difíceis de entender, prematuros de um futuro ainda não demonstrado – nós precisamos para um novo fim também de um novo meio, designadamente de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais avisada, mais resistente, mais intrépida e risonha do que todas as saúdes foram até aqui. Aquele que tem uma alma sequiosa de se ter experimentado todo o âmbito dos valores e aspirações que prevaleceram até agora, e de ter navegado por todas as costas deste “mediterrâneo” ideal, aquele que quiser saber pelas aventuras da sua experiência mais autêntica, como se sente um conquistador e descobridor do ideal, e, de igual modo, um artista, um santo, um legislador, um sábio, um erudito, um homem piedoso, um adivinho, um estudioso do divino que se afasta à moda antiga, para tal precisará, antes de tudo, de uma coisa, **da grande saúde** – uma coisa que não só se tem, como também incessantemente se adquire e tem de se adquirir, porque também se arrisca, tem de se arriscar!... E agora, depois que tanto tempo assim viajamos, nós, argonautas do ideal, talvez mais corajosos do que seria racional, e tantas vezes naufragados com graves prejuízos, mas, como se disse, mais saudáveis do que nos queríamos consentir, perigosamente saudáveis, sempre de novo saudáveis – quer-nos parecer que é

---

<sup>37</sup> Da seção *O que falta aos alemães de O crepúsculo dos ídolos*.

como se tivéssemos perante os nossos olhos como prêmio uma região indescoberta, cujas fronteiras ninguém ainda alcançou com a vista, um para além de todas as regiões e recantos do ideal que existiram até agora, um mundo tão abundante do que é belo, estranho, duvidoso, terrível e divino que a nossa curiosidade, tal como a nossa sede de posse, perderam o juízo, ah! De modo que de agora em diante já não nos saciaremos com nada! Como poderíamos nós, depois de tais visões, e com tal fome ardente na consciência e na ciência, dar-mo-nos por satisfeitos *com o homem do presente*? Já é bastante mal, mas inevitável, que tenhamos de presenciar com seriedade mal disfarçada as suas esperanças e fins mais elevados, e que talvez já nem queiramos presenciar mais. Um outro ideal corre a nossa frente, um ideal singular, tentador, arriscado, do qual não quereríamos convencer ninguém, porque não concedemos a ninguém tão facilmente este *direito a ele*: o ideal de um espírito que brinca com ingenuidade, isto é, involuntariamente e devido a abundância e força transbordantes, com tudo aquilo que até agora se chamava sagrado, bom, intocável, divino; para quem as coisas mais altas, pelas quais o povo naturalmente mede os seus valores, já significariam perigo, decadência, aviltamento, ou, pelo menos, descanso, cegueira, temporário esquecimento de si próprio; o ideal de uma benevolência e de um bem-estar humanos, sobre-humanos, que parecera muitas vezes *desumano*, por exemplo, quando se coloca perante tudo o que era a seriedade terrena até o presente, toda a espécie de solenidade no gesto, palavra, som, olhar, moral a tarefa, como se de tudo isto fosse a mais encarnada e involuntária paródia, e talvez só com a qual, apesar de tudo, a *grande seriedade* se anuncia, o verdadeiro ponto de interrogação finalmente se coloca, o destino da alma se muda, o ponteiro avança, a tragédia começa... (Nietzsche, 1998a, §382)<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Do livro quinto de *A gaia ciência*.

## Defender e afirmar a vida

A breve tomada de uma alma do SUS que desenvolvi, agora em contraste com a perspectiva da grande saúde, me permite afirmar que os valores morais, as avaliações e as práticas políticas do movimento da reforma sanitária perpetuam fortemente o projeto moderno democrático da busca pela igualdade social e pelo bem-estar comum. Da ótica da grande saúde, prometem e comprometem uma saúde debilitada. Na grande guerra contra o niilismo do cientificismo biomédico e do capitalismo mundializado, são usadas as tradicionais armas de conservação ascética que desconsideram tudo o que não tem utilidade, mas tem exuberância e potência. A vida que ao lutar pela vida não consegue escapar da armadilha ascética de debilitar a própria vida. Entretanto, no campo da saúde coletiva também surge a atividade de outras forças; emergem sítios de invenção e resistência.

Se esse longo caminho privilegiou a face macropolítica da história moral da alma do SUS, é importante que o pêndulo retome a face micropolítica; uma cíclica retomada de ênfase. Pois é prioritariamente na dimensão da micropolítica dos atos de saúde que esta tese – também como um sintoma da vontade de poder – busca sua própria experimentação, intervindo no desafio de potencializar o poder de criação destes atos. Não é este percurso de Doutorado que inaugura a desafiadora busca por maior potência de criação na *micropolítica do trabalho vivo em ato* na área da educação-saúde no Brasil. No âmbito da discussão do SUS, é Emerson Elias Merhy. Autor que lança no início dos anos 1990 a *fórmula* saúde em defesa da vida, tendo em vista a primeira Conferência Nacional de Saúde a ser realizada depois da criação do SUS pela Constituição Federal, ocorrida em 1992 (IXª CNS).

Merhy produz um relevante pensamento que destoa na melodia sanitária, uma perspectiva significativamente influenciada pelos modos de pensar de Gilles Deleuze e Felix Guattari, que provoca ruídos na lógica moral hegemônica do movimento sanitário brasileiro. Entretanto, Merhy não é o único pensador que provoca disrupção neste contexto. Ele voa ao lado de um *bando de aves* que se desloca pelas paisagens do campo da saúde coletiva em

interação inventiva com a própria paisagem. Meu Orientador, Ricardo Burg Ceccim também integra esta comunidade nômade. Ricardo provoca a intranquilidade do pensamento em uma série de artigos a partir da educação dos profissionais de saúde. Estranha o comum, sugere o inusitado, como nas formulações da clínica como *resistência* e *criação* e na perspectiva *entre-disciplinar* dos atos das equipes de saúde (Ceccim e Capazzolo, 2004a; Ceccim, 2004b).

Mas é extremamente arriscado seguir nomeando os componentes dessa comunidade nômade. Por um lado, o risco de deixar de fora desta lista, em função da limitação do meu conhecimento e dos prazos de pesquisa, pessoas com uma produção forte de invenção e resistência. Por outro lado, o risco de colocar apressadamente na lista o nome de autores com o espírito ainda bastante seduzido pela força sentimental enrolada nos valores superiores e que, mesmo mirando o *novo*, acabam produzindo criações domesticadas.

No universo das experimentações micropolíticas no cenário da Saúde Coletiva, foco a micropolítica do trabalho vivo em ato da perspectiva de Merhy. Máquina de defesa da vida interessada em maiores ganhos de autonomia na vida individual e coletiva e que estabelece uma marca de diferença no território repleto de certezas e valores morais da saúde. Nesta perspectiva, a boa utilização das ferramentas nietzscheanas é aquela que utiliza com destreza o arco e a flecha. Esta destreza pode ser caracterizada pela potência das interpretações e avaliações, pertinente a escolha de bons alvos: os fortes adversários. Merhy lança uma flecha; eu a recolho. Estando o movimento em defesa da vida como o território de produção de Merhy, é relevante também abordá-lo.

### **Quem defende? De onde defende? Defende o quê?**

Porto Alegre, janeiro de 2005.

O Fórum Social Mundial estava novamente em Porto Alegre e a primeira edição do Projeto VER-SUS Brasil já havia encerrado. Era chegada a hora da avaliação nacional das dezenas de vivências que ocorreram em diferentes estados do País.

- As vivências foram uma farsa. Este governo traidor do povo quer distrair os estudantes no SUS, enquanto mantém seus propósitos neoliberais.

- Mas no município onde eu participei, os estudantes vivenciaram importantes situações de saúde... isto conta!
- Isto é pouco companheira! Não nos iludamos! É exatamente este efeito que este governo maquiavélico quer produzir! Propiciar aos estudantes um **turno** no SUS... daí a gente sai emocionado e não olha para o que interessa... para o que é realmente importante.
- Pêra aí! Eu como representante dos usuários fiquei convivendo com os estudantes durante 15 dias... isto nunca aconteceu antes... pude dizer tudo o que eu penso da formação dos trabalhadores da saúde... pude dizer para aquela garotada o que nós usuários precisamos deles...
- Olha... deixa eu dar meu depoimento pessoal... eu já estou no quinto semestre do curso de nutrição e nunca tinha visto tanta coisa importante antes sobre a saúde da população... eu cheguei a sair chocada da vivência... chocada como muitos outros, mas alegre também de ter encontrado tanta coisa, tanta sensação diferente..
- Vocês viram!!! Vocês viram!!! É exatamente isto que este governo quer, ao distribuir dinheiro público para financiar as vivências no SUS... olhem só... a que ponto chegamos companheiros... o povo e os próprios estudantes estão contra os Movimentos... estudantes contra o Movimento Estudantil... era tudo o que este governo Lula neoliberal queria... e está conseguindo com estas vivências: precisamos acabar com as vivências antes que as vivências acabem com o Movimento! É uma questão de defesa da vida!
- Que vida cara? Que defesa? Não consigo ver de que maneira eu estou atacando a vida ao experimentar as trocas que eu experimentei e gostei. Me explica...
- Gente... acordem!!! As vivências são um engodo... um paliativo... me expliquem vocês: como as vivências irão mudar radicalmente a graduação? Heim? Como? Simples: as vivências não mudam a graduação. Mudar a graduação na saúde exige uma verdadeira vontade política de mudar... são muitas estruturas... forças que são um cimento... são muito duras... não mudam fácil... se o governo realmente quisesse a mudança, se fosse realmente um governo do povo, ele mandava, ele obrigava a mudança e não ficava fazendo vivências..
- É... de fato... as vivências não mudam as estruturas... daí elas não defendem a vida... é isto?
- Isto companheiros! Isto!
- Sei não, eu como trabalhador gostei muito de ter encontrado os estudantes... conversado sobre a minha vida no trabalho e sobre o trabalho na minha vida...
- Estratégias sentimentais companheiros.... estratégias sentimentais...



- Olha...sei lá... volto a repetir... como usuário eu estive num lugar bem novo... bem diferente com a estudentada... era até meio estranho de tão bom...
- Os poderosos são sábios minha gente... os poderosos são sábios...
- E o que eu faço com todas as palavras... todos os sentimentos... toda a energia que vivenciei?
- Canaliza para a verdadeira defesa da vida companheira! Canaliza para a verdadeira revolução! Vamos lutar por um governo realmente democrático e popular! Viva a revolução! Viva Fidel! Viva Hugo Chaves! Fora FMI! Abaixo as vivências no SUS!

O mundo é um e múltiplo. A vontade de poder é uma e múltipla. O um abandona sua simplicidade. A unidade em Nietzsche só é concebida como *organização* e *conserto*. Uma organização e um conserto de várias outras coisas; de diversos e diferentes *uns*. Nas palavras de Wolfgang Müller-Lauter (1997, p. 74) sobre a perspectiva de mundo na filosofia nietzscheana, somente “uma multiplicidade pode ser organizada em unidade”. Um corpo, um coletivo, um movimento, uma comunidade, uma molécula, uma micropolítica, uma alma; tudo composto também pela sua diversidade e isto também acontece com uma palavra.

De certa maneira, trata-se do jogo entre as palavras e as idéias; onde encontramos as idéias nas palavras e, simultaneamente, nos deparamos com palavras nas idéias. Nesta perspectiva, é possível afirmar que toda a palavra tem uma dimensão conceitual com maior ou menor poder de problematização. Como advertem Deleuze e Guattari (1997, p. 27-28), “não há conceito simples. Todo o conceito tem componentes e se define por eles. Tem, portanto, uma cifra. É uma multiplicidade, embora nem toda a multiplicidade seja conceitual”. Uma dimensão daquilo que estes pensadores operam ao problematizar o *conceito*, numa filosofia interessada em inventar conceitos, é a relação entre o conceito e o problema, na qual “não se cria conceitos, a não ser em função dos problemas que se consideram mal vistos ou mal colocados”.

Como comentarista de Nietzsche, Deleuze ([199?], p. 09) formula que o sentido de algo é uma noção complexa. Uma complexidade ligada à pluralidade de sentidos; um tipo de *constelação* de sentidos. Uma diversidade de sucessões e de coexistências de sentidos fazendo da interpretação uma arte. Afirma, então, que “a filosofia de Nietzsche não se compreende se não se

tiver em conta o seu pluralismo essencial”. De certa maneira, pensar com ferramentas nietzscheanas é exercer um violento ateísmo. Pois, ainda conforme Deleuze, “os Deuses morreram: mas morreram a rir ao escutar um Deus dizer que era o único”.

Na filosofia nietzscheana a morte de Deus equivale à morte da verdade, ou ainda, a morte dos valores eternos, do valor moral da verdade iluminada. O mundo a ser conhecido é o caos da multiplicidade – vontade de poder – interpretado pelo animal humano criador de sentidos. Assim, essa própria morte é plural, um acontecimento cujo sentido é múltiplo, pois “não existe um acontecimento, um fenômeno, uma palavra ou um pensamento cujo sentido não seja múltiplo”. Deleuze ainda complementa, dizendo que “qualquer coisa é tanto isto como aquilo ou qualquer coisa de mais complicado, consoante às forças que dela se apoderam”. Em ressonância com essas formulações, a proposta é desenvolver uma breve problematização da perspectiva da vontade de poder da dimensão conceitual do *defender*, variação de atividade da palavra *defesa*, colocada e vista na expressão semântica *defesa da vida*.

Defender como socorrer, auxiliar, ajudar, livrar, amparar, proteger, resguardar, preservar, mas, também, como opor, oferecer resistência, proibir, rebater, conter, vedar, impedir, interditar. Para além de bem e mal, defender carrega uma lista aberta de significados. Mas vontade de poder também é luta e combate contínuo. Assim, acontece um eterno embate entre as diferentes palavras e, mais, dentro de um só termo uma batalha entre seus sentidos; no mundo nietzscheano a palavra perde sua suposta simplicidade. Uma luta dentro do termo que convive com uma luta fora e estes dois embates compondo novas lutas, com novos sentidos exigindo outras palavras; cada vez mais longe da simplicidade. Contudo, escolher palavras é legislar sobre o próprio texto; impor uma vontade na arena das palavras, compondo uma batalha específica e abdicando de estabelecer outras.

O embate a ser proposto, busca problematizar três questões em torno da expressão *defesa da vida*: *quem defende? De onde defende? Defende do quê?* Não se trata de uma problematização como a busca das respostas exatas para estas questões que, inclusive, não são as centrais para este trabalho. Esta problematização acontece como mais uma estratégia de invenção do caminho necessário para chegar mais perto das conexões e desconexões

entre a micropolítica do movimento em defesa da vida e uma micropolítica da perspectiva da vontade de poder e que passa pela transvaloração dos valores.

Se vontade de poder é embate contínuo, escolho o termo *defender* como expressão do evitar, do neutralizar um ataque. No sentido selecionado, temos uma dinâmica de forças configurada pela *mobilização de forças de defesa contra uma mobilização de forças de ataque*. Dizendo de outro modo, trata-se de uma dinâmica na qual o primeiro impulso (ataque), ativa um encontro conflitivo com um segundo impulso que reage ao ataque (defesa). A força de defesa reage à ativação da outra força. Deste modo, os impulsos de defesa são forças de *re-ação*, de negação, ou, pelo menos, de neutralização, ou de debilitação da outra força, da força diferente e ativadora. Na perspectiva da vontade de poder, os impulsos de reação, negação, neutralização, debilitação correspondem às forças de conservação e, neste jogo, a vida ganha um sentido: algo a ser conservado.

Para Deleuze (1994, p. 21-26), “o sentido consiste precisamente numa relação de forças, segundo o qual algumas *agem* e outras *reagem* num conjunto complexo e hierarquizado”; a dinâmica constitutiva da própria vontade de poder. Na dimensão das forças, este é o encontro de criação, inclusive de sentidos e valores, cabendo às forças de ativação a afirmação de sentidos e valores diferentes. Nas forças ativas, a afirmação da diferença vem primeiro, e a negação depois. O que caracteriza as forças reativas, entretanto, conforme Deleuze, está em “opor-se primeiro ao que elas não são; em limitar o outro: nelas a *negação* está em primeiro, é pela negação que atingem uma aparência de afirmação”.

Como comentador de Nietzsche, Deleuze percebe que, ao olharmos a história, estamos diante do estranho e longo fenômeno no qual as forças reativas triunfam, “a negação leva a melhor na vontade de poder!”. Constata que “em toda parte vemos o triunfo do não sobre o sim, da reação sobre a ação. Mesmo a vida torna-se adaptativa e reguladora, reduz-se às suas formas secundárias”. Uma história que também marca a alma do homem; o querer o menos, o quase nada e até o nada.

É neste sentido que a psicologia de Nietzsche interpreta as tipologias da alma niilista; as diferentes categorias da consciência niilista em relação ao sentido e a moral. No *ressentimento* a consciência repete “é o teu erro, é o teu

erro”, mantém uma acusação e uma recriminação projetiva. Uma lógica na qual é por tua causa, é por causa da tua diferença, da tua ação que sou fraco e sofro. O sentido da vida “acusada e separada do seu poder, separada do que pode”. O segundo tipo da alma niilista é de introjeção; trata-se da *má consciência* onde o erro é meu. Sendo a vida enganosa, mas sempre de alguma maneira forte e encantadora, as consciências viram-se contra si mesmas, configurando um tipo de exemplo a ser seguido por causa de sua autopunição e adquirindo “o máximo de poder de contagioso – formam comunidades reativas”. Por fim, o terceiro tipo da alma niilista é o *ideal ascético* como condição de sublimação, hora do julgamento e da condenação desta vida a partir dos valores superiores e piedosos que prometem uma vida melhor no futuro, mas sem a exuberância trágica.

Em *O Nascimento da Tragédia*, Nietzsche (1992b) desenvolve uma análise sobre a constituição da arte grega da tragédia. Neste livro, apresenta o pensamento trágico sobre a vida. Na tragédia grega, as imagens e a narrativa textual são inspiradas em Apolo; o Deus solar da mitologia grega. Já a música – não qualquer música, mas aquela inspirada nos ditirambos dos sátiros – é a manifestação artística inspirada em Dioniso; o deus-semideus da transfiguração. Em toda produção nietzscheana, Apolo corresponde a determinadas qualidades da vida e Dioniso a outras.

O apolíneo está ligado à clareza, à harmonia, à luminosidade, à verdade, à exatidão das formas; o apolíneo é bem recebido na sociedade do ideal ascético. Ao dionisíaco corresponde à exuberância, à desordem, à escuridão, à incerteza, à mentira, à transformação, à criação; a sociedade ascética rejeita Dioniso. A afirmação de Nietzsche da vida é a afirmação da existência estética trágica. A vida trágica onde aspectos apolíneos e dionisíacos constituem o existir dando vitalidade à própria vida. O pensamento trágico em Nietzsche mescla verdade e mentira, bem e mal. Não pretende separar o que, justamente pelo seu hibridismo, dá vitalidade à existência. O trágico implica afirmar o múltiplo.

Para concluir esta problematização sobre quem defende, de onde defende e o que defende, penso ser relevante explorar três *personagens conceituais* da filosofia de Nietzsche interpretados por Deleuze (1994, p. 37-39). Nietzsche em sua produção elaborou uma vasta galeria de personagens

como encarnações de perspectivas. Três personagens desta galeria mantêm uma intensa ressonância com tradicionais práticas de defender a vida e a problematização em curso neste trabalho; trata-se dos *homens superiores*, do *homem da sanguessuga* e de *Zaratustra*.

*Homens superiores* – são múltiplos, mas testemunham um mesmo empreendimento: depois da morte de Deus, substituir os valores divinos pelos valores humanos. Eles representam, pois, o devir da cultura, ou o esforço de colocar o homem no lugar de Deus. Como o princípio de avaliação permanece o mesmo, como a transmutação não é feita, eles pertencem plenamente ao niilismo (...). Não sabem rir, nem brincar, nem dançar.

*Homem da sanguessuga* – quis substituir os valores divinos, a religião e até a moral pelo conhecimento. O conhecimento deve ser científico, exato, incisivo (...); o conhecimento exato da menor coisa substituirá a nossa crença nos “grandes” valores vagos (...).

*Zaratustra* – Zaratustra não é Dioniso, mas apenas o seu profeta (...).

## **Vontades de defender**

Brasília, agosto de 2004.

O seminário do AprenderSUS foi um acontecimento e tanto. Dois dias de encontro de mais de Mil pessoas debatendo a mudança na graduação na área da saúde. Vieram para a capital do País, representantes do Ministério da Educação, das reitorias das universidades, das associações de ensino, das executivas de estudantes, docentes dos cursos da saúde, movimentos sociais, trabalhadores, gestores federais, estaduais e municipais do SUS. Foram levantadas tendas ao redor do hotel Nacional, para abrigar os mais de 50 grupos de trabalho. A proposta era grupos diversificados de (+ ou -) 20 pessoas; todos conversando e formulando prioridades e estratégias para a mudança na graduação. Pelo menos em um destes grupos, os estudantes normais foram lembrados.

- Em minha opinião, os princípios do SUS deveriam fazer parte dos conteúdos curriculares.
- Eu também acho.
- Apoiado.
- Eu gostaria de fazer um contra-ponto. Como representante do Movimento Estudantil, gostaria de dizer que outros debates também devem estar presentes na universidade. Devemos pensar em processos educacionais radicalmente colocados ao lado das históricas lutas do povo brasileiro.
- Sim concordo.

- Claro... claro...
- Mas debater os princípios do SUS e, deste modo, aprofundar o conhecimento sobre a reforma sanitária na graduação, não é um jeito de chegar às questões sociais?
- Não, não é... este pode ser outro jeito de, mais uma vez, fazer uma reforma de fachada. Uma reforma neoliberal. Nós precisamos fazer com que os estudantes normais tomem consciência sobre as estruturas de poder que exploram historicamente o povo.
- Espera um pouco garota! Você está querendo dizer que toda a luta da reforma sanitária brasileira é a luta por uma reforma neoliberal?
- Não foi bem isto que eu quis dizer... eu respeito muito a reforma sanitária... eu quero dizer que tem outras coisas que os estudantes normais também precisam saber.
- Eu tenho uma questão de esclarecimento.
- Pode fazer.
- Gostaria de perguntar para a representante dos estudantes, quem são os estudantes normais?
- Ué... são os estudantes que não fazem parte do Movimento Estudantil.
- E os que fazem parte são o que?
- Ué... são estudantes normais também, mas é diferente... são militantes
- Qual a diferença entre o militante e o normal?
- Puxa gente... é diferente... no Movimento a gente discute a raiz dos problemas da população... debatemos a estrutura social.. a gente tem mais consciência... a gente tem uma visão mais profunda, mais verdadeira da vida.
- Quer dizer que o estudante normal tem menos consciência, sabe menos sobre a vida do que o estudante militante.
- É... quer dizer... não sei bem... será que dava pra gente voltar pra pauta?!

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil definiu como Campanha da Fraternidade, em 2008, o tema *Fraternidade e defesa da vida*, evidenciando principalmente a contrariedade ao aborto, cuja legalização, segundo a Igreja, está para ganhar grandes proporções na América Latina. A *Frente Parlamentar em defesa da vida*, na Câmara Federal, luta por um Brasil sem aborto. No Instituto Nacional do Câncer, a defesa da vida pretende que os brasileiros parem de fumar. Associações protetoras de animais lembram que vários movimentos em defesa da vida não estão se ocupando em defender a fauna. O *Projeto Tamar* pede para que não nos esqueçamos de defender a vida das tartarugas marinhas. A área da educação física defende a vida ao pregar a atividade física para todos. Defender a vida no trânsito é o lema da campanha

de Departamentos de Regulação de Trânsito em vários estados brasileiros. Movimentos ambientalistas desenvolvem atos em defesa da vida – na perspectiva da biodiversidade – na Amazônia.

Navegar por algumas paisagens virtuais tendo como vento de popa o verbete *defesa da vida* no mar do Google<sup>39</sup>, permite a interpretação de que no senso comum, o bom senso é defender a máxima duração possível da existência biológica de cada um e de todos os organismos vivos que habitam o planeta Terra; parece que os seres humanos gozam de alguma prioridade. Trazer estas imagens de defesa da vida é relevante, pois uma considerável extensão do tecido social – não iniciada no campo da saúde coletiva – conhece a expressão gramatical *defesa da vida* com esta conotação. Podendo, inclusive, como nos casos contra o aborto sequer guardar relação com o andar a vida individual, tratando-se de uma noção de espécie, como o caso das tartarugas marinhas.

Da perspectiva genealógica, se esta maneira de pensar a defesa da vida está incorporada significativamente na cultura e condiciona fortemente diferentes práticas sociais, trata-se, então, de um tipo de verdade; uma verdade consideravelmente forte no político. Esta idéia geral de defender a vida como negação da morte biológica mantém plena sintonia com o entendimento das ciências biomédicas sobre a vida que, por sua vez, configuram historicamente as maneiras de pensar do próprio grande campo da saúde; saúde como ausência de doenças biológicas, saúde como o estado do organismo vivo afastado da morte biológica. Ao mesmo tempo, a força desta verdade vai atuar de uma ou outra forma, com todo o peso das verdades históricas, na diferenciação que o movimento em defesa da vida busca instaurar como especificidade, como qualidade exclusiva do seu modo de defender e daquilo a ser defendido na política do campo da saúde.

Por exemplo, O *Pacto pela vida* (Brasil, 2006) materializa a pactuação firmada entre os gestores municipais, estaduais e federal do SUS, destinada à consolidação do Sistema. Este pacto foi produto de um longo debate de dois anos, envolvendo técnicos e gestores de diversas áreas do SUS, e se subdivide em três pactos: pacto pela vida; pacto em defesa do SUS; pacto de

---

<sup>39</sup> Sítio de busca busca na rede mundial de computadores.

gestão. O pacto pela *vida* “é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira” (p. 09). Na sequência, o documento anuncia as seis prioridades pactuadas:

A - saúde do idoso; B - controle do câncer do colo do útero e da mama; C - redução da mortalidade infantil e materna; D - fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; E - promoção da saúde; F - fortalecimento da atenção básica (p. 09).

Mesmo constatando a perspectiva da integralidade da atenção no desdobramento da pactuação em nome da vida, julgo ficar evidenciada na eleição das seis prioridades a força de verdade do senso comum a da perspectiva biomédica de uma defesa da vida do ponto de vista biológico.

Penso agora ser pertinente abordar a especificidade do *movimento* em defesa da vida. Uma corrente, um movimento, uma formulação, um modelo, um *slogan*, um ideário, uma logomarca, uma proposta: são diferentes denominações que se encontra em considerável parte literatura do campo da saúde coletiva (Campos, 1991a, 1997b, 2005, 2006c; Campos e Carvalho, 2000; Carvalho, 2005; Cecílio, 2006b; Merhy, 2005, 2006a, 2006b; Coelho Neto ‘et al’, 2008) para denominar a produção *defesa da vida* que iniciou no final da década de 1980 no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, mais especificamente no Laboratório de Planejamento e Administração – Lapa. De certa maneira, a diversidade de nomes aplicados a esta produção favorece o empreendimento genealógico em curso, fala da riqueza da relação entre o um e o múltiplo dessa produção. Faço a opção pela utilização do termo *movimento em defesa da vida* – MDV, pois foi com este nome que tal produção foi apresentada a mim pelos estudantes da área da saúde.

Carvalho (2005, p. 120-144) em seus estudos sobre a saúde coletiva e a promoção da saúde analisa algumas teorias contemporâneas sobre a saúde, sendo uma delas o MDV. Neste trabalho ele relata que uma produção *diversificada* dentro deste movimento começa acontecer a partir dos primeiros anos da década de 1990, sendo uma delas a “*gestão e processos de trabalho em saúde* sob a liderança de Emerson Merhy”. Carvalho também identifica



duas outras linhas: *gestão, sujeitos e modelos de atenção* que tem Gastão Wagner de Souza Campos como autor de referência e *poder, organização e gestão hospitalar* com Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. Carvalho constata ainda que nos últimos anos diversos outros autores, além de gestores e trabalhadores da área de saúde, para muito além do Lapa, desenvolveram produções teóricas ligadas de alguma maneira ao ideário do MDV em todo o país.

Embora a linha de Merhy seja central para o trabalho que desenvolvo, penso ser estratégico também abordar o conjunto desta produção como apontado por Carvalho. Este autor mostra em sua análise que as temáticas desenvolvidas pela *corrente*, pelo *ideário* MDV não se ocupam de aprofundar as diferenças – estabelecidas no início de sua descrição do território MDV – trabalham numa lógica de elos interligados que se estendem por múltiplas ênfases. Foi nesta configuração que o MDV atravessava as vivências no SUS e, neste sentido, mesmo sendo factível a diversidade de foco das vertentes – e focar sempre implica em abdicar, abandonar, obliterar, não tratar algo –, à coesão do bloco defesa da vida também traduz um tipo de verdade que, por sua vez, se relaciona com a pesada verdade do senso comum sobre a defesa da vida. Dizendo de outro modo, para muita gente no SUS o movimento em defesa da vida é uma coisa só; um mesmo time; um mesmo conjunto de idéias.

Tudo leva a crer estarmos diante de uma intrincada relação como aquela que se dá entre *agenciamentos* ou entre sintomas de diferentes vontades de defender a vida; a morfologia da vontade de poder. Na interpretação de Zourabichvili (2004, p. 20-24) sobre a perspectiva de Deleuze e Guattari, estamos na presença de um agenciamento quando conseguimos “identificar e descrever o acoplamento de um conjunto de relações materiais e de um regime de signos correspondentes”. Acredito que esta perspectiva de agenciamentos tem profunda ressonância com o par relacional um e múltiplo da vontade de poder. Esta outra interpretação apresenta o um como determinada composição de sintomas (materiais) e forças (fluxos, instintos, impulsos e desejos) da multiplicidade.

Deleuze e Guattari (1997, p. 192-194) formulam que os agenciamentos operam em zonas de decodificação dos meios extraíndo um território. Um território composto por uma determinada multiplicidade de elementos,

fragmentos e fluxos (idéias, corpos, pessoas e instituições) que a partir da extração adquirem *um valor de propriedade*, cada agenciamento, cada composição faz e diz algo. Ao mesmo tempo, os agenciamentos arrastam, atravessam diferentes elementos entre si, agenciando outros territórios. De certa maneira, estamos sempre sendo arrastados, atravessados, convocados, seduzidos, ordenados, afetados pelos agenciamentos e, paralelamente, obedecendo, repetindo, trocando, escapando e fazendo fugir dos agenciamentos.

Por sua vez, Nietzsche (1998c, § 12)<sup>40</sup> formula que por mais compreendida a “utilidade de um órgão fisiológico (ou de uma instituição de direito, de um costume social, de um uso político, de uma determinada forma nas artes ou no culto religioso), nada se compreendeu acerca de sua gênese”. Nietzsche reconhece a longa história de crença “no fim demonstrável, na utilidade de uma coisa, uma forma, uma instituição, também a razão de sua gênese, o olho tendo sido feito para ver, e a mão para pegar”. Contudo, o que a história das criações humanas opera é “a sucessão de processos de subjugamento que nela ocorrem mais ou menos profundos, mais ou menos interdependentes, juntamente com as resistências que a cada vez encontram”.

Um corpo e seus órgãos ou um conhecimento e suas explicações acontecem na alternância com outros corpos e conhecimentos sendo sempre reinterpretados para novos fins, requisitados de maneira nova, transformados e redirecionados para uma nova utilidade, por um poder que lhe é superior. De que poder superior fala Nietzsche? Em toda a sua obra só há um e múltiplo poder superior; a vontade de poder. Nesta perspectiva, “todo o conhecimento do mundo orgânico é um *subjuar* e *assenhorear-se*, e todo subjuar e assenhorear-se é uma nova interpretação, um ajuste, no qual o sentido e a finalidade anteriores são necessariamente obscurecidos”. O que parece ser relevante apontar é que o um da vontade de poder nunca é puro, e as forças de ativação da diferença garantem sua mutação contínua e configuração de novos sintomas. Acontece, então, em Nietzsche a virtualidade do corpo.

O mundo em Nietzsche, na perspectiva de Müller-Lauter (1997, p. 75-101) é revelado como jogo de vontades de poder; aglomerações de *quanta de*

---

<sup>40</sup> Da segunda dissertação – ‘*Culpa*’, ‘*má consciência*’ e *coisas afins* – do livro *Genealogia da moral*.

*poder* que eternamente aumentam e diminuem. Assim, quando falamos em unidades, referimos a “unidades continuamente mutáveis”. O mundo das forças; mundo como vontade de poder. Entretanto, “cada força projeta para si, com efeito, um mundo próprio”, e toda força está “relacionada às outras forças em oposição ou acomodação”. Dando mais um passo no intrincado jogo do mundo, é o próprio mundo – como vontade de poder – que oferece subsídios, extratos, fluxos, idéias, valores, material para todos os “particulares projetos-de-mundo”. Também caracteriza a vontade de poder o dominar e alargar incessantemente a sua dimensão de poder. Trata-se não apenas da qualidade de desejar, clamar, exigir, mas também de *afetar* seu domínio no outro, em movimentos de expansão-retração, contenção-transbordamento, contradição-consonância, construção-destruição, além de outras qualidades de movimentos.

Acontece algo com a qualidade dessa gênese entre as diferentes configurações de defesa da vida. Uma dinâmica de poder das diferentes vontades de defender a vida. Afinal, elas não querem conhecer qual é a melhor maneira de defender o *isto* que cada vontade determina como vida? Obliterar, tirar de foco a força da outra vontade para fortalecer outras explicações e suas práticas; não é isto que acontece entre as vontades de defender a vida? Ao mesmo tempo, elas não se misturam, não se contaminam? Também não é algo dessa natureza que caracteriza a história da alma do SUS?

Com essas ferramentas conceituais nietzscheanas é possível traduzir que estamos diante de sintomas de diferentes vontades de defender a vida. Uma primeira vontade seria aquela composta pelos sintomas do senso comum e do saber-poder da biomedicina que denominarei de *defesa da vida biológica*. Acredito que uma interpretação deste sintoma já foi desenvolvida no capítulo *uma história da alma do SUS* sendo, deste modo, desnecessário reaprofundar tal perspectiva.

Uma segunda vontade de defender a vida é aquela configurada pelo sintoma MDV como determinada composição que atravessou as vivências no SUS, aquela que tem uma determinada *cara* no campo da Saúde Coletiva e que será denominada de *defesa do viver bem*. Por fim, a terceira vontade. A vontade de defender a vida composta pelos nômades, pelas matilhas, pelos bandos interessados em potentes práticas micropolíticas, formuladores de atos

de criação. Talvez a vontade de defender a vida mais próxima da trágica afirmação da vida na perspectiva da vontade de poder. Essa tem nome que Merhy primeiro lhe deu: *defesa radical da vida*.

## **Defesa do viver bem**

Florianópolis, maio de 2004.

As atividades de preparação do olhar para ver o SUS proliferaram por toda a parte. Em algumas, era solicitada a presença do cara do Ministério. Em outras, não. Em, algumas, o cara do Ministério tinha o que fazer. Em outras... bem, em outras a coisa era um pouquinho diferente. A preparação que aconteceu na ilha da magia tinha um compromisso, tinha uma missão: ser um exemplo de preparação autônoma. Depois da tradicional e cordial rodada de apresentações, a autonomia correu solta.

- Bom gente, então vamos começar! Estamos aqui, numa atividade autônoma do Movimento Estudantil onde qualquer um é bem vindo, mas são os estudantes autonomamente que irão auto-preparar seus olhos para a vida que rola no SUS; quem começa?

Diante do enquadramento, restava ao cara do Ministério somente aguardar os ventos... e eles surgiram em redemoinhos.

- Então gente, quem começa?!
- Bom, começar o que mesmo?
- Ué?! A preparação autônoma do olhar.
- Quem sabe você dá uma sugestão?
- Gente, é isto mesmo que precisamos evitar! A idéia ou a opinião do outro não pode ser mais importante do que a nossa. É isto que as estruturas de poder fazem com a gente... tiram as forças das nossas iniciativas autônomas. Mas aqui não! Aqui todos somos iguais e livres: quem começa?
- Eu tenho uma idéia!
- Beleza!
- Quem sabe a gente faz uma dinâmica onde todos escrevem num papel o que acham importante de ver no SUS... depois a gente lê o que cada um escreveu e faz um debate.
- Boa!
- Gostei!
- Eu topo!
- Sei não...
- Como assim sei não?
- Sei lá, a gente podia fazer de outro jeito, outra dinâmica...
- Qual?

- Sei lá... não quero manipular o desejo dos outros... acho que todos têm que decidir juntos...
- Vem cá?! Tu tá querendo dizer que quando eu sugeri a dinâmica do escrever no papel, eu estava passando por cima do desejo de todos?
- Não foi bem isto que eu falei, mas, de certa maneira, acho...
- Que tu tá pensando rapaz! Tu não me conhece...
- Vamû acalma companheiraada, vamû acalma!!!
- Pessoa!, eu tive outra idéia pra gente começar.
- Qual?
- Quem sabe todos escrevem a sugestão de uma dinâmica, daí a gente lê todas e escolhe uma pra iniciar a atividade.
- Boa!
- Pode ser!

Após todos escreverem algumas sugestões, os papéis foram dobrados e colocados no meio da roda.

- Beleza gente, vou abrir a primeira sugestão!
- Pêra, pêra, pêra...
- Que foi?
- Por que é tu quem abre os papéis? Por que a gente não decide no coletivo quem vai abrir? Autonomia minha gente, autonomia!
- Vem cá cara, tu tá querendo boicotar a atividade?
- Não é isto... eu quero autonomia radical...
- E tu acha que eu também não quero? Tá me chamando de fascista?
- Vamû acalma companheiraada... vamû acalma!!!

Se, por um lado, é difícil neste final de primeira década do século XXI delimitar o conjunto de autores brasileiros do campo da Saúde Coletiva que produzem *dentro* do ideário do movimento em defesa da vida, por outro lado, concordando com Carvalho (2005), é impossível deixar do lado de fora desta lista os nomes de Gastão Wagner de Souza Campos, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Emerson Elias Merhy. Diante desta constatação, será principalmente com os primeiros dois autores que buscarei identificar qual a especificidade desta vontade em que o MDV se diferencia do que poderia ser denominado como a tradicional produção da saúde coletiva; sem abrir mão das análises de Resende-Carvalho (2005) e resguardando Merhy para uma abordagem específica e posterior.

Assim, as questões de referência agora são: aonde a perspectiva política do MDV se desconecta da saúde coletiva? Há desconexão? Como se

desconectam? E em relação aos valores morais; aonde, como se afastam? Assim, sem o propósito de averiguar a completude das conexões e desconexões possíveis entre o MDV e a saúde coletiva e, nem tão pouco, buscando explicitar toda a extensão e densidade das formulações dos autores, é com a limitação dessas questões que serão abordados alguns sintomas da vontade de poder do movimento em defesa da vida.

O MDV é uma perspectiva que interage no debate sobre a organização dos serviços e ações de saúde no Brasil. Tal abordagem tem como uma possível síntese de seus objetivos a busca pela garantia de uma “gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários” (Resende-Carvalho e Campos, 2000, p. 508). A estes objetivos estão acopladas determinadas concepções que também marcam as operacionalizações do MDV, são elas: a relevância das ações nos *microespaços* sem desconsiderar os determinantes macroestruturais; a importância da participação dos trabalhadores e também dos usuários para a produção de mudanças no setor público de saúde; o entendimento no qual as demandas de saúde demonstram, de um lado, a própria cultura dominante sobre a oferta de serviços e, por outro lado, os desejos sociais por novos direitos das pessoas e, deste modo, esta demanda deve ser absorvida criticamente pelos serviços; as reais necessidades de saúde dos usuários devem ser a referência máxima para a reformulação da clínica e da própria saúde pública; por fim, a utilização conseqüente e criativa das tecnologias disponíveis na sociedade.

De certa maneira, é possível afirmar que estas marcas e estas concepções são a cara do movimento em defesa da vida; suas cifras. Colocadas lado a lado configuram o sintoma da vontade de poder da corrente em relação com outras vontades. Sem esgotar a lista das influências teóricas do MDV, Resende-Carvalho (2005, p. 142) aponta alguns autores que são fontes do ideário defesa da vida; são eles:

- *Karl Marx* (1818-1883) – filósofo alemão fundador da perspectiva comunista, o marxismo produz uma contundente marca na história da organização social moderna;

- *Antonio Gramsci* (1891-1937) – filósofo italiano, comunista que produziu uma releitura do Marxismo em análises político-sociais que divergiam da chamada ortodoxia comunista;
- *Michel Foucault* (1926-1984) – filósofo pós-estruturalista francês que tem como um dos principais focos de sua produção o tema do poder;
- *Sigmund Freud* (1856-1939) – médico vienense e pai da psicanálise que dá *status científico* ao conceito de inconsciente na modernidade;
- *Jean-Paul Sartre* (1905-1980) – filósofo francês e intelectual engajado às causas políticas de esquerda, expoente da perspectiva existencialista que tem como um de seus principais objetos a liberdade individual;
- *Paulo Freire* (1921-1997) – educador brasileiro, uma das principais referenciais mundiais da pedagogia crítica com forte influência da produção marxista.
- *Gilles Deleuze* (1925-1995) – filósofo francês referência da chamada filosofia da diferença, sendo o *pensamento* um de seus principais temas, numa perspectiva que também trabalha a dimensão política do pensar;
- *Félix Guattari* (1930-1992) – psicanalista e filósofo francês, relaciona inventivamente desejo e política em sua produção, sendo em boa parte desenvolvida na parceria com Deleuze;

Sem dúvida, o mergulho denso e problematizador da influência dessas vertentes no MDV – misturadas, individualizadas, parcialmente aliançadas e em outras possibilidades de organização e conserto – já caracterizaria um empreendimento investigativo para além de apenas uma Tese de Doutorado. Contudo, mesmo uma visão panorâmica sobre o menos que o mínimo das características dessas fontes de contribuição, já denuncia a diversidade, a densidade e as prováveis tensões das aglomerações do um e do múltiplo da vontade que caracteriza o MDV.

Por outro lado, mesmo não sendo o objeto de investigação deste trabalho de Doutorado a especificidade da utilização que o MDV faz dos modos

de pensar de Deleuze e Guatarri terá de ser tratada. O foco na micropolítica dos atos de saúde e a influência da filosofia de Nietzsche também na abordagem destes dois autores impõem que este trabalho problematize de alguma forma essa utilização e, ainda, a mesma constatação poderia ser endereçada a Foucault. Entretanto, esta *justa* de pensamento será desenvolvida mais adiante no território dos sintomas da vontade de poder da defesa radical da vida de Merhy; configuração de pensamento significativamente contaminada por Deleuze e Guattari e não tanto por Foucault<sup>41</sup>, e que tem como objeto fundamental a micropolítica do trabalho vivo em saúde.

Por hora, entretanto, é possível deduzir que a especificidade da produção de Merhy vai se relacionar, de alguma maneira, com o desdobramento da densa diversidade de todas as fontes teóricas do ideário do MDV que – como afirma Resende-Carvalho – lida “o tempo inteiro com o tema do poder e da autonomia dos sujeitos” (p. 143). Sendo a questão do poder e da autonomia cifras do MDV, aonde mesmo que elas se afastam das tradicionais produções da saúde coletiva? Ou ainda, aonde se desconectam do movimento pela reforma sanitária brasileira? Com estas questões é relevante lembrar a histórica despreocupação – do campo e do movimento – em estabelecer fronteiras entre si.

No livro *Saúde Pública e a Defesa da Vida*, Campos (2006c, p. 13-37)<sup>42</sup> inicia sua reflexão com a seção ‘A militância em saúde pública e a luta em defesa da vida’, abordando o marxismo como manancial filosófico inspirador de processos sociais, ou melhor, como uma inspiração distorcida por movimentos políticos e sociais. Para Campos, a esquerda em sua crítica ao capitalismo, “acabou perdendo parte da tradição iluminista e progressista, características marcantes tanto do primórdio do movimento socialista quanto do pensamento de Marx” (p. 16).

---

<sup>41</sup> Nas produções de Merhy sobre micropolítica é bem explicitada a influência da perspectiva de Deleuze e Guattari, o mesmo não acontecendo em relação a Foucault. Sendo as proposições de Merhy sobre a micropolítica na saúde centrais para esta tese, também não serão exploradas neste trabalho as contribuições de Foucault; mesmo diante da constatação da potente articulação entre os pensamentos de Deleuze, Guattari, Foucault e Nietzsche que caracteriza as chamadas *filosofias da diferença*.

<sup>42</sup> O original foi publicado em 1991.



Seguindo sua crítica a um determinado e disforme campo de esquerda com um apego quase religioso à produção marxista, Campos descreve o equívoco dos transformadores sociais ainda presos dogmaticamente a definição de necessidades sociais que estão sendo subsumidos pela lógica de mercado. Constata, então, a impressionante capacidade do capitalismo em “revolucionar constantemente os instrumentos de produção” (p. 16) e explicita um dilema; um nó górdio: a necessidade de desenvolver perspectivas que considerem este dinamismo capitalista, mas que também criem “bases para o surgimento de um padrão de vida no qual a solidariedade social fosse não só possível, mas, também, uma norma útil à sobrevivência”. Vislumbrando um futuro sem esta possibilidade, ele prevê que seremos “dominados por relações sociais nas quais a exclusão, a desigualdade e, portanto, a violência darão seu colorido macabro à vida coletiva” (p. 17).

Aparece neste trecho a necessidade de uma forte aposta na utilidade da solidariedade social como alternativa à própria sobrevivência humana e, neste sentido, tal solidariedade deveria ser um padrão da própria vida. Com esta aposta os atores políticos da esquerda – ou da chamada esquerda comunista – poderiam superar a amarga realidade, a “crua verdade” na qual sua sólida perspectiva política e cultural e, inclusive, suas “noções morais”, uma vez que pertenceriam também à categoria dos castelos nada sólidos que estavam desmanchando no ar (p. 17).

O autor advoga, então, a necessidade de um corte profundo contra um forte movimento político de recorte neoliberal e conservador; um corte que se traduza num outro movimento, numa nova aposta na construção da democracia e do socialismo, “fundado, sobretudo, na generosidade da luta dos trabalhadores” (p. 23). Constata que, de uma maneira geral, estas análises críticas aplicam-se também “aos integrantes do denominado Movimento Sanitário” (p. 24) e à construção de uma nova vontade política na área da saúde, que uma nova consciência sanitária necessitaria identificar as reais necessidades contemporâneas da população. Parece apropriado indagar como o MDV propõe a construção desta nova consciência? Para Campos, este outro caminho para a democracia e o socialismo exigiria de seus militantes “uma imensa capacidade criativa e de assumir riscos pessoais e coletivos, de apostar na generosidade e solidariedade dos homens” (p. 34). Assim, a

construção de novas consciências seria produto de atos criativos, generosos e solidários?

Nesta direção, também é importante presentificar a relação que o MDV estabelece entre a gestão da produção e o cuidado assistencial inerentes ao processo de trabalho em saúde e, deste modo, integrar gestão-cuidado é uma das tarefas da nova consciência sanitária. Resende-Carvalho (2005, p. 122-123) em sua análise do MDV entende que para essa corrente, um dos principais entraves para efetivas mudanças sanitárias no País, “tem sido o insuficiente enfrentamento da temática da mudança no processo de trabalho e da participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial”. Deste modo, o MDV busca, na visão deste autor, “produzir trabalhadores autônomos, criativos e socialmente solidários”, desenvolvendo conceitos, estratégias e tecnologias de gestão que visam à “gestão democrática dos estabelecimentos de saúde”. Uma consciência que elimine a separação entre os que executam as ações e os que dirigem as instituições de saúde.

O livro *Inventando a mudança na saúde* organizado por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (2006b)<sup>43</sup>, que tem sustentação na Tese de Doutorado do organizador, defendida na Unicamp, em 1993, o texto de apresentação afirma que, “no limite”, o livro “poderia ser caracterizado como um *manifesto* do Laboratório de Planejamento e Administração (Lapa) da Unicamp” (p. 09). Aproveitando a força desta afirmação, a proposta é utilizar este *livro-manifesto* com principal texto referência para adentrar mais densamente nos sintomas da vontade do MDV.

No Prólogo do livro-manifesto, Cecílio (p. 11-29) começa relatando o desafio conceitual de ter utilizado a categoria de sujeito em sua Tese que problematizou três experiências de gestão na área da saúde em sintonia com a reforma sanitária, tomando o Movimento Sanitário Brasileiro como um sujeito político portador de um projeto de sociedade. Entretanto, Cecílio também constata a heterogeneidade inerente à perspectiva adotada de sujeito chegando, no caso de sua análise, a revelar uma *confederação de movimentos sanitários*.

---

<sup>43</sup> Escrito originalmente em 1994.

Ao trabalhar a idéia de modelos tecnoassistenciais presentes no MDV, interpreta-os como “projetos de política” que falam “tanto da organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo dos saberes da área” como, ao mesmo tempo, na condição de “projetos de construção de ações sociais específicas como estratégia política de determinados agrupamentos sociais”. Com esta perspectiva, percebe diferenças de abordagens e práticas organizacionais e assistenciais que, por vezes, chegam a se confrontar dentro do próprio movimento.

O primeiro capítulo do livro-manifesto é denominado *Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde* e é escrito por Gastão Wagner de Souza Campos (2006b, p. 29-87). Ele começa sua reflexão abordando diferentes dimensões do desafio para mudanças sociais – sejam elas reformas ou revoluções – e que passam pela própria dificuldade de configurar um pensamento para a mudança. Neta direção, Campos retoma uma “noção da velha dialética” com a idéia na qual se, “por um lado, as coisas, ou as estruturas, determinam a vida das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores e as estruturas”.

Com esta retomada da dialética, o autor afirma então que qualquer “projeto mudancista” que pretenda ter sucesso deve se ocupar – simultaneamente –, tanto da “mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações das instituições sociais” (p. 30). Mas como mudar os valores das pessoas? Nesta direção, Campos responde ser “impossível abalar a hegemonia das classes dominantes e o poder de Estado sem a existência e o apoio de movimentos multicêntricos de milhões de pessoas”. Tais movimentos, na opinião do autor, deveriam questionar “sistematicamente o exercício de micropoderes em instituições de produção de bens e serviços, da administração pública, de ensino, de representação política e até mesmo, religiosas”.

Em outra produção, Cecílio (2006a, p. 293-319)<sup>44</sup> segue esta mesma perspectiva de mudança de Campos ao trabalhar o desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos, apostando que “dá para

---

<sup>44</sup> A primeira edição do livro *Agir em saúde: um desafio para o público* é de 1997.

melhorar, sim” (p. 294). Este autor organiza seu artigo em cinco pontos; como cinco dimensões necessárias à aposta de mudança. Em um destes pontos propõe “criar a lógica do compromisso com a qualidade do atendimento aos clientes internos e externos do hospital” (p. 311). Cecílio constata a falta de tradição na gestão hospitalar pública brasileira em tratar o usuário como cliente, “no sentido do *the customer is always right*”. Afirma, então, que esta lógica do ‘cliente sempre com razão’ deveria ser trabalhada nos hospitais públicos “a partir de uma ética de solidariedade e compromisso com a construção da cidadania” (p. 312).

O autor conclui o artigo entendendo que, mesmo com outro cenário macro, com condições estruturais mais favoráveis ao fortalecimento dos serviços públicos de saúde, a qualidade dos hospitais públicos melhorará muito pouco se “for deixado inexplorado o universo das micropolíticas do processo de trabalho” (p. 318). A *aposta na, a necessidade de ou a impossibilidade de mudança sem movimentos micropolíticos, sem o questionamento dos micropoderes, sem a experimentação do poder no micro para mudar valores, criar novas consciências*; este é um ponto de desconexão entre o MDV e a saúde coletiva? Aqui a as proposições do MDV se afastam da tradicional produção da saúde coletiva?

Voltando ao primeiro capítulo do livro-manifesto, Campos (2006b) faz uma revisão da produção do movimento sanitário brasileiro entendendo que foi subestimado o *fator humano* na mudança. Percebendo que esta subestima também era sua, revela que mesmo sendo uma geração marcada pelos acontecimentos de 1968, “naquele tempo éramos assim: todos um pouco estruturalistas”. Constata então que, mesmo críticos, estavam sempre “dispostos a jogar toda a culpa pelos rumos da história em alguma macro-instituição colocada acima do poder de interferência dos pobres mortais” (p. 35). Após fazer uma densa reflexão sobre os desafios políticos presentes na reforma dos modelos de atenção<sup>45</sup>, Campos trabalha a necessidade da constituição de novos protagonistas da reforma e chega a afirmar que o

---

<sup>45</sup> Por não ser o objeto específico deste trabalho, não me deterei em diferenciar as expressões modelos tecnoassistenciais, de atenção e assistenciais no debate sobre a remodelação do sistema de saúde. Entretanto, é importante constatar a existência do debate em torno da diferença entre as nomenclaturas que aqui serão utilizadas como termos similares. Para um aprofundamento sobre este debate sugiro o livro *Modelos tecnoassistenciais em saúde, o debate no campo da saúde coletiva* de Aluísio Gomes da Silva Júnior, Editora Hucitec, 1998.

movimento sanitário brasileiro “ainda não conseguiu sequer tomar como seu principal objeto de preocupação a transformação concreta das práticas sanitárias” (p. 65). Que principal objeto seria este? Ou ainda, o que estaria enredado no processo da transformação concreta e que o movimento sanitário não se apropriou?

Sem pressa em responder esta questão, penso ser prudente seguir um pouco mais a problematização presente no MDV sobre este tema. No terceiro capítulo do livro *A saúde pública e a defesa da vida*, Campos (2006c) desenvolve uma crítica às noções que fundamentam o método de programação em saúde na dimensão da gestão. Argumenta então sobre a conveniência de uma discussão que relacione gestão democrática e vontades subjetivas e, nesta direção entende que “vale o esforço de garimpar fundo a procura de elementos que nos tenham impedido de valorizar a subjetividade dos cidadãos” e conclui seu argumento levantando a hipótese que seriam estes mesmos elementos que “estariam impedindo a consolidação de propostas de cunho socialista ou mesmo de caráter público” (p. 74).

Esta garimpagem necessária parece surgir também no primeiro capítulo do livro-manifesto quando Campos (2006b, p. 65), também usando a primeira pessoa do plural, questiona “por que não fomos ainda capazes de constituir *atores sociais* com vontade e potência suficientes para reverter o quadro sanitário nacional?” Na continuidade deste texto, reconhecendo a importância das grandes peijas políticas e das estratégias técnicas presentes no processo da reforma sanitária brasileira, o autor aponta a insuficiência das estratégias macropolíticas do movimento sanitário quanto à “capacidade de reordenar a vida em sociedade a partir de uma ótica democrática, libertária e de instauração de uma nova civilização” (p. 66).

Mais adiante ainda, argumenta a favor do fazer também *micropolítica*, entendendo que “ao contrário da tradição revolucionária que adiava a instauração de relações mais democráticas e justas para depois do *grande dia*, agora se trataria do contrário”. Complementa este pensamento afirmando que também está no cotidiano do trabalho, o espaço para o “exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade”. Deste modo, afirma fazer parte da lida profissional o transcender o propósito de assegurar a sobrevivência e determinado nível de

consumo, sendo o trabalho “uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto” (p. 67).

Diante destas explanações, tudo leva a crer que o MDV faz uma importante aposta na micropolítica, mas a tradicional produção da saúde coletiva não. Na perspectiva do MDV o processo de mudança social também implica no desencadeamento multicêntrico de *microconflitos*, porém na abordagem hegemônica da saúde coletiva não. Eis um ponto de afastamento, de desconexão entre os movimentos; o objeto que o movimento sanitário não conseguiu tomar e o MDV se assenhora. Tal constatação também está presente em vários outros textos do MDV para além do livro-manifesto (Campos, 1997a, 1997b, 2005, 2006a, 2006c, 2006d, 2006, Resende-Carvalho e Campos, 2000; Resende-Carvalho, 2005; Cecilio 2001, 2006a, 2006b; Merhy, 2006a).

Independente de ser uma exclusividade no campo da saúde no Brasil, a afirmação da importância de experimentações micropolíticas como atos de mudança na produção da saúde passa a ser reconhecida como uma cifra da vontade do MDV; e isto não é pouca coisa. Mais adiante, ainda no primeiro capítulo do livro-manifesto, Campos descreve algumas características e missões da micropolítica na perspectiva do MDV, dentre elas estaria o questionar “tudo o que favorecer a repetição, a conservação da desigualdade, o viver cinza”, mesmo quando somente alguns destes questionamentos tenham condições de se transformar em projetos sociais significativos.

Fala então da necessária *radicalidade crítica*, pois “nenhuma instância estaria autorizada, *a priori*, a pré-julgar a viabilidade social de cada possibilidade de mudança”. Finaliza este trecho afirmando que nenhuma instituição pode determinar “o que deve ou não ser discutido e a qual conflito explicitar, não pode ser um privilégio de alguns segmentos, sob pena da infantilização do restante da sociedade”. Ainda advogando em favor de uma disponibilidade social para a experimentação micropolítica, Campos afirma a relevância de colocar sob questão “todas as absolutizações auto-referêntes, a desvalorização automática do outro-diferente” e, na sequência, defende a importância da valorização das “possibilidades de composição de diferenças sempre que isto resulte no enriquecimento dos projetos de reconstrução da sociabilidade democrática” (p. 69). A aposta do MDV na micropolítica se traduz

no entendimento de que é na experimentação em microconflitos que surgiriam os protagonistas das mudanças com direcionalidade democrática na produção da saúde. Na opinião de Campos, trata-se do engendramento do *quem* irá construir e implementar novos projetos tecnoassistenciais, “enquanto um movimento de luta política, de reforma *intelectual e moral*” (p. 70).

É importante observar que a defesa da micropolítica do MDV acontece em nome do surgimento de novos *sujeitos morais*. Diante do exposto, o movimento em defesa da vida propõe a experimentação micropolítica como dispositivo no qual surgiriam os protagonistas que atuariam nos espaços da saúde e que pautariam suas ações em nome de outros valores e, assim, desencadeariam novas avaliações políticas e técnicas sobre o sistema de saúde, outras práticas de trabalho, outras formas de cuidar da saúde das pessoas e, por que não, inclusive uma nova atitude na vida. Diante deste empreendimento do MDV, parece ser oportuno indagar genealogicamente quais seriam estes outros valores. Que reforma da moral é defendida na perspectiva política do MDV? Quais os valores a serem superados e quais são aqueles a serem afirmados como a luz guia do embate pela defesa da vida?

Penso que diante destas indagações acontece uma tensão no ideário do MDV. Aparece uma face da impureza desta vontade de poder. Nos sintomas da vontade do MDV surge uma alternância da composição que faz e diz algo. Em determinada composição, o MDV faz uma política e diz uma moral e em outra composição o MDV propõe outra política, dizendo outra moral. Diante deste pensamento, é pertinente avançar nas formulações do MDV destinada a extrair esta diferença de composição.

No artigo escrito em parceria entre Sérgio Resende de Carvalho e Gastão Wagner de Souza Campos (2000) sobre o modelo de atenção implementado em Betim (Minas Gerais), os autores afirmam que “o MDV está pautado na defesa das diretrizes básicas do SUS” (p. 508). Resende-Carvalho (2005) em sua análise sobre o MDV afirma que “fundando-se nos princípios e diretrizes do SUS” o movimento quer contribuir para a construção de um sistema público de saúde “universal, equitativo, participativo, de qualidade e centrado no usuário” (p. 123) e mais adiante ao discutir algumas estratégias do MDV para esta construção, Resende-Carvalho descreve que tais estratégias procuram “fazer avançar o ideário do SUS” (p. 130).

Em outra produção, Campos (2006a) desenvolve uma reflexão sobre subjetividade e administração de pessoas onde problematiza seu próprio trabalho enquanto secretário municipal de saúde no município de Campinas entre 1989 e 1991. Em determinado momento da reflexão sobre sua própria prática de gestão, o autor faz uma indagação de esclarecimento: “o que significava a diretriz *defesa da vida* para o grupo dirigente daquela instituição?” Responde que “primeiro viria a defesa da saúde, depois o resto”. Reconhece então, como missão principal daquela gestão que “os serviços de saúde deveriam ser orientados para aumentar sua capacidade de produzir saúde, curar e reabilitar pessoas” (p. 255). Após realizar um balanço dos ganhos e das perdas de tal atitude e missão, compreende que “reconstrói-se esses eventos reconhecendo como o imperativo – defesa da vida – facilitou a tarefa governamental de implantar o Sistema Único de Saúde” (p. 256).

Neste sintoma da vontade do MDV a missão política proposta e praticada foi a radical implantação do Sistema Único de Saúde e, deste modo, torna-se possível afirmar que a moral defendida é a mesma alma do SUS, representada nos ideais da universalidade e integralidade e equidade na saúde. Neste sintoma, o poder da micropolítica está a serviço da radical implantação dos valores iluministas representados nas *regras pétreas* do SUS. Defender a vida neste sintoma da vontade do MDV é defender a saúde biológica e os valores democráticos de bem-estar comum e, neste sentido, a vontade tem a cifra de um *viver bem*. O MDV como a defesa do viver bem.

Aparece o sintoma da vontade de defender a ausência de doenças, lado a lado com a defesa dos direitos humanos de igualdade social. Uma composição do viver bem que afronta os valores morais do capitalismo ou, pelo menos, a lógica de mercado do valor de troca na perspectiva marxista. Trata-se do resgate da existência biológica como o valor supremo e da luta contra tudo o que empobrece, oprime ou aliena a dignidade do ser; uma dignidade pautada na igualdade de direitos. A vontade de resgatar nas consciências o valor de uso, a utilidade para a vida social de práticas humanizadas e democráticas inerentes à universalidade, integralidade e equidade e, assim, a satisfação da necessidade em cuidar universalmente, integradamente e equitativamente da existência biológica. O um da vontade do MDV que se assenhora do um da



vontade das ciências biomédicas em nome da justiça social na composição da defesa do viver bem.

Nesta composição não ocorre desconexão alguma com o ideário moral da reforma sanitária brasileira. Os valores defendidos na saúde coletiva são arrastados, são re-afirmados, são reconduzidos, são positivamente avaliados na avaliação do MDV que agora também propõe a dimensão micropolítica para *criá-los*. Mas como criar algo que já existe inclusive na lei? Que criação é esta? Acredito que neste sintoma do MDV acontece um exercício de criação sem transfiguração, uma criação territorializada, uma criação sem invenção, sem a transvaloração dos valores sanitários materializados na lei do SUS. De certa maneira, a criação deste sintoma está mais próxima daquela realizada tradicionalmente com as crianças. *Criamos os pequenos!* Alimentamos, sustentamos, instruímos, cultivamos, cuidamos, educamos até tornarem-se adultos, adquirirem solidez, tornarem-se os fortes e 'novos' sujeitos da moral.

Na metáfora, a alma do SUS é a criança, a ação de criação em uma micropolítica domesticada (sem abrir mão das estratégias macropolíticas) e os adultos desejados são os *novos* e conhecidos sujeitos morais da igualdade social com a missão de produzir saúde como sinônimo do viver bem. O bem de todos ou, pelo menos, da maior parte possível da população em ter direito a boa alimentação, moradia, renda, educação, bom saneamento básico, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer e bom acesso a bens e serviços essenciais e de qualidade; dimensões do amplo agregado semântico da saúde. Na defesa do viver bem, o mal são os valores capitalistas e nesta vontade de poder a composição é feita em aliança com a saúde coletiva e também com as ciências biomédicas.

Acredito ser em defesa deste viver bem humanista que, ao problematizar a relação entre os partidos de esquerda e a gestão da saúde, Campos (2006c, p. 137) resume as diretrizes políticas do MDV afirmando que, “também na saúde, nosso lema é *socialização com democracia*”. E ainda, quando Cecilio (2001, p. 113) ao trabalhar a relação entre necessidades de saúde, integralidade e equidade, lembra que o entrelaçamento dos princípios éticos do SUS “constituem um conceito tríplice”, um tipo de signo forte e que representa vivamente o ideário da reforma sanitária no qual “a cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura

social estão implícitas no tríplice conceito-signo”, mesmo reconhecendo que este signo “fala de uma utopia, no limite *projeto irrealizável*” (p. 125).

Contudo, a impureza do *um* da vontade do MDV também faz e diz outras coisas aparecendo a co-existência de outra composição. Campos (2006b) no primeiro capítulo do livro-manifesto, em suas considerações sobre a arte e a ciência da mudança na saúde, dedica densas páginas de diálogo com os autores fontes do MDV para analisar a condição política das necessidades e do desejo na modernidade. Constata que as exigências de sobrevivência numa sociedade capitalista e a sua cultura de *status quo* configuram um contexto histórico que delimita fortemente a dinâmica subjetiva da vida humana, mas defende um “terceiro padrão de subjetividade” ligado dialeticamente a outro “padrão de socialização” (p. 74-75) e aposta numa mudança maquinada por “sujeitos autônomos” (p. 75) responsáveis por um futuro possível de “solidariedade hedonista” (p. 85).

Anteriormente, neste mesmo trabalho, Campos já havia afirmado que a aposta do MDV é “na construção de sujeitos sociais com projetos em permanente conflito e negociação; aposta na constituição dos serviços públicos como espaços de disputa”. Esta afirmação do conflito também teria a radicalidade de estranhar a alma do SUS? Para Campos essa construção favoreceria “a progressiva constituição de usuários e de profissionais de saúde com competência para o agir autônomo e solidário” (p. 64-65). O par moral autonomia e solidariedade aparece incontáveis vezes no ideário do MDV (Campos, 1997a, 1997b, 2005, 2006a, 2006c, 2006d, 2006, Resende-Carvalho e Campos, 2000; Resende-Carvalho, 2005; Cecilio 2001, 2006a, 2006b). Aqui aconteceria um ponto de desconexão moral com a saúde coletiva? Já seria possível problematizar inclusive as regras pétreas do SUS? Acontece realmente uma mudança de sentido, da valoração positiva das regras pétreas do SUS para a valoração da autonomia e solidariedade? Seria outra perspectiva da micropolítica? E, principalmente, no que esta composição de sintomas da defesa do viver bem difere da terceira composição, a *defesa radical da vida*?

Deste modo, penso ser relevante olhar genealogicamente para a idéia de solidariedade e autonomia que formam um par relacional de valor nesse sintoma da vontade do MDV: solidariedade para gerar autonomia e autonomia

para gerar solidariedade; um tipo de *autonomia solidária*. Configuração onde o substantivo autonomia tem como adjetivo a solidariedade. Entretanto, antes de avançar sobre esta parceria de valores morais entendo ser relevante também considerar a dimensão *afetiva* das conexões e desconexões entre o MDV e a saúde coletiva e que diz respeito ao uso da terceira pessoa do plural que Campos exercita em diferentes momentos de sua crítica ao movimento sanitário brasileiro.

No artigo denominado *Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS*, Campos (1997a, p. 113) desenvolve uma reflexão sobre algumas idéias forças que caracterizaram o movimento da reforma sanitária até aqui. O autor abre este trabalho com um tipo de *auto-reflexão*: “vinte anos de movimento sanitário. Julgá-los como? Foram vinte anos de minha vida. O que fizemos? O que fiz?”. Neste trecho, Campos clama por um possível reagrupamento do movimento sanitário, um “recompor forças. Somar resistências”, pois o “pensamento neoliberal pesa como uma canga”. Diante deste peso, o autor sugere um “relevar as diferenças; revelando-as, entretanto” e encerra este trecho compartilhando o *sonho* de “participar de um movimento que acumulasse vitórias, que resultasse eficaz na defesa da vida, que evidenciasse a potência das experiências nas quais a solidariedade fosse o cimento de união das pessoas”.

Parece não ser sem sofrimento que o MDV diverge do campo da saúde coletiva, uma *atitude* semelhante à síntese do terceiro *topos* do guião que Boaventura de Souza Campos (2005, p. 105) formula, em suas análises sobre o social e o político na transição pós-moderna. Trata-se da expressão “afirmar sem ser cúmplice, criticar sem desertar”. A aposta agora é vislumbrar qual a diferença afirmada pelo MDV, ao dizer a *autonomia solidária*. Primeiro abordando o substantivo *autonomia* para, só então, interpretar o adjetivo *solidariedade* desta composição do MDV.

### **Autonomia solidária em substância**

Um substantivo fala de uma substância, nomeia algo. O nome da unidade substantiva. Designa o um e o múltiplo de alguma coisa, de alguma determinada matéria ou corpo. Tomar a autonomia como um corpo e, assim,

indagar que corpo é este? Qual a sua gênese? O que pode este corpo? O corpo que determinar a lei a qual se submete. Corpo com poder de se auto-organizar, de se auto-administrar dentro de certas circunstâncias e limites. Corpo com liberdade moral contra a escravidão dos impulsos e, também, contra a ordem externa que, então, é colocada diante do crivo da reflexão crítica. Um corpo que não vive sem regras, mas que escolhe as suas regras (Lalande, 1996, p. 115).

Estes são sentidos presentes na multiplicidade da palavra autonomia. Entretanto, o que determina a lei a qual se submete na perspectiva do MDV? O que exerce o poder de se auto-organizar nesta composição? O que se liberta das exigências dos impulsos? O que reflete criticamente a ordem estabelecida nesta vontade? Penso ser estratégico, buscar estas respostas nos ditos da composição da vontade de defesa do viver bem.

No texto intitulado Co-construção de autonomia: o sujeito em questão, Gastão Wagner de Sousa Campos, em parceria com Rosana T. Onocko (Onocko e Campos, 2006) retoma o tema da autonomia, já desenvolvido no livro-manifesto do MDV, escrito originalmente em 1994. Os autores iniciam suas reflexões, fazendo referência a este texto de Campos (2006b) e relembram quando incluíram a “autonomia como um dos objetivos ou uma das finalidades centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde”. Percebem que adotar essa diretriz, “exige uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos quanto do sistema de conceitos teóricos que orientam o trabalho em saúde”. Estariam, Onocko e Campos, falando de uma disponibilidade para reformular os valores políticos expressados nos conceitos teóricos da universalidade e integralidade? Sem pressa em responder esta questão, acho importante seguir um pouco mais a formulação dos autores.

Entendendo este outro objeto do trabalho em saúde, “como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos”, os autores estabelecem que esta “valorização do sujeito altera radicalmente o campo de conhecimento da saúde coletiva e da clínica” (p. 669). Mais adiante é estabelecida a perspectiva de autonomia dos autores como “um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (p. 670).

Quando os autores falam em maior capacidade de compreender e agir sobre o contexto, eles reconhecem a relação entre autonomia e heteronomia, na qual a autonomia seria sempre relativa em função do par liberdade-controle. O corpo autonomia seria um processo que se *co-constituí* na dinâmica ordenar-obedecer de busca pela democracia.

Penso que estão presentes nestas formulações, as respostas para as questões colocadas no início desta seção. No MDV, é o sujeito que determina a lei a qual se submete, exerce o poder de se auto-organizar, se liberta moralmente das exigências dos impulsos e reflete criticamente sobre os valores estabelecidos para escolher o seu caminho. Para Onocko e Campos, “o sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo”. O corpo reflexivo que age. Os autores complementam dizendo que a autonomia deste sujeito reflexivo, também depende de sua capacidade de agir sobre o mundo e, assim, da capacidade “do sujeito de lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contextos mais democráticos (p. 671). O corpo reflexivo que age para criar bem-estar e democracia.

Entendo que nesta sucessão, a defesa da autonomia expõe uma quase desconexão entre a composição do MDV e a tradicional produção da saúde coletiva. A autonomia como referência moral fala de liberdade. Neste sentido, defender a autonomia moral poderia representar, no MDV, a possibilidade, também, segundo suas próprias formulações, de refletir crítica e livremente sobre as regras pétreas do SUS. Entretanto, para que essa quase desconexão seja mais adequadamente interpretada, é relevante problematizar algumas afirmações e algumas sutilezas ocultas, presentes na produção do MDV. Nesta direção, acredito que um bom começo seja problematizar a noção de sujeito presente nessa composição.

Giacóia Jr. (2001), comentador de Nietzsche, ao analisar a questão da moral na Europa da modernidade, reencontra a venerável e antiga hipótese platônica da alma como consciência moral. Na formulação deste autor, o conceito de consciência moral foi primeiramente desenvolvido na Grécia antiga e sustentado “na representação segundo a qual para tudo e qualquer mau comportamento em relação aos deuses e aos homens há sempre uma

testemunha, isto é, um *com-scientia* interior” (p. 104). Trata-se da história da superação da barbárie primitiva pelo aprofundamento da consciência da culpa como elemento constitutivo da consciência autônoma, capaz de fazer promessas como: assim eu quero, assim eu farei. Como afirma Giacóia Jr., que o homem “seja capaz de ter-se a si mesmo sob domínio, constitui a base psicológica do primeiro sentimento de liberdade e da consciência da responsabilidade” (p. 109-110). Com este sujeito da consciência, estamos mais uma vez diante da herança da doutrina platônica que se estende até a modernidade e que configura uma notável preparação do idealismo kantiano (Giacóia Jr., 2005).

Schneewind (2001), em seu livro, *A invenção da autonomia*, faz um resgate histórico da constituição deste conceito. Inicia suas análises entendendo que foi Immanuel Kant (1724-1804) quem “inventou a concepção da moralidade como autonomia” (p. 29). Schneewind, ao comentar esta invenção, percebe como fundamental para a filosofia de Kant “a idéia de que somos seres racionais que espontaneamente impõem a legalidade ao mundo em que vivemos, e assim criam sua ordem básica” (p. 528). Nesse estudo, a autonomia kantiana “pressupõe que somos agentes racionais cuja liberdade transcendental nos tira do domínio da causação natural”. O transcendente kantiano como aquilo que estaria além de toda a experiência possível. Assim, a liberdade seria formulada na exterioridade do corpo e do mundano.

Em Kant, é nossa racionalidade que permite a possibilidade do humano escapar das ordens instintivas do corpo e do mundano. Schneewind segue suas análises dizendo ser pela racionalidade, que “cada pessoa tem uma bússola que permite á razão humana comum dizer o que é consistente e o que é inconsistente com o dever”. Uma bússola transcendente. Complementa este trecho, afirmando serem estas conhecidas habilidades morais “devido ao fato da razão, à nossa consciência de uma obrigação categórica que podemos respeitar em contraposição ao atrativo do desejo” (p. 560).

Essas são algumas características da filosofia kantiana que irão, nas análises de Leopoldo Fulgencio (2001), influenciar as formulações psicanalíticas de Sigmund Freud quando, por exemplo, o pai da psicanálise aposta na consciência, como a instância da *psique* com capacidade de encaminhar os impulsos irracionais para o lugar que lhes convém na existência

social humana. Por sua vez, conforme o trabalho de Resende-Carvalho (2005), Freud é uma das fontes de sustentação do MDV; configuração que explica a aposta do MDV na escuta analítica, como estratégia para o estabelecimento do vínculo entre o trabalhador ou a equipe de saúde e o usuário, e a aposta na palavra como elemento essencial da ação política (Onocko e Campos, 2006). Dizendo de outro modo, no MDV, o sujeito que vivencia a micropolítica é uma criatura muito parecida ou é o próprio sujeito moderno da razão consciente em busca de liberdade.

Outro aspecto da invenção da autonomia, que penso ser relevante para este trabalho é o imperativo categórico de Kant. Para Schneewind (2001), “Kant está comprometido com a crença” e convencido de que “as crenças morais do bom-senso são essencialmente boas” (p. 570). É esta fé na razão, que permitiu Kant estabelecer seu princípio da virtude, no qual “devemos agir de acordo com uma máxima de fins que pode ser uma lei universal para todos” (p. 571); o imperativo categórico kantiano.

Em seus ensaios sobre a filosofia de Nietzsche, Scarlett Marton (2000b) entende que muitas relações de proximidade foram estabelecidas entre o desafio ético do eterno retorno de Nietzsche e o princípio categórico de Kant. A semelhança do grande sim à vida do eterno retorno (vive de tal forma que devas querer viver outra vez a mesma vida) lembraria em muito, a primeira formulação do imperativo categórico (age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne universal).

Mas vejamos a sutileza e a força da diferença entre as duas perspectivas. Em Nietzsche, trata-se do desafio ético de viver cada momento da vida – um momento que eternamente retorna – de tal maneira que queira vivê-lo eternamente. Dizendo de outro modo, deseja criar; então cria. Deseja obedecer; então obedeça. Diante deste respeito nietzschiano ao desejo (e aos impulsos), desaparece a semelhança entre as duas perspectivas éticas. Concordando com a interpretação de Marton, “enquanto Kant espera subsumir os juízos acerca das ações individuais numa lei moral racional, Nietzsche quer apontar o caráter singular e irrecuperável de cada ação”.

A autora segue trabalhando esta distinção, ao afirmar que o primeiro estabelece “acima de circunstâncias particulares e vantagens passageiras a máxima que o homem deve seguir nas suas ações, o último a faz depender de

situações conjunturais e subordina-se a interesses específicos”. Termina então o esclarecimento da diferença entre os dois filósofos entendendo que na perspectiva kantiana “é a razão, enquanto faculdade do universal, que comanda imperativamente, obriga incondicionalmente a vontade do homem”, mas para Nietzsche “são os pensamentos, sentimentos e impulsos que lhe impõem o que fazer” (p. 74).

Misturar pensamento, sentimento e impulsos, é proceder em acordo com a impureza virtual, presente no par relacional um e múltiplo da vontade de poder. Para Nietzsche (1998b, § 11)<sup>46</sup>, a “consciência é a evolução última e mais tardia da vida orgânica e, conseqüentemente, também do que nela há de mais incompleto e mais frágil”. Para além da dicotomia entre o corpo e a alma, a consciência é o órgão mais frágil do humano. Porém, é na consciência que residem os valores superiores e é ela que avalia a vida, estabelecendo valores. É sobre as águas instintivas de um oceano em movimento que flutua a folha da consciência, ostentando a função de coordenadora da existência humana.

Em outras palavras, corpo e alma compõem uma unidade indissociável e múltipla para Nietzsche. Também deste modo, razão e sensibilidade, intelecto e instintos são faces de uma mesma unidade que, por sua vez, é atravessada e afectada pelo mundo. Não o sujeito consciente do eu e do mundo, mas o humano como um singular estado do mundo. O mundo como a dinâmica da vontade de poder. O poder da vontade que nos afeta, sendo o afeto a dimensão afetiva da vontade. No afeto, segundo Giacóia Jr. (2001), sua origem etimológica, “no latim *affectus*, teremos, então, o sentido de disposição, condição, afecção”. Entretanto, complementa o autor, “pela via *afficio* (de que *affectus* é o particípio perfeito), de tocar, ser tocado, mover, ser movido, ser afetado” (p. 67).

Na perspectiva da vontade de poder, somos atravessados pela dinâmica das forças ativas e reativas em cada ato, em cada ação humana, e enganados pela unidade fictícia da consciência do eu. Acontece a dinâmica de divisão entre uma unidade que comanda e uma unidade que obedece. Uma dinâmica, um embate contínuo, pluralidade de vivências da qual conhecemos apenas o seu efeito; uma ação resultante. Por sua vez, a consciência cria ficticiamente

---

<sup>46</sup> Do livro primeiro de *A gaia ciência*.



esta unidade, gerando a convicção de que a ação foi produto da consciência. O eu consciente como unidade da ação.

Entretanto, a ficção da autonomia moral, exigida na vida gregária, demanda incondicionalmente a expulsão do convívio social de tudo que o ameace, que não tenha utilidade; o agressivo, o errante, o selvagem, o vagabundo. O estranho, o diferente, o inesperado não tem utilidade para um pensamento comprometido pela memória com os valores norteadores que iluminam o querido futuro, por exemplo, o futuro da democracia e do bem-estar. O corpo-autonomia da defesa do viver bem é um corpo não-corpóreo.

Em Nietzsche, o sentido de liberdade é de liberar a existência da prisão moral. Produzir um combate contra todas as formas substantivas do valor moral da liberdade. O corpo impuro do um e múltiplo; o corpóreo. Um grande sim à vida, seguindo do não aos valores morais que enfraquecem a vida. A liberdade, então, ganha um sentido afirmativo e estético, ou seja, de produção e invenção de novas formas, sem se fixar nas existentes. Não se trata de uma representação abstrata e transcendente, mas de um devir imanente à própria existência, que imana das relações de forças da vontade de poder.

Se, por um lado, a substância corpo-autonomia do MDV é o sujeito consciente e em ação política na busca de bem-estar e democracia, por outro lado, ainda acontece uma qualidade a ser mais bem interpretada. Neste sintoma da vontade da defesa do viver bem, a substância autonomia também é um processo em *co-construção*. Quando Onocko e Campos (2006) trabalham sua noção de sujeito consciente da democracia, eles se preocupam em diferenciá-lo de um *pseudo-individualismo*, dizendo que “a condição da crítica e da reflexão democrática é a do reconhecimento de pertença a certa sociedade”. Mais adiante eles afirmam serem estas, as condições presentes para a “realização do projeto da autonomia e da humanização. Um caminho de responsabilidade” (p. 677), ou seja, uma crítica e uma reflexão com responsabilidade para com a comunidade.

Antes no texto, os autores já haviam afirmado que, na medida em que as pessoas se constroem como cidadãos responsáveis num contexto democrático, “elas podem – e devem – agir em prol de formas de organização que propiciem a libertação (...) por parte de cada vez maior número de pessoas” (p. 674). Nestas citações, a palavra solidariedade não aparece, mas

grita. Silenciosamente tachada, adjetivada. A autonomia da vontade de viver bem é uma autonomia qualificada. A qualidade de uma construção pautada pela solidariedade.

### **Autonomia solidária em qualidade**

No dia 17 de setembro de 2004, o então, Papa João Paulo II recebeu um grupo de banqueiros em audiência no Vaticano. Na ocasião, o Papa manifestou sua posição contrária à lógica do “máximo lucro possível”, e lembrou aos banqueiros a importância de referenciar os “valores superiores da vida”, citando o exemplo do banqueiro Giuseppe Toniolo, para quem “a moral cristã deve ser o fato mais forte”. Esta notícia foi vinculada no sítio português da *Confederação Nacional de Instituições de Solidariedade* (CNIS, 2008). Antes, em 19 de outubro de 2003, João Paulo II beatificou Madre Teresa de Calcutá – prêmio Nobel da Paz em 1979 –, que tinha dedicado toda sua vida para *cuidar dos mais pobres entre os pobres*.

Por outro lado, em 13 de maio de 2005, após a morte do pontífice, Marius Heuser e Peter Shwarz escreveram um artigo intitulado *Papa João Paulo II: um obituário político* no *World Socialist Web Site* (WSWS, 2008). Neste artigo, os autores criticam fortemente a trajetória política do Papa, afirmando que, fora dos malabarismos midiáticos, “quase nada de sério pode-se encontrar acerca da personalidade de João Paulo II”. Um dos episódios explorados pelos autores foram as intervenções do Papa no conturbado cenário político-social da Polônia, seu país de origem, na década de 1980, e suas interações com o *Comitê Sindical Solidariedade*; organização sindical polonesa que lutava pelos direitos de bem-estar dos trabalhadores.

Heuser e Shwarz relatam que, em 1980, João Paulo II concedeu audiência a uma delegação de membros do Solidariedade, presidida por Lech Walesa – prêmio Nobel da Paz em 1983 – e que, nos anos seguintes, o Vaticano recolheu pelo menos 50 milhões de dólares para ajudar o sindicato. Entretanto, na opinião dos autores, a meta do Vaticano, “não era apoiar as demandas sociais dos trabalhadores”, mas, ao contrário, era “manter o movimento sob a influência reacionária da ideologia católica e do nacionalismo

polonês”. Os autores ainda fazem críticas semelhantes ao líder polonês Lech Walesa que, eleito presidente em 1990, teria comandado a reintrodução capitalista na Polônia. De certa maneira, é colocada, neste artigo, a perspectiva de que, tanto o Papa, como o líder polonês, não foram realmente solidários com o povo.

Atravessando o oceano Atlântico e mirando minha aldeia, constato que no Rio Grande do Sul acontecem, desde 2001, no terceiro sábado do mês de maio, atividades de mobilização de instituições privadas em comemoração ao *dia da solidariedade* (2008). Este dia foi instituído na sociedade gaúcha pela Lei Estadual nº 11.693, de 26 de novembro de 2001, de autoria do, então, deputado César Bussato. Trazer estas cenas, nas quais a idéia de solidariedade é dita e utilizada, serve para constatar o quanto este valor moral é reivindicado e disputado pelas diferentes vontades. Quem é mais solidário, quem é realmente solidário e o que é solidariedade vai corresponder à força que quer se assenhorar do termo e, ao mesmo tempo, buscar a solidariedade atravessa todas essas vontades. Para João Carlos Almeida (2007, p. 67-68), a “solidariedade é a grife do momento” e um tipo de consenso conceitual que “progressistas e conservadores utilizam sem culpa”.

Vera Herweg Westphal (2008), em seu artigo *Diferentes matizes da idéia de solidariedade*, desenvolve uma reflexão sobre a história de utilização desta idéia em diferentes arranjos sociais. Os estudos de Westphal apontam a pouca diversidade teórica sobre o termo, mas constata a presença do tema na sociologia, na filosofia e na política. Em suas análises sobre a utilização política do termo, a autora entende a solidariedade como uma categoria moderna em resposta às situações advindas da sociedade industrial. Nesta resposta, está presente a percepção de que na maioria dos casos prevalece o uso do termo como adjetivo que complementa o termo substantivo (trabalho solidário, ação solidária, vida solidária, educação solidária, práticas de saúde solidárias etc.). A autora percebe a história das políticas sociais de desenvolvimento do bem-estar, consideravelmente pautadas por valores orientadores de organização e compreensão do social. Tal arranjo social, demanda a constituição de uma moral necessária a esta organização, sendo a solidariedade historicamente um destes fundamentos morais.

Em sua concepção pré-moderna, a solidariedade tem ligação com o amor altruísta ao próximo e uma das fontes originárias do termo está no direito romano com o princípio do *obligatio in solidum* significando “o dever para com o todo, a responsabilidade geral, a culpa coletiva, a obrigação solidária. Um por todos, todos por um” (p. 44). Entretanto, é no cristianismo que a solidariedade tem uma profunda afinidade com a idéia de *fraternidade* e ganha uma enorme força social como atitude desejada na existência de amor ao próximo, denotando que os cristãos, “além dos laços sanguíneos, são irmãos em Cristo” (p. 44). No ocidente, esta perspectiva cristã influenciou diferentes práticas sociais e políticas tornando-se lema da revolução francesa – *fraternité* – na busca por uma sociedade de cidadãos iguais.

A autora, então, resgata a formulação de solidariedade, em alguns filósofos alemães, como obrigação e como princípio ontológico da sociedade na qual há “o primado da sociedade sobre o indivíduo, devendo ser a seguridade social organizada sobre o princípio da solidariedade”. Deste modo estaria assegurada a dignidade das pessoas com o Estado “comprometido com a garantia do bem-estar de seus cidadãos, sua liberdade e autonomia” (p. 46). Examinando a utilização do termo na América Latina, Westphal constata que a Teologia da Libertação, na década de 1960, vai desenvolver uma perspectiva na qual a solidariedade é estratégia de luta contra uma realidade social. A solidariedade é radicalmente *com* e *entre* os oprimidos; os chamados sem-dignidade e sem-direitos.

Esta perspectiva de solidariedade é “marcada pelas idéias do sentido comum e do bem-comum”. Uma perspectiva com “grande importância sobre dois valores: a vida comunitária e a reciprocidade”. A solidariedade é efetivada pelo segundo valor da ajuda e do apoio mútuos; algo que também acontece no movimento dos trabalhadores. Neste movimento, sua utilização tem como fim, criar união para alcançar objetivos comuns entre os trabalhadores. Para a autora, “o apelo tinha a finalidade de evocar o sentimento de pertencimento dos atingidos pela mesma situação”. Tal perspectiva ocupou um lugar de destaque no ideário socialista, e a Primeira Internacional dos Trabalhadores, em 1864, “demandou solidariedade entre trabalhadores de diferentes profissões e países” (p. 47).

No contemporâneo, Westphal constata o debate sobre o sujeito do Estado de bem-estar, que tem como pontos centrais o entendimento “da solidariedade burocrático-administrativa e da solidariedade livre e espontânea”. Percebendo que a institucionalização e a burocratização do princípio da solidariedade dos sistemas de seguridade social no Estado de bem-estar é uma referência do Estado moderno, a autora constata a impessoalização das “dimensões relacionais e humanas da solidariedade, tornando-as uma abstração” (p. 49).

Acredito que essas análises de Westphal fornecem elementos para afirmar que a segunda composição do MDV – aquela em que o corpo-autonomia é adjetivado pela solidariedade –, mantém aliança com a valoração moral tradicionalmente defendida na saúde coletiva. Deixa de utilizar os termos que materializam os princípios éticos do SUS, e passa a utilizar os termos *autonomia solidária*. Ao contrário de divergir, em verdade, retomam o espírito da reforma sanitária brasileira. Em minha avaliação, não há desconexão moral, há aprofundamento. O projeto de uma sociedade autônoma e solidária se alimenta da mesma alma da reforma sanitária brasileira. Mudam as palavras, mas os mesmos valores continuam superiores.

A crítica do MDV continua somente sobre a desconsideração do movimento sanitário em relação a utilidade dos atos micropolíticos. Em verdade, a proliferação de microconflitos, advogada pelo MDV no campo da saúde, quer, mais radicalmente, resgatar a tradição iluminista e progressista do primórdio do movimento socialista e do pensamento Marxista; um novo jeito de apostar na construção da democracia e do socialismo. Nesta composição, a micropolítica permanece como uma diferente estratégia *para*, outro modo *de*; uma nova técnica, no campo da saúde coletiva, para a mesma finalidade. Uma micropolítica solidária à alma do SUS.

Esta interpretação se confirma ao olharmos novamente para o *Pacto pela vida* (Brasil, 2006), no qual sua subdivisão *Pacto de gestão*, estabelece diretrizes para diferentes aspectos da gestão do Sistema. Quando o pacto fala do planejamento no âmbito do SUS, estabelece em sua primeira diretriz que este processo “deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão” (p. 31). Quando o pacto fala da gestão do trabalho, uma de suas diretrizes estabelece o desenvolvimento de “ações

voltadas para adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde”. No único adendo desta diretriz, fica estabelecido que “os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação do SUS atuarão, solidariamente, na busca do comprimento deste item” (p. 38). Quando o pacto fala da responsabilidade sanitária, descreve que estas responsabilidades são atribuições dos gestores do Sistema e que “a gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperativa” (p. 40).

Assim, diante dessas e outras passagens do texto do Pacto de gestão, interpreto que, quando Campos (1997a) fala da solidariedade como o cimento da união das pessoas, em sua crítica às contribuições da saúde coletiva para a organização do SUS, ele está defendendo o elemento estruturante da alma do SUS. Sem desconexão. Defesa do viver bem, como rígida defesa dos valores superiores.

Por fim, também é importante considerar outra passagem dos estudos de Westphal (2008) sobre os matizes da solidariedade. Trata-se de sua reflexão sobre a presença de uma *perspectiva natural* de solidariedade, que aconteceria em torno dos interesses de pequenos e sólidos grupos (solidariedade entre os mesmos). Tal solidariedade natural estaria em contraposição aos interesses maiores do Estado moderno e, deste modo, surgiria a necessidade social de outra solidariedade; uma solidariedade moral.

Com o solidarismo Francês é esta dimensão moral da solidariedade que é necessária como componente político para a correção social dos efeitos das falhas egoístas da solidariedade natural (aquela que ocorre apenas entre os membros de uma família, grupo, corporação e outros). Deste modo, a solidariedade se transforma “numa categoria ética para criar movimentos preventivos para a efetivação de liberdade e de humanidade”. Entretanto, para a efetivação desta moral solidária, ocorre a necessidade “da intervenção do Estado na condição de formulador da legislação social”, para a produção do bem-estar comum (p. 45).

Esta reflexão de Westphal tem uma proximidade com a interpretação desenvolvida por Nietzsche (1998a) em seu primeiro aforismo de *A gaia ciência*. Nele, o filósofo afirma que, ao contemplar os homens, encontra todos “ocupados numa mesma tarefa: fazer aquilo que é útil à preservação da espécie humana”. Nietzsche segue sua formulação, constatando que isto

ocorre não em virtude de “um sentimento de amor por essa mesma espécie, mas simplesmente porque nada é neles mais antigo, mais forte, mais inexorável, mais insuperável que aquele instinto”. Mas de que instinto fala Nietzsche? Na sequência ele responde que este “instinto é precisamente a *essência* da nossa espécie gregária”.

Nietzsche fala do impulso que domina homens superiores e vulgares, “o instinto da preservação da espécie, manifesta-se, de tempos em tempos, na forma de razão ou de paixão do espírito”. Como negar o clamor apaixonante de uma autonomia solidária? O filósofo constata, então, que este instinto de preservação se apresenta “acompanhado de um brilhante séquito de motivos e quer, a todo o custo, fazer esquecer que, no fundo, não passa de impulso, instinto, loucura, ausência de razão”.

Nietzsche, nesta passagem de sua gaia ciência, analisa a manobra ascética do niilismo, na qual há algo importante na vida, mas alguma coisa detrás ou debaixo dela e, para achar tal dimensão preciosa da existência, é necessário ter muita atenção. Somente assim, diz o filósofo, a vida – achada detrás ou debaixo da própria vida – “*deve, pois* ser amada. O homem *deve, pois* fomentar a sua própria vida e a dos seus semelhantes!”. Complementa afirmando que não importa o que todos estes “*deve* e *pois* signifiquem agora ou possam vir a significar no futuro!”, o importante é que, agora e sempre, tudo o que aconteça, mesmo sem razão, mesmo sem finalidade, apareça “como feito segundo uma finalidade e se apresente ao homem como razão e lei última”.

Neste aforismo, Nietzsche interpreta o apreço civilizatório como força de conservação da vontade de poder. Um apreço à corrente que aprisiona e é neste sentido que ele fala de uma moral dos escravos. Um instinto, um impulso intra e extra-humano e que tem, como um de seus acompanhamentos mais brilhantes, o altruísmo da solidariedade. De modo altruísta, a vida solidária e digna de amor, pois ser solidário torna-se uma finalidade da existência; o amor ao próximo. No aforismo 260 de *Além do bem e do mal*, Nietzsche (1992a)<sup>47</sup> traduz diferenças entre o que ele denomina de moral nobre e moral escrava, que interpreto pertinentes a problematização da autonomia solidária. Inversamente à moral nobre, na moral escrava:

---

<sup>47</sup> Do capítulo nono, o que é nobre?

as propriedades que servem para aliviar a existência dos que sofrem são colocadas em relevo e inundadas de luz: a compaixão, a mão solícita e afável, o coração cálido, a paciência, a diligência, a humildade, a amabilidade recebem todas as honras – pois são as propriedades mais úteis no caso, e praticamente os únicos meios de suportar a pressão da existência. A moral dos escravos é essencialmente uma moral de utilidade (...). Uma última diferença básica: o anseio de *liberdade*, o instinto para a felicidade e as sutilezas do sentimento de liberdade, pertence tão necessariamente à moral e moralidade escrava quanto a arte e o entusiasmo da veneração, da dedicação, sintoma regular do modo aristocrático de pensamento e valoração.

Essa longa história de honrarias aos sentimentos adocicados e úteis é a mesma constatada por Deleuze (1994), do longo e continuado triunfo das forças reativas de redução da vida às suas formas secundárias. Uma história na qual, de tempos em tempos, surgem novos fundadores de *novas* morais; engenheiros de *outros* sistemas éticos. O velho instinto de conservação que ressurge, de tempos em tempos, em novo figurino. O MDV confere valor máximo à autonomia solidária em sua avaliação sobre as disputas na produção da saúde. Este valor torna-se, então, o maior critério de avaliação dos atos de saúde; passa a nortear a conduta dos encontros entre trabalhadores e usuários. Torna-se sua finalidade, seu *deve, pois*.

Para Machado (1999a, p. 62), um dos objetivos fundamentais da genealogia de Nietzsche, como uma crítica radical dos valores morais dominantes na sociedade moderna, é “analisar a *moral altruísta* e demonstrar que não existe uma relação necessária entre o bom e as ações *não-egoístas*”. É nesta direção que Nietzsche (2000a, § 6)<sup>48</sup> afirma que nós, os imoralistas, “abrimos amplamente o coração para todo tipo de entendimento, compreensão e *aprovação*. Não negamos facilmente, buscamos nossa honra no fato de sermos *afirmativos*”.

---

<sup>48</sup> Do capítulo *Como o 'mundo verdadeiro' acabou por se tornar fábula*, do livro *Crepúculo dos Ídolos*.



## Micropolíticas da saúde

Os *causos* mundanos e o exercício genealógico desenvolvidos até este ponto permitem afirmar que os sintomas da vontade de defender o viver bem arrastam em nova roupagem a alma do SUS. Dizendo a autonomia solidária, reafirmam os ideais de bem-estar comum do Estado Moderno. Ao mesmo tempo, surge uma novidade com o MDV no cenário político da saúde: a necessidade do desencadeamento multicêntrico de *microconflitos*. A micropolítica como o objeto que o movimento sanitário não conseguiu tomar e o MDV se assenhora.

Entretanto, ao propor uma micropolítica de confirmação dos valores superiores, traduzem atos criativos sem transfiguração, sem invenção, sem a problematização radical dos valores morais. Uma micropolítica domesticada que deve, pois engendrar nos corações e nas mentes dos sujeitos racionais, o *bem* de todos ou, pelo menos, da maior parte possível da população, em ter direito a boa alimentação, moradia, renda, educação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer e acesso a ações e serviços de saúde de qualidade. Micro-arenas espalhadas do *bem* do socialismo *contra* o *mal* do capitalismo. Uma micropolítica domesticada, mas apaixonante. Honra e paixão.

Por que querer mais? Por que ainda ir mais longe? Por que desejar dizer e fazer além do bem e do mal? É fundamental reconhecer. O desafio da transvaloração implica em suportar ser criador e criatura ao estabelecer valores em consonância com a vida, com o corpo. Trabalhar na perspectiva da transvaloração radical também é aceitar as dores de, nas palavras de Marton (2000b), “derrubar ídolos, demolir alicerces, dinamitar fundamentos” (p. 60). Pois é na caverna – e não fora dela – que são constituídos os pensamentos, por um lado, de denúncia dos idealismos e, por outro, de afirmação da efetividade da aliança entre *physis* e *logos* como condição de criação de novas tábuas de valores. A alquimia de transformar em ouro o que ainda é temido e desprezado; “todo o criador é um infrator” (p. 62).

Walter Omar Kohan (2007, p. 50) ao problematizar a questão *o que pode um professor*, trabalha em sintonia com a produção de Deleuze e entende que

a experimentação da potência em vida, coloca o desafio de liberar a ação política de toda pretensão unificante e totalizadora. Trata-se da perspectiva do revolucionário sem hábito ou costume. Entretanto, o revolucionário como aquilo a ser fabricado *entre* o desejo e uma vida selecionada e afirmada em ato. Prática que demanda a superação do íntimo fascismo. Superação do fascismo de dizer e praticar o idêntico exercício de poder contra o qual lutamos. Superação da lógica binária mais sedutora; o nosso amado bem contra o nosso odiado mal. Um *superar a si mesmo*.

É diante deste superar a si mesmo, que acredito na pertinência de indagar: *se criamos a autonomia solidária, por que não criaríamos valores ainda mais afirmativos da vida?* Já chegamos no limite da criação em saúde? Estamos cansados? Medo do caos? Medo da loucura? Então por que requisitar a potência de uma concepção como a micropolítica? Como dizer e habitar o micropolítico, afirmando de antemão os antigos e veneráveis valores superiores? Uma micropolítica do senso comum, na qual quem tem bom senso não problematiza os valores morais estabelecidos? Não ocorre aí um tipo de captura da experimentação da vida, do mesmo tipo daquela captura que o capitalismo faz com tudo que dá lucro? Sem dúvida, o 'pois, deve' do MDV é outro; ocorre em oposição ao 'pois, deve' do mercado, mas e o funcionamento? Muda o controlador, permanece o controle.

Entendo que estabelecer estas questões é maquinar com *o que pode a micropolítica*. Pois, por um lado, nela pode acontecer o íntimo controle das mentes e corações – nela este poder pode ser exercitado –, mas, por outro lado, outras formas de vida podem ser criadas em experimentações micropolíticas de potência. O fascismo está em toda parte, pedindo e impedindo passagem. Ele também retorna eternamente. O fascismo é macro, mas também é micro e ele tem um sabor não necessariamente ruim. Geralmente os *clichês* são saborosos e não exigem estômagos fortes.

Na perspectiva nietzscheana, pensar a micropolítica é já estar no embate constitutivo da vontade de poder. Criação diante do controle e controle diante da criação; o desafio ético que eternamente retorna. Deste modo, é na dimensão micropolítica que está a possibilidade individual e coletiva de afirmar a vida para além do bem e do mal. Atravessado pelo pensamento de afirmação da vida – desejando pensar e viver –, chega a hora de problematizar a

micropolítica na saúde. Não qualquer micropolítica, mas a *micropolítica do trabalho vivo em ato*. A micropolítica da composição da defesa radical da vida. O embate mais precioso deste empreendimento acadêmico.

### **Micropolítica e defesa radical da vida**

Para interpretar os sintomas da vontade de defender radicalmente a vida, será abordado o livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* de Emerson Elias Merhy (2005). O livro é composto de quatro capítulos e três apêndices. Serão principalmente os capítulos 1, 2 e 4 que serão mais detalhadamente requisitados, em função do entendimento de que a perspectiva da micropolítica dessa composição já está consideravelmente explicitada nesses capítulos.

Entretanto, as outras partes do livro, bem como, outros textos de Merhy, também serão utilizados sempre que favorecerem a interpretação em curso, seja para maiores esclarecimentos, seja para potencializar a produção de sentidos. Trata-se de uma seleção em movimentos de expansão-retração, contenção-transbordamento, contradição-consonância, além de outras qualidades de movimentos.

*Saúde: a cartografia do trabalho vivo* engloba textos do trabalho de livre-docência de Merhy, concluído em 2000, na Universidade Estadual de Campinas, além de outros textos produzidos em diferentes circunstâncias nas décadas de 1990 e 2000. Na apresentação do livro, o autor delimita seu tema, afirmando que, de um jeito ou de outro, o material está amarrado à mesma perspectiva. Uma reflexão sobre “o modo cotidiano de se produzir saúde em nossa sociedade, tomando como referencial a cartografia da micropolítica do trabalho vivo em ato” (p. 13).

Em minha interpretação, já na apresentação ocorre a primeira desconexão com a composição da defesa do viver bem; trata-se da perspectiva de sujeito de Merhy. Em uma subdivisão da apresentação, o autor indaga: “somos sujeitos?” e imediatamente assume, “eta, perguntinha chata de responder”. Parte da chatice da pergunta ocorre pela indagação sobre “a confortável idéia de que somos sempre os mesmos”, como se fossemos

“plenos senhores das situações em que nos encontramos”. Fica, desde então, consideravelmente abandonada a idéia do sujeito consciente, que reflete asceticamente sobre a vida e age em reta coerência com sua racionalidade no mundo.

O autor constata que “somos sujeitos que sujeitam sem que com isso deixemos de ser sujeitados também” (p. 14). E mais adiante complementa, dizendo que “passamos de sujeitos que sujeitam a sujeitados, o tempo todo”. Merhy percebe que não existe uma identidade estática, seja individual ou coletiva. O que nos caracteriza está sempre em produção, abandonando um determinado território em abertura para outros possíveis. Entende que em certas situações e perspectivas, somos sujeitos de saberes e ações “que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança”. Entretanto, simultaneamente, em outros sentidos, “somos reprodutores de situações dadas. Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos”.

Reconhecendo a diversidade de teorias sobre o sujeito, as quais não pretende explorar à exaustão, assume que polemiza com algumas. Em nota de rodapé, aponta as principais teorias das quais se nutre (Karl Marx, Antonio Gramsci, Carlos Matus, Miguel Benasayag, Felix Guattari), assumindo que faz uma grande salada das mesmas e conclui: “fato de total responsabilidade minha” (p. 15). Sua salada é ofertada, aos seus leitores, no final da apresentação com o seguinte convite-provocação: “crie sua leitura e aproveite do jeito que bem entender” (p. 18).

Penso que acontece uma brutal sutileza no estilo de escrita de Merhy que merece algumas considerações. Diga-se de passagem, não é só em sua escrita que ocorre esta nuance de crueldade. Durante minha passagem no Ministério da Saúde, tive a oportunidade de experimentar algumas vivências problematizadoras do processo de trabalho desenvolvido no Deges, nas quais Merhy era o *estranho* que capitaneava estas experimentações. Sabiamente, Ricardo Burg Ceccim – então, diretor do Departamento de Gestão da Educação em Saúde – convidou Emerson Merhy como *consultor* deste Departamento. A aposta era de nos *ajudar a pensar* o que fazíamos. E, numa interpretação de minha total responsabilidade, mas inspirada em Raul Seixas, a consultoria de Merhy era a *mosca na nossa sopa*. A preocupação em nos

agradar era quase nenhuma, mas a ocupação em agarrar o pescoço do nosso pensamento era quase total. Uma cruel solidariedade?!

Num certo sentido, é óbvio que o leitor de Merhy aproveita esta leitura do jeito que bem entender; mas é necessário dizer? Precisa provocar? A sensação, diante do *crie sua leitura, aproveite do jeito que bem entender*, é de quase uma inversão da responsabilidade pela produção do sentido; mal começou o livro e já desapareceu o autor. Dizendo de outro jeito, quando Merhy faz este convite-provocação, paradoxalmente, ele estabelece que seja o leitor – e não o autor – quem irá produzir os entendimentos, os pensamentos, as indagações, enfim, os sentidos do livro. Fora do ambiente acadêmico, talvez uma expressão de tradução da sensação provocada, seria: *baita sacanagem! O cara escreve uma salada, diz que ela é sua responsabilidade e coloca no meu colo a responsabilidade de pensar o que ele escreveu!* A surpresa do oculto no óbvio, o estilo *mosca na sopa*, que estrangula e provoca pensamento. Feitas essas considerações sobre o estilo, vamos ao conteúdo.

No primeiro capítulo – *A micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde como contribuição para a compreensão das apostas em torno de uma reestruturação produtiva do setor* –, Merhy utiliza a produção de Marx, para apontar a ligação entre a transição tecnológica dos séculos XVIII e XIX e as alterações no processo de trabalho no mundo capitalista. Uma alteração que ao invés de gerar melhora na vida do trabalhador, altera para pior apesar de gerar mais riquezas. Merhy identifica alguns autores contemporâneos que indicam – em função do desenvolvimento de novas tecnologias de ponta – a atual passagem por outra transição tecnológica, que estaria modificando radicalmente o processo de trabalho, os modos de produção e de acumulação do capital.

Entende que, os poucos estudos articulando estas questões com o setor da saúde, apontariam para um processo semelhante neste setor. A incorporação de equipamentos de base microeletrônica estaria provocando uma nova conformação tecnológica do trabalho em saúde, bem como, alterações no parcelamento do processo de trabalho, redefinição do que é trabalho manual e intelectual, alteração na burocracia e na hierarquia do espaço de trabalho em saúde etc.. Uma mudança que afetaria o próprio modelo médico hegemônico de trabalho neste setor.

Contudo, Merhy levanta a tese de que algo singular acontece no setor da saúde. Uma mudança distinta daquela influenciada pela entrada dos novos equipamentos tecnológicos. Para este autor, a grande força que está *modelando* o setor é a gestão da produção do cuidado e seus núcleos de práticas de saúde que independem dos equipamentos. Forças que provocam alterações no modelo hegemônico da produção do cuidado, podendo ou não significar uma transição para outro modelo tecnológico.

A partir deste momento, o autor vai inferir que a modelagem do processo de trabalho em saúde no País está em disputa num tipo de jogo de forças. Uma das principais forças deste embate é a presença do capital e sua busca pelo lucro no setor da saúde sendo, neste sentido, a proposta internacional da Atenção Gerenciada uma representação desta força. Outra força da disputa é aquela configurada no hegemônico modelo médico-tecnológico de produzir saúde e uma terceira força identificada, é aquela produzida por setores articulados ao movimento sanitário brasileiro propondo outros modos de produção do cuidado comprometidos com as necessidades dos usuários.

Sobre esta terceira força de disputa da produção do cuidado, Merhy reconhece as contribuições de Gastão Wagner de Sousa Campos e de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, também sobre algumas questões relevantes para a micropolítica, mas entende que estas produções não chegam ao ponto de proporem “outra compreensão da micropolítica dos processos de trabalho em saúde no nível da própria teoria, tomando para si o estudo destes processos produtivos” (p. 32). Em minha interpretação, Merhy também reconhece nesta afirmação, que a natureza da micropolítica não é suficientemente explorada na perspectiva política da defesa do viver bem.

Na sequência, o autor chama a atenção para o jogo de forças que acontece intensamente no campo dos processos produtivos em saúde, no momento do ato de cuidar, mesmo na sua dimensão organizacional, o chamado *campo de ação do trabalho vivo em ato*. Por fim, defende a necessidade da produção de novas ferramentas conceituais para analisar este lugar central e estratégico para a definição da modelagem tecno-econômico-social do próprio setor da saúde, em função da constatação da falta destas ferramentas no movimento sanitário brasileiro para produzir alternativas.

No capítulo 2 - *A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves* –, Merhy começa pela distinção entre as formulações de trabalho vivo e de trabalho morto. Usando o exemplo do processo de trabalho desenvolvido por um sapateiro-artesão, o autor vai identificar a co-presença do trabalho vivo com o trabalho morto em todos os setores de produção na sociedade. No caso do sapateiro-artesão, as presenças da matéria-prima e das ferramentas, a serem utilizadas na manufatura do sapato, representam o trabalho morto. Alguém preparou anteriormente o couro, as tintas, o martelo, os pregos e os outros materiais necessários. Neste preparo aconteceu um trabalho vivo. Contudo, no ato de produção do sapato estes elementos preparados anteriormente compõem a dimensão morta do trabalho; aquela que não está na produção em ato.

Compõe também o processo de trabalho do sapateiro-artesão, um complexo *saber-fazer*. Nesta dimensão, está presente um saber tecnológico que lhe permite dar a forma final *sapato* para aquele grupo de matérias primas. Também faz parte deste saber-fazer uma noção temporal de organização desta produção. Estas duas dimensões do processo de trabalho são simultaneamente vivas e mortas. O saber-fazer acontece em ato e, neste sentido, é vivo, mas os vários saberes presentes neste ato – principalmente os organizacionais – foram apreendidos anteriormente pelo sapateiro-artesão e, assim, estão como presença morta no ato de produção do sapato. Merhy ainda aponta que o momento da execução artesã, no ato propriamente dito da feitura do sapato acontece eminentemente o *trabalho vivo*. Valendo-se dessa percepção, Merhy desenvolve 17 teses (p. 46-52) sobre as tecnologias que compõem o trabalho vivo em ato.

1. A tecnologia está atrelada ao trabalho cuja ação intencional é produzir bens/produtos que satisfazem necessidades e, assim, portam valores de uso.
2. Esta ação intencional captura um objeto/coisa no ato em direção à produção do bem-produto. A captura é o trabalho vivo e a organização da captura somada à imagem de onde se quer chegar – o valor de uso. Estes dois últimos elementos já foram colocados anteriormente ao ato e, assim, são as dimensões mortas do trabalho.

3. O modo como o trabalho vivo captura o objeto-coisa também é constituído pelo modo de captura anteriormente apreendido. O modelo de produção como trabalho morto tende a capturar o próprio trabalho vivo.
4. Diante da possibilidade de captura pelo modelo-trabalho morto, o trabalho vivo atua “como uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os; e, como uma máquina desejanste, valorando e construindo certo mundo para si” (p. 48).
5. A provável captura busca produzir o trabalho vivo como uma ferramenta dentro de uma razão instrumental. Apresenta-se como tecnologia e como um saber; máquinas-ferramenta expressas em tecnologias-equipamentos.
6. Entretanto, estas máquinas-ferramenta ganham sua intencionalidade no trabalho vivo em ato, caracterizando determinados modelos de produção que, por sua vez, expressam determinadas relações sociais.
7. O trabalho em saúde – semelhante ao trabalho em educação – é centrado no trabalho vivo, dimensão produtiva que consegue escapar da captura do trabalho morto e do modelo de produção.
8. As tecnologias de ação do trabalho em saúde são compostas por estratégias de intervenção em ato, operam tecnologias de relações em encontros de subjetividades e, assim, comportam um alto grau de liberdade na escolha do modo de produção. É nesta potência de liberdade do trabalho vivo que acontece a possibilidade de escapar da captura globalizante dos equipamentos e dos saberes tecnológicos estruturados.
9. As tecnologias do trabalho em saúde podem ser divididas em: a) *leves* – atuantes na produção de vínculos, autonomização, acolhimento, gestão “como ferramenta organizacional de processos de trabalho”; b) *leve-duras* – como os saberes estruturados que interagem no trabalho, na clínica médica, na clínica psicanalítica, na epidemiologia, no taylorismo; no fayolismo; c) *duras* – como equipamentos tecnológicos tipo “máquinas, normas, estruturas organizacionais” (p. 49).
10. Uma questão fundamental é indagar qual a racionalidade instrumental que está constituindo as diferentes dimensões tecnológicas do trabalho



vivo em ato na saúde, e com que intencionalidade. Um desdobramento desta questão seria indagar qual o lugar ocupado pelos trabalhadores e usuários – e suas respectivas necessidades – nesta rede de relações de produção.

11. O trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como uma *dobra*. De um lado, estão os modos de gerir os processos de produção do cuidado, do outro lado, estão às maneiras de agir na produção do cuidado, sendo este modo de agir que dá a *cara* de determinado modelo de atenção.
12. É fundamental, para o eixo de análise dos modelos tecnológicos em saúde, considerar o *processo de efetivação das tecnologias leves*, na sua relação com as outras tecnologias.
13. As três dimensões tecnológicas do trabalho vivo em ato expõem a dinâmica de captura do trabalho vivo pelo morto e vive-versa. Demonstram a configuração tecnológica de certa produção do cuidado.
14. A tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde é a expressão de um processo de relações interceçoras numa dimensão-chave: o encontro com o usuário, com as suas necessidades de saúde em suas intencionalidades. Trata-se então, da única dimensão que pode publicizar as distintas intenções em disputa no trabalho em saúde.
15. É somente neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário, que são expressos alguns componentes vitais da tecnologia leve. Os *processos interceçores* das relações, por exemplo, “por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras” (p. 51).
16. É deste lugar que podem surgir mecanismos analisadores sobre as falhas do trabalho em saúde e os jogos de sentido e não-sentido destas práticas.
17. Estas análises podem repensar as lógicas de intencionalidades em seu caminho, como espaço de gestão do processo de trabalho e a possibilidade de, assim, estabelecer outro estilo de gestão no qual está presente o encontro do trabalho vivo com os distintos agentes, projetos e métodos da própria gestão.

Merhy reconhece que, ao estabelecer estas 17 teses sobre a dinâmica tecnológica dos atos de saúde, está intervindo no debate entre *autonomia versus controle* no processo de trabalho em saúde (p. 52). É o universo das

*tecnologias leves* que o autor irá privilegiar como a dimensão-chave da tensão controle-autonomia, afirmando que é deste espaço-tempo que podem ser *publicizadas* – tornadas públicas – as diferentes intencionalidades dos vários agentes em cena. Entendo que esta passagem merece ser destacada.

A idéia de publicização – no eterno jogo um-múltiplo – tem, pelo menos, dois sentidos que precisam ser interpretados. No primeiro, publicizar pode ser traduzido como noticiar. Neste caso, se trataria da perspectiva na qual emergiriam das *tecnologias leves* as importantes notícias sobre a intencionalidade dos atores envolvidos. No outro sentido, publicizar pode ser traduzido como o transferir a *gestão* do Estado para a coletividade, resguardando o interesse público. Nesta outra perspectiva, as *tecnologias leves* comporiam o ato de transferir do Estado – onde, de alguma forma, estariam presentes os interesses dos diferentes atores da produção da saúde – os diferentes interesses a serem governados, agora em ato, pela coletividade. Entendendo que Merhy trabalha com os dois sentidos do publicizar – talvez com mais veemência no segundo sentido –, também considero pertinente explorar dois aspectos desta defesa das *tecnologias leves*.

O primeiro aspecto é que, em qualquer das duas possibilidades de interpretação do publicizar, fica evidenciada, na formulação de Merhy, a perspectiva das *tecnologias leves* como espaço privilegiado do exercício de poder. O outro aspecto é a eleição do usuário das ações e serviços de saúde, como o principal ator deste jogo de poder. As chamadas, práticas de saúde *usuário centradas*. Este aspecto acontece quando Merhy diz serem as *tecnologias leves* a dimensão-chave, pois é aí que ocorre o encontro com o usuário, “que *representa*, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade, e, portanto, o que pode, com seu interesse particular, *publicizar* as distintas intencionalidades” (p. 51).

É importante perceber que, a estratégia de Merhy é de inversão do poder de decisão, ou do poder de captura da configuração tecnológica dos atos de saúde. Dizendo de outro modo, entendo que, na sua produção-intervenção, Merhy pretende potencializar a possibilidade de captura do arranjo tecnológico pelos interesses dos usuários; são os desejos e as necessidades dos usuários que deveriam ter mais poder de controle dos atos de saúde e não o poder de controle, principalmente das *tecnologias duras* e *leve-duras*. Merhy toma

partido do usuário que – historicamente – sempre foi o mais prejudicado nas composições políticas do campo da saúde. Porém, diante desta *lógica de compensação*, cabe indagar, que experimentação micropolítica é essa, na qual – de antemão – um dos atores ocupa um lugar privilegiado? Como convocar a potência de criação de todos os atores envolvidos num encontro, estabelecendo, de antemão, que os desejos e as necessidades de um devem reger estas criações?

Na continuidade desse segundo capítulo, buscando expor com maior intensidade as dinâmicas e os processos do trabalho morto, capturantes do trabalho vivo, bem como, a potência de liberdade do trabalho vivo, Merhy imagina uma polêmica entre Karl Marx e Frederick W. Taylor. Com Marx, aponta a força capturadora do capitalismo dentro das linhas de produção fabril o que estabelecia um processo de trabalho que aviltava qualquer possibilidade de prática de liberdade no trabalho vivo em ato dos trabalhadores. A aposta de Marx era na organização dos trabalhadores nos espaços fora do ambiente de trabalho, como única possibilidade de organizar e infundir uma força contrária à captura capitalista.

Na direção oposta, Taylor, apontava justamente para a necessidade de pensar permanentemente o processo de produção, destinado a não permitir que os trabalhadores efetivassem *linhas de fuga*. Elaborou assim, um conjunto de tecnologias de gestão do processo de trabalho, evitando que os trabalhadores construíssem uma produção ao seu modo; um modo que provavelmente não atenderia a busca pelo lucro e a competição do mercado e, assim, um modo ineficiente. Esta marca taylorista ainda estaria presente na quase totalidade das teorias gerenciais e na sua produção de tecnologias leveduras capturantes do trabalho vivo.

Voltando para o território da saúde, Merhy diferencia este campo do setor fabril, estabelecendo, para este segundo setor, um tipo de relação objetal, na qual a relação do consumidor é com o produto (objeto) e não com o processo de produção. Já no território da saúde a relação com o produto acontece no processo de produção e, neste sentido, trata-se de uma relação *interseçora* aquela produzida e produtora do encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde. Estes agentes produtores da relação *interseçora* são –

simultaneamente – portadores de necessidades macro e micropoliticamente constituídas e instituidoras de práticas singulares.

Entendo que nesta passagem dois aspectos precisam ser destacados para que a problematização deste trabalho de Doutorado funcione. O primeiro aspecto é a efetivação da desconexão da perspectiva de *homem da razão*, já considerada na introdução do livro. Ao trabalhar o papel transformador do trabalho vivo, Merhy adverte que a micropolítica do processo de trabalho precisa ser entendida “como um cenário de disputa de distintas forças instituintes”. Esclarece que estas forças estão claramente presentes nos modos de produção, “fixadas, por exemplo, como trabalho morto, e mesmo operando como trabalho vivo em ato –, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejanter”. Conclui esta passagem, dizendo que as forças instituintes também atuam “no campo do conhecimento que os distintos *homens de ação* constituem” (p. 60-61).

Na expressão ‘homens de ação’, Merhy coloca uma nota de rodapé, esclarecendo que neste trecho a pretensão é “marcar uma posição distinta do racionalismo que opera com a noção de homem da razão” (p.61). Este sintoma da vontade de defender radicalmente a vida se afasta da perspectiva de sujeito do MDV e se aproxima da perspectiva de unidade humana da vontade de poder.

O segundo aspecto a ser destacado e que também merecerá uma atenção mais demorada, diz respeito a perspectiva da micropolítica como relação *interseçora*; aquela produzida e produtora do encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde. Nesta direção, é elucidativa a relevância que Merhy dá a esta concepção no seguinte trecho:

quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção de atos de cuidar, estabelece-se entre eles um espaço interseçor que sempre existirá nos seus encontros, e em ato. A imagem deste espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de interseção entre dois conjuntos, ressaltando que não é só na saúde que há processos interseçores. E, além de reconhecer a existência desse processo singular, é fundamental, na análise dos processos de trabalho, descobrir o tipo de interseção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior (p. 57).

Em outro artigo, intitulado *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde*, Merhy (2006a, p. 87)<sup>49</sup> escreve de onde *derivou* o termo *interseção*.

Em meus textos o termo *interseções*, derivado da palavra *interseção/intervenção*, refere-se a um significado já atribuído por Gilles Deleuze no livro *Conversações* (nesse livro a palavra aparece grafada *intercessores*, a meu ver de forma restrita, pois advém de *interseção* como *intervenção*). Nessa obra, discorre-se sobre a *interseção/intervenção* que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Antiédipo*, que não é o somatório de um com o outro e produto de quatro mãos, mas um *inter*. Assim o termo *interseções* será usado para designar o que se produz nas relações entre os sujeitos no espaço das suas *interseções*, que é um produto que existe para os 'dois' em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os *inter* se colocam como instituintes na busca de novos processos.

Destaco a utilização do conceito de *interseção* em Merhy, pois acredito tratar-se de um importante ponto de tensão entre a perspectiva da micropolítica deste autor e uma perspectiva da micropolítica como dimensão coletiva de afirmação da vida. Esta tensão aumenta quando é colocada – ao lado da subjugação de Merhy, do conceito de *intercessor* de Deleuze – a perspectiva de Merhy que privilegia os interesses dos usuários nos atos de saúde na análise fundamental, para o processo de trabalho em saúde, do tipo de *interseção* que se constitui e dos diferentes motivos que agem neste *inter*.

Diante desta apropriação da formulação deleuzeana dos *intercessores*, cabe indagar: que espaço *intercessor* é este, que tem sua centralidade no interesse de apenas uma de suas unidades? Como se produz relações *intercessoras*, nas quais os desejos e as necessidades de um dos sujeitos devem gerenciar o encontro? O que se pode esperar que o outro – o menos privilegiado da relação – oferte, exponha, jogue, transborde, deseje e necessite nesta construção de um espaço comum? Que ele segure a sua onda, pois a onda do outro é mais importante? Que experimentação micropolítica é esta?

Ainda em relação ao capítulo dois, é relevante considerar a análise que Merhy (2005) faz sobre a potência da micropolítica do trabalho em saúde. Para o autor, “na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de *impotência*”. Entendendo que o processo de trabalho vivo em ato está sempre

---

<sup>49</sup> Artigo publicado originalmente em 1997, no livro *Agir em saúde: um desafio para o público*, organizado por Merhy e Rosana Onocko.

aberto e atravessado por diferentes lógicas, percebe como um exemplo de potência, "a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva". Criatividade com potência de "inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas" (p. 61).

Merhy escreve interessado na construção de linhas de fuga e, nesta direção, ele reconhece que "repensar a potência e a impotência como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes – e mesmo agenciada – torna-se, assim, uma ousadia" (p. 62). Mais adiante, em um dos apêndices do livro, ele afirma mais radicalmente que "a polarização entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de tensão e, portanto, de potência" (p. 165).

A aposta na potência do encontro é uma marca da produção de Merhy. Quando no texto *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde* (2006a), o autor ressalta a importância do desejo no processo de trabalho, ele efetivamente afirma que, "há a dimensão da necessidade como expressão de um ser que em potência *deseja* ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele". Para além da idéia de desejo como *falta*, ele afirma o desejo "como uma vontade de *potência de ser*, como uma máquina desejante". Como exemplo, cita o desejo positivo do "usuário que busca nos serviços de saúde um meio de ser autônomo no seu modo de caminhar no mundo" (p. 88). É quase impossível deixar de vislumbrar, mesmo sem a afirmação explícita, a presença de uma noção muito próxima da perspectiva de Nietzsche nessas afirmações do desejo e da potência. Sem dúvida, a contaminação nietzscheana no sangue de Deleuze, de um jeito, ou de outro, acaba *afectando* a unidade Merhy.

Por fim, no capítulo 4 – *Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado* –, Merhy (2005) formula que o médico carrega três tipos de valises tecnológicas no seu agir em saúde. Nas mãos, tem uma valise com as tecnologias *duras*; outra que carrega na cabeça com as tecnologias *leve-duras* e uma última que *acontece* no espaço relacional médico-usuário composta por tecnologias leves que ganham materialidade somente em ato.

Na valise das tecnologias duras estariam os diversos equipamentos clínicos, como o estetoscópio, o ecógrafo, o endoscópio e outros. No ato do

trabalho está presente esta tecnologia como trabalho morto. Na valise das tecnologias leve-duras estariam os saberes tecnológicos bem estruturados, por exemplo, a epidemiologia, os diagnósticos clínicos e outros conhecimentos sistematizados. Similar às tecnologias duras, as leve-duras também são uma dimensão do trabalho morto nos atos de saúde.

Contudo, a utilização das tecnologias presentes nestas duas valises só acontece no ato terapêutico; no encontro com o usuário. Neste ato, acontece uma intersecção das práticas duras e leve-duras com as necessidades de saúde do usuário. A singularidade do modo de andar a vida, as idéias e os desejos do usuário sobre as práticas de saúde contamina os atos, provocando incertezas nos projetos terapêuticos e neste trabalho vivo. *As tecnologias leves* da terceira valise são configuradas nesta dinâmica relacional em ato.

É relevante constatar que, se por um lado, o autor foca neste capítulo as práticas de saúde da corporação médica, por outro lado, em diferentes e diversos momentos de sua produção ele afirma que a valise das tecnologias leves é operada por qualquer tipo de trabalhador do setor da saúde, diplomado ou não. Por exemplo, quando Merhy (2006a) fala que mesmo o vigia de uma unidade de saúde exerce um autogoverno com a sua sabedoria e prática que independe do que estiver normatizado ou protocolado, pois ele pode desenvolver uma “relação mais *acolhedora* ou não, pode decidir se *quebra o galho* daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor *necessidade*” (p. 76).

Os diferentes arranjos entre as três dimensões tecnológicas irão caracterizar os modelos de atenção. A modelagem da atenção em saúde acontece em tensão. Diferentes forças atuam na dinâmica do cuidado, buscando modelar esta produção na direção de comprometer o trabalho vivo em ato com a construção de distintos produtos. Trata-se da tensão constitutiva dos próprios atos de saúde. Várias dessas forças tecnológicas já foram explicitadas ao longo desta tese; a força de modelagem efetivada pela medicina tecnológica e que se potencializa com a força do capital industrializado, a força das seguradoras de saúde e a força da alma do SUS. Todas na arena da produção da saúde atuando na captura dos atos.

Contudo, as perspectivas e expectativas de saúde do usuário também atuam no trabalho vivo em ato e também buscam sua captura. Trata-se da

pretensão e da possibilidade de que as práticas de saúde aconteçam na direção do seu modo de andar a vida. Em outras palavras, seria a manifestação de uma força modular do arranjo tecnológico da produção do cuidado que teria como *objeto central* o mundo das necessidades de saúde na perspectiva dos usuários; a cifra da defesa radical da vida.

Antes de encerrar esta questão, entendo que alguns materiais do sintoma desta vontade de defender a vida ainda precisam ser mais detalhados. O primeiro destes materiais é a tecnologia leve, pois, se por um lado, a centralidade desta tecnologia já foi evidenciada na perspectiva de Merhy, por outro lado, é relevante conhecer sua composição técnica.

Quando o autor coloca o mundo das necessidades de saúde na perspectiva dos usuários, como o objeto central da produção do cuidado, ele engendra uma diferença de qualidade nas diferentes possibilidades do cuidar. Dizendo de outro modo, existiria um cuidado apropriado para a conquista deste objeto central, diferente de outras práticas de cuidado, que seriam inapropriadas para tal objeto. É neste sentido que Merhy formula uma *dimensão propriamente cuidadora* dos atos de saúde. A dimensão propriamente cuidadora é aquela usuário-centrada e produtora de ganhos de autonomia nos modos de andar a vida dos indivíduos e coletivos (usuários). Deste modo, para acessar e produzir nesta dimensão da micropolítica do processo de trabalho em saúde, os profissionais de saúde necessitariam desenvolver e manusear técnicas propriamente cuidadoras; as tecnologias leves. Quais são elas?

Quando Merhy (2005, p. 146) problematiza a tensão entre os saberes e as práticas disciplinares das profissões e a dimensão propriamente cuidadora, ele elenca um conjunto de componentes das tecnologias leves. São eles:

- relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde;
- *acolhimento e vínculo*;
- responsabilizações;
- posicionamento ético usuário-centrado;
- articulações de saberes para compor projetos terapêuticos (interdisciplinaridade);



- inclusão cidadã e ganhos de autonomia para o usuário e compromisso radical com a defesa da vida individual e coletiva;
- decisões dentro de critérios de eficiência, eficácia e efetividade dos atos de saúde;
- etc..

Estes são os saberes tecnológicos que devem compor a valise das tecnologias leves de todos os profissionais de saúde, pois todos deveriam ser *cuidadores*. Nas palavras de Merhy, o trabalho em saúde deve ser composto centralmente “pelas tecnologias leves e pela dimensão relacional da clínica”. Advogando por uma formação em saúde que desenvolva esta competência do trabalhador, ele afirma que os cursos “devem inscrever em suas práticas, estes saberes tecnológicos e suas técnicas que compõem a dimensão propriamente cuidadora” (p. 147). Seria mediante esta base que, cada núcleo profissional deveria desenvolver seus saberes e práticas específicas. É portando estes saberes tecnológicos que os profissionais de saúde deveriam encontrar o usuário, habitando, experimentando e produzindo, com suas tecnologias leves, a arena micropolítica do trabalho vivo em saúde.

Diante deste sintoma da vontade de defender radicalmente a vida, penso ainda ser necessário especificar a composição de um destes saberes tecnológicos; um que repercute fortemente no campo da saúde coletiva. A saber, trata-se da perspectiva do acolhimento e vínculo, numa lógica relacional *do acolhimento que gera vínculo*. Nesta interpretação, o acolhimento é uma tecnologia de produção e, o vínculo, o produto deste fazer tecnológico.

Em 1999, Merhy escreve, em parceria com Túlio Batista Franco e Wanderlei Silva Bueno, um artigo com o título *O acolhimento e os processos de saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil*. Neste artigo, Merhy e seus companheiros relatam a experiência de mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde daquele município, que tinha o *acolhimento* como diretriz operacional. Na parte inicial do texto, os autores entendem que utilizar esta diretriz, visava à “produção de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção” (Franco, Bueno e Merhy, 1999, p. 346).

Percebem o acolhimento como um processo intercessor e que funciona “como um dispositivo a provocar ruídos”, pois, segundo eles, “sem acolher e

vincular, não há produção desta responsabilização (p. 346). Na sequência, Merhy e seus companheiros, afirmam que o acolhimento tem três princípios, sendo o primeiro, “atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal”. O acolhimento de Merhy em conexão com a universalidade; uma das estruturas da alma do SUS. No segundo princípio, o acolhimento busca “reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional”. A integração dos diferentes saberes e práticas de saúde, para resolver os problemas de saúde; conexão com mais uma das estruturas da alma do SUS (a integralidade). O terceiro princípio do acolhimento pretende “qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (p. 347).

Total conexão com os modernos valores superiores de igualdade entre todos, em intenso parentesco histórico com a fraternidade cristã. O acolhimento-solidariedade como arma micropolítica da defesa radical da vida, contra os valores do capitalismo. Quando anteriormente explorei – na seção *A alma e o SUS* – a instigante analogia formulada por Merhy (2005), entre a produção do catolicismo e a produção da saúde, utilizando a imagem da alma para realçar a importância fundamental da produção da saúde, não podia imaginar que o encontro desses dois universos de produção chegasse a este nível de proximidade do espírito; talvez, nem Merhy.

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima, concluiu em 2008, na Universidade Federal de Santa Catarina, sua Dissertação de Mestrado que tinha como título: *Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na atenção primária de saúde*. O estudo que caracterizou esta Dissertação buscou compreender as implicações éticas da prática dos médicos de família no Brasil e na Itália, diante da proposta de desenvolvimento da autonomia dos sujeitos no cuidado à saúde, e a necessária relação solidária dos profissionais com os usuários para este desenvolvimento.

No seu esforço de afastar a solidariedade desejada como prática de liberdade, da sua herança semântica ligada à idéia de caridade, Souza Lima percebe a necessidade da atenção primária – como porta de entrada nos dois sistemas nacionais estudados – contemplar o significado de algumas

representações especiais do “imaginário social casa. Casa como um espaço ético. Casa como acolhimento. Casa como liberdade. Casa como solidariedade”.

Esta solidariedade buscada seria o “instrumento da produção de saúde”; tratar-se-ia do “encontro entre dois sujeitos morais” e, no caso da porta de entrada, “o primeiro encontro com aquele que pode ajudá-lo a compreender seu problema”. Por fim, resgatando formulações de Merhy, Souza Lima percebe que a condição da solidariedade (não cristã?) teria duas premissas básicas: o desejo de exercitar a autonomia neste encontro por parte do usuário e, por parte do médico (ou qualquer profissional de saúde), o desejo de “abrir a sua valise e fazer uso de sua tecnologia leve, aquela com a qual o cuidado é produzido em relação, aquela que alcança visibilidade em ato” (p. 77). Esta tecnologia leve é o acolhimento com a solidariedade permanecendo como corrimão moral para atravessar os atos em busca de autonomia.

Noutra direção, a idéia de acolhimento e a metáfora da casa também são exploradas por Alfredo Naffah Neto, quando formula uma *psicoterapia em busca de Dionísio*. Naffah Neto (1994) produz uma clínica psicológica – mas, também uma potência de intervenção em qualquer encontro de saúde – que demanda uma morfologia do desenvolvimento da vontade de poder. Inspirado na genealogia nietzscheana, um encontro de saúde voltado para a recriação do sentido da vida. Porém, a casa terapêutica nietzscheana tem a função ética de acolher o dionisíaco.

Trata-se de um acontecer na dimensão supra-moral do sensível e do pensamento, por meio da *interpretação*, “como forma de avaliação transmutadora de valores” e interessada nas “intensidades, forças plásticas tornadas impotentes e aprisionadas nas representações”. Neste sentido, a “interpretação terá que ser uma interpretação genealógica”. O acolhimento que transmuta o próprio acolher em aliança com as forças ativas numa dimensão para além do bem e do mal. O acolhimento como as mínimas lutas cotidianas, subversivo aos valores superiores e produtor de valores marginais, por acontecer em “ressonância com as forças ativas, marginais, onde quer que estejam irrompendo” (p. 89). Um acolhimento trágico.

Para finalizar, uma última questão também é relevante. Trata-se de explicitar mais uma face de como Merhy trabalha o saber tecnológico e a ética

em sua avaliação dos atos de saúde. Sobre a questão da ética, a defesa radical da vida faz principalmente duas defesas que se entrelaçam. A do posicionamento ético-político usuário-centrado e do valor de uso. Em grande parte da produção sobre a micropolítica do trabalho vivo em saúde o compromisso ético-político é com as necessidades-desejos dos usuários. A defesa radical da vida usa toda a sua potência para produzir dispositivos de mudança nos atos de saúde, que busquem no usuário final dos serviços o seu mais profundo significado (Merhy, 2006a, p. 72).

Em relação ao valor de uso, Merhy (2006a) se aproxima das formulações de Gastão Wagner de Souza Campos e entende que, no caso da saúde, o usuário de uma ação ou serviço procura consumir “algo (as ações de saúde) que tem valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que a sua saúde seja mantida ou restabelecida”. Entendo que neste ponto, Merhy está falando da manutenção ou restabelecimento da saúde biológica do usuário, pois acessar este cuidado seria acessar “algo que para ele tem um valor de uso por produzir um *bem* – para ele um valor de uso inestimável”. O uso inestimável que o autor faz referência é a finalidade de “mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar a vida” (p. 87).

Não há como deixar de perceber que, nestas considerações de Merhy, há coexistência da perspectiva e da avaliação da saúde como ausência de doença biológica, saúde como o estado do organismo vivo afastado da morte biológica. Vontade de verdade que está presente no senso comum para além do campo da saúde, também está presente na tradicional formulação de saúde das ciências biomédicas, está igualmente presente no campo da saúde coletiva e, por fim, está presente, mais uma vez, na composição da defesa do viver bem. Uma perspectiva da saúde que permanece em todas essas vontades, mas que não se conecta com a perspectiva da grande saúde nietzscheana, como afirmação *do* e *no* dilaceramento entre as forças de conservação e as forças de criação. O desejo de amar a vida com máxima intensidade: *amor fati*. Nas vontades de defender a vida, a missão primeira das ações e serviços é a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde biológica; o restante vem depois. A lógica do ideal ascético.

Para Nietzsche (1998c)<sup>50</sup>, “o ideal ascético nasce do instinto de cura e proteção de uma vida que degenera”, ao mesmo tempo, “a vida luta nele e através dele com a morte, *contra* a morte, o ideal ascético é um artifício para a *preservação* da vida”. Da perspectiva genealógica, trata-se da encarnação da vontade “de ser outro, de ser-estar em outro lugar, é o mais alto grau deste desejo, sua verdadeira febre e paixão”. Entretanto, sorratamente, “o *poder* do seu desejo é o grilhão que o prende aqui” e, com este poder, o ideal ascético “mantém apegado à vida todo o rebanho de malogrados, desgraçados, frustrados, deformados, sofredores de toda espécie, ao colocar-se instintivamente à sua frente como pastor”.

O instinto de conservação tem uma força descomunal e uma sutileza sinistra. Ele está na gênese da própria exuberância da vida. Entranhado no corpo e produzindo almas. O problema é pensar, amar, falar, escrever, fazer, trabalhar na saúde e na educação, lutar política e tecnicamente pela honra deste instinto. A conservação da espécie como o ‘deve, pois’ de todos os atos. Uma atitude moral escrava, que tira a potência de criação de vida dos encontros do trabalho em saúde, mas não só na área da saúde.

Penso em Merhy e em outros amados companheiros, de emocionantes viagens, pelos cumes mais elevados e pelos mais baixos vales do território da saúde e da educação, nesta passagem do aforismo 260 de *Além do bem e do mal*, Nietzsche (1992a).

Numa perambulação pelas muitas morais, as mais finas e as mais grosseiras, que até agora dominaram e continuam dominando a terra, encontrei certos traços que regularmente retornam juntos e ligados entre si: até que finalmente se revelam dois tipos básicos. Há uma *moral de senhores* e uma *moral de escravos*; acrescento de imediato que em todas as culturas superiores e mais misturadas aparecem também tentativas de mediação entre as duas morais, e, com ainda maior frequência, confusão das mesmas e incompreensão mútua, por vezes inclusive dura coexistência – até mesmo num homem, no interior de *uma* só alma.

A micropolítica dos atos de saúde como espaços de defesa da vida, não coloca os encontros de saúde como espaços de experimentação da afirmação da vida. Domesticada, mais uma vez no campo da saúde, a potência de criação da existência. Diante da perspectiva da micropolítica da vontade da

---

<sup>50</sup> Aforismo 13, da terceira dissertação – *o que significam os ideais ascéticos?* – do livro *Genealogia da moral*.

defesa radical da vida, é chegada a hora de afirmar uma perspectiva da micropolítica como espaço de experimentação da afirmação da vida. São composições distintas. Durante o longo percurso deste trabalho, indaguei sobre a proximidade e o afastamento e levantei suspeitas sobre as conexões e as desconexões do empreendimento de Merhy com uma perspectiva da micropolítica contaminada pelo sangue de Nietzsche. Deste modo, é chegado o momento de interpretar e inventar uma micropolítica do trabalho em saúde, inundada pela vontade de poder e a transvaloração dos valores.

### **Micropolítica e vontade de poder**

O paradoxo de produzir sentidos sem fixar sentidos. Escrever em movimento, buscando acompanhar o caráter dinâmico da força; o caráter de *vir-a-ser*, o fluxo das impurezas da vontade de poder. A escrita como um sintoma da vida. Sintoma de uma vida apequenada ou sintoma de uma vida que deseja a exuberância. A crítica genealógica estabelecida com as vontades de defender a vida quer chegar à perspectiva da transvaloração dos valores. Significa, para além de questionar a proveniência dos valores defendidos no campo da saúde, também ser necessário dobrar-se sobre si mesmo, como outro sintoma da vontade de poder.

Este exercício genealógico não pode se privar de dobrar-se em si mesmo para, afinal de contas, avaliar em que medida é sintoma de debilidade ou intensificação da vida. Mas então, qual o critério de avaliação para tal empreendimento? Que valor de referência deve ser usado para não cair no círculo vicioso das avaliações e dos valores? Como escapar do jogo entre velhos e diferentes valores memorizados nas reinaugurações do instinto de conservação? Qual valor não cabe na memória?

Para fugir da cadeia do passado e do futuro, concordo com Marton (2000a, p. 95) que “a vida constitui o único critério de avaliação que se impõe por si mesmo”. É a escolha da vida como vontade de poder, o único e indecifrável critério de avaliação de um exercício genealógico na perspectiva da transvaloração dos valores. Vida como força plástica e em permanente

metamorfose. Escrever em aliança com a vida é escrever fugindo. Um pensamento com corpo de dançarino, espírito de ave, coração de marinheiro, inocência de criança, enfim um pensamento que se debate contra a hegemonia da conservação. Uma hegemonia que também é múltipla.

Uma produção do cuidado com vontade de poder é um jogo constante, sem começo, sem fim, sem trégua ou descanso. Mapear as dimensões molares e moleculares deste jogo (Guattari, 1987) é escrever sobre algo que está acontecendo no cotidiano, já aconteceu e está para acontecer simultaneamente. O desafio de exprimir o virtual incluído nas situações.

O jogo genealógico diz respeito a dupla face da dinâmica entre as forças ativas e reativas. Estas forças atuam historicamente em relação; nas qualidades harmônicas e desarmônicas de relação. Na vida como ela é, as forças ativas e reativas se interpenetram em tensão. O registro genealógico não quer separar para classificar, uma suposta pureza da força ativa e da força reativa, correndo o risco de tornar homogêneo algo que também é heterogêneo, ambíguo, dinâmico e tenso. É preciso então abandonar a dicotomia entre racionalidade e não-racionalidade, resgatando o aspecto forte do pensamento: a imaginação.

Falar e escrever é legislar sobre fluxos. No aforismo *Os crentes e sua necessidade de crer* de *A Gaia Ciência*, Nietzsche (1998b, § 347) interroga a necessidade moderna de exigir certezas; uma necessidade que sobra quando falta potência de pensamento. Em busca do espírito livre produtor do conhecimento intensificador, Nietzsche coloca o desafio de acrescentar uma atitude ao pensamento. Um tipo de liberdade da vontade, do qual o homem se despede de “todas as crenças, todos os desejos de certezas, habituado que está a conseguir aguentar-se sobre arames e possibilidades leves e a dançar, mesmo junto aos abismos”.

Na vontade de poder, sobrepõem-se várias máscaras. As máscaras estão sobrepostas na superfície da vontade. A vontade de poder é sempre plural ou, nas palavras de Marton, (2000a, p.47-71) a vontade como “campos de força instáveis em permanente tensão”, possibilitando que, no limite, “não se deve falar em vontade, mas em vontades”. Pensar a multiplicidade da vontade de poder implica em considerar a quantidade e a qualidade das forças.

Para Deleuze ([199?]), “as forças possuem uma quantidade, mas possuem também a qualidade que corresponde à sua diferença de quantidade: ativo e reativo são as qualidades das forças” (p. 67). Aponta então que em função da diferença de quantidade, as forças são ditas dominantes (fortes) ou dominadas (fracas) e, em função da sua qualidade, as forças são ditas ativas ou reativas. Percebe, então, como é irrelevante o estabelecimento da diferença de quantidade das forças quando não se interpreta suas qualidades presentes.

Afirmar e negar, apreciar e depreciar são expressões da vontade de poder, como agir e reagir são expressões da força. Existe uma profunda afinidade, uma cumplicidade entre ação e afirmação e entre reação e negação. Uma afinidade que exige uma arte de interpretar e avaliar, sendo também a vontade de poder o sujeito e o objeto da interpretação e da avaliação. Para Deleuze, interpretar “é determinar a força que dá um sentido à coisa” e avaliar “é determinar a vontade de potência que dá à coisa um valor” (p. 83).

O autor ainda comenta que “as forças reativas, mesmo quando unidas, não compõem uma força maior do que a ativa seria”. Procedendo de uma maneira completamente distinta; decompõem; “*separam a força ativa daquilo que ela pode*”. Subtraem então uma parte ou quase todo o poder da força ativa. Mesmo assim não se tornam ativas, “mas pelo contrário fazem com que a força ativa se reúna a elas, tornando-se ela própria reativa num novo sentido” (p. 87). A multiplicidade essencial da vontade, a contínua dinâmica das forças, o aspecto do devir da vontade de poder, fazem Deleuze negar a possibilidade de nos apoiarmos sobre uma circunstância do campo de forças, para concluir que esta é uma força ativa, aquela é uma força reativa. Visto que, mesmo uma força reativa pode ser considerada sob diferentes pontos de vista. Enfim, nas palavras de Deleuze, “a vontade de poder não é um ser, nem um devir, é um *pathos*” (p. 95).

Nesta perspectiva, interpretar as forças e avaliar as vontades que atuam nas experimentações micropolíticas do trabalho vivo em saúde, é escrever como um andar, um dançar sobre o arame, pois a linguagem é uma velha dama matreira, que sempre convoca a tornar substância, tornar um, o que é múltipla qualidade dinâmica. É colocar em curso uma escrita que precisa da incerteza fortificante; parceria inerente à possibilidade de inventar referências a serem lançadas no mapa genealógico da micropolítica dos atos de saúde. Não



descobertas ou reflexões, mas produções e intervenções: as referências genealógicas sobre a *micropolítica e vontade de poder*. Uma perspectiva da micropolítica também contaminada pela perspectiva política de Deleuze e Guattari (1996).

Uma primeira referência seria aquela da política como a dinâmica das forças naquilo que elas *podem*, sendo, deste modo, dinâmicas de poder. O arranjo dinâmico entre as forças ativas e reativas da vontade de poder conservar ou intensificar a existência. Um desdobramento desta referência é que, na perspectiva política da vontade de poder, está sempre presente – não exclusivamente, mas prioritariamente – a dimensão moral e a dimensão social da existência. É própria desta perspectiva política a relação entre aquilo que a força moral pode na vida social, com aquilo que a força social (grupos, coletivos) pode na moralidade. Mesmo a invenção de uma ética em conchavo com a exuberância da vida.

O social da política da vontade de poder está para além da dicotomia entre indivíduo e sociedade. As forças ativas e reativas, da moral e do social, atravessam todos os corpos produzindo subjetividades e dispensando a noção antropomórfica de dentro e fora presentes, por exemplo, na formulação axiomática de sujeito soberano.

A política é dinâmica de conservação e intensificação da vida. Política é experimentação. Experimentar moralidades e sociabilidades. Uma política de conservação, como política domesticada. Uma política de intensificação, como política selvagem. A política domesticada é a experimentação social caracterizada pela dinâmica de sobreposição das forças reativas em relação às forças ativas. Nesta produção, a multiplicidade da vida é negada conservando o mesmo viver. Inversamente, a política selvagem é caracterizada pela dinâmica de sobreposição das forças ativas em relação às forças reativas. Nesta outra produção política, a multiplicidade da existência é afirmada emancipando diferentes formas de vida.

A política domesticada é apolínea, gregária, anestésica, territorializante, protetora. A política selvagem é dionisíaca; divergente; embriagante; desterritorializante; mortífera. A dinâmica de poder é trágica e suas forças ativas são insuportáveis para os estômagos modernos. Acolher Dioniso é correr riscos.

Na dinâmica de poder há, contínua e descontinuamente, forças vencedoras e forças perdedoras. Formas de vida derrotadas e formas de vida vencedoras. Entretanto, as forças perdedoras continuam o embate, produzindo resistência às forças vencedoras. A força de resistência aciona virtualmente um futuro imanente à configuração política atual. O invisível engendramento do *vir-a-ser*. O eterno jogo de dados do devir.

Não existem forças políticas puras. As forças ativas e reativas estão sempre mescladas e em disputa no eterno embate da vontade por mais potência. A força exerce sua potência de múltiplas formas: conscientes e inconscientes, mentais e corporais, naturais e históricas, materiais e culturais.

A dinâmica das forças ativas e reativas ocorre na dimensão consciente e inconsciente da vida psíquica; na carne humana e no tecido social; no virtual e no atualizado; no micro e no macro. Neste exato momento nossas mentes, nossos corpos e nossos corações estão sendo disputados politicamente por forças morais e sociais. Não necessariamente as mesmas forças disputando a mente, o coração e a carne. Dinâmicas de poder convocando, tensionando, seduzindo, arrastando, atravessando, fragmentando, compondo, produzindo subjetividades.

A micropolítica acontece em relação – e não em oposição – com a macropolítica. Assim, falar do micro também é falar do macro e vice-versa. A macropolítica é composta privilegiadamente pelos interesses conscientes, racionalizados e estruturados; refere-se àquilo que as instituições sociais podem na existência individual e coletiva. A micropolítica é composta privilegiadamente pelo situacional e contextual; privilegia o próximo em detrimento do real; refere-se àquilo que o agir cotidiano pode. A singularização entre liberdade e controle.

Tanto a micro como a macropolítica, configuram o desejo do indivíduo e o desejo que se manifesta no campo social mais amplo. O um e o múltiplo do desejo. De certa maneira, a diferença é de direcionalidade. Na micropolítica a dinâmica das forças configura a unidade humana e suas relações sociais mais próximas, reverberando em direção ao mundo. O um em interação com o múltiplo. Na macropolítica, a dinâmica das forças configura as macroestruturas sociais (Estado, instituições, partidos políticos, mercado, grupos militantes

estruturados e sistemas instituídos) partindo em direção à unidade humana. O múltiplo em interação com a unidade.

As armas macropolíticas de controle dos espaços-tempos micropolíticos são – em especial – os valores morais constituídos na lógica de oposição binária; a produção em série, os enunciados supostamente verdadeiros e sua repetição; a fundamentação moral; a reatualização da história (como foi assim, assim será); a centralização; o instituído; a racionalidade; a individualização. Estas armas produzem uma *micropolítica domesticada*, na qual o agir cotidiano é diminuído naquilo que ele pode; o micro espaço-tempo de uma vontade debilitada.

A *micropolítica selvagem* como a capacidade local de resistência às forças macropolíticas e, assim, produtora de novos mundos. Suas armas são – entre outras – a transvaloração dos valores; a produção da diferença; os enunciados com potência criadora; o esquecimento da história (como não saber o que será); a descentralização; o instituinte; a arte; a singularização. Na micropolítica selvagem, aquilo que o agir cotidiano pode, produz avarias, ruídos, curto-circuitos, rachaduras no institucionalizado; o micro espaço-tempo da vontade potente.

Acontece a micropolítica selvagem quando acontece simultaneamente:

- *experiência de si* – estranhamento de eu decorrente da transformação psicossomática para acessar o que se pode;
- *heterogênese* – abrir portas, montar redes, difundir mutação do eu com o mundo, jogo em alteridade com fluxos extra-humanos e infra-humanos de transformação. A heterogênese é incomensurável e imprevisível;
- *protagonismo* – prática política singularizada do agir sobre a ação uns dos outros, sociabilização na construção de novos projetos societários.

Na micropolítica selvagem, a experimentação dos novos projetos societários é por tateamentos, invasões, estranhamentos, avanços, recuos, tentativas, traições, ensaios e arrojamentos. Referências pré-estabelecidas na consciência como indicadores limitados para as decisões e previsões. Uma pista da experimentação potente: a alegria.

Uma experimentação micropolítica na qual é colocada a necessidade de relembrar as referências do como agir, os valores que irão reger a produção, para, só depois, tratar o como e o que será feito, geralmente – para não dizer

sempre – configura uma micropolítica domesticada. Uma pista da experimentação domesticada: a seriedade.

Na micropolítica selvagem, as diferentes unidades humanas com suas diferentes palavras, desejos e necessidades, entram no jogo da experimentação – dinâmica das forças – do que podem. O privilégio das palavras, desejos, necessidades é estabelecido no jogo da experimentação.

Na micropolítica domesticada, as diferentes unidades humanas com suas diferentes palavras, desejos e necessidades entram no jogo da experimentação, que tem, como uma de suas regras de funcionamento, a indicação que as palavras, os desejos e as necessidades de alguma – ou algumas – unidade humana presentes, devem ser privilegiadas. O privilégio das palavras, desejos, necessidades é estabelecido anteriormente ao jogo experimental, geralmente em consequência de uma justificativa moral.

O que acontece na micropolítica selvagem é passível de transmissão e aprendizagem em ato. Trata-se da transmissão de si ou do próprio aprender, mas não a transmissão de conteúdos. Aprendizagem como estranhamento, vivência, experimentação e transvaloração. Ocorre aprendizagem na experimentação micropolítica selvagem; algo que não se ensina.

Diante dessas referências, a questão genealógica fundamental será saber em que direção acontece a experimentação micropolítica. No sentido da conservação ou da intensificação da vida. Uma experimentação política de contenção dos fluxos de desejo, em harmonia com os valores morais preestabelecidos, ou uma experimentação política de transbordamento destes fluxos, pautada na ética da potência, inventando novas formas de vida social.

A micropolítica selvagem demanda uma experimentação ética, estética e política de acreditar na vida ou, nas palavras de Deleuze (1992, p. 218) *acreditar no mundo*. O que “significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzido”. Deleuze percebe que é no nível “de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão ao controle”.

De certa maneira, as referências político-genealógicas produzidas, mergulham na superfície das dinâmicas de poder dar crédito ao mundo no processo de trabalho da saúde. Dizendo de outra maneira, por um lado, são

referências para interpretar ético-politicamente como e qual mundo está sendo acreditado nos atos do trabalho vivo em saúde. Por outro lado, são armas de resistência e criação para potentes e intempestivos jogos de saúde. Acreditar no mundo do controle ou no mundo da resistência ao controle. Ousar dar crédito à vida como o abandono do pensamento anestesiado de opor verdadeiro e falso, bem e mal. Um acreditar radicalmente naquilo que os indivíduos e os coletivos podem, nos encontros cotidianos com a pluralidade da vida que acontece no trabalho em saúde.

Tomar a vida como valor maior na perspectiva da vontade de poder, é estabelecer uma aliança radical com o impulso para as transformações presentes na micropolítica, sem preestabelecer a atualização de uma específica configuração micropolítica, implicando o abandono de um progresso social identificado e idolatrado de antemão.

### **Os encontros de trabalho para além do bem e do mal**

A micropolítica selvagem da perspectiva da vontade de poder opera uma violência contra os valores morais humanistas; românticas idealizações morais que sustentam os processos de captura da sociedade de controle. Em uma das produções de Deleuze (1992), é formulada a passagem histórica da sociedade disciplinar à sociedade de controle. Nesta formulação, Deleuze concorda com as análises de Michel Foucault sobre o apogeu dos grandes meios de confinamento e controle social durante os séculos XVIII, XIX e início do século XX. Esta seria a sociedade disciplinar, na qual os indivíduos experimentavam a instituições, uma a outra – família, escola, fábrica, hospital e outras –, sendo cuidados e disciplinados.

Entretanto, Deleuze argumenta que, a partir da Segunda Grande Guerra, entramos numa outra configuração social, na qual o confinamento não é a mais relevante forma de controle, entrando em cena um progressivo, disperso e contínuo novo regime de dominação instantânea ao ar livre. “Os confinamentos são moldes, distintas moldagens, mas os controles são uma modulação, como uma moldagem auto-deformante que mudasse continuamente”.

Kohan (2007, p. 54), ao pensar em sintonia com Deleuze questões destinadas à área da educação, descreve que são máquinas binárias que ofertam modelos a serem seguidos, mas, por outro lado, os blocos de devir não têm modelos, têm processos. Essas primeiras linhas dizem respeito ao macropolítico, e as segundas linhas ao micropolítico. O que diferencia o micro do macro não é o tamanho, mas as intensidades, a possibilidade de conexão com forças heterogêneas. É na micropolítica que está colocada a possibilidade de criação; só nela vivem as linhas de fuga que escapam às modulações de controle com suas forças de resistência. Trata-se do jogo de fugas e capturas que ocorrem no micro e no macropolítico, no molar e no molecular.

Deleuze e Guattari (1996, p. 82), formulam que toda sociedade, mas também todo indivíduo, são “atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma molar e outra molecular”. A distinção entre o campo molar e o campo molecular, acontece por não terem “os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade”. Por outro lado, são campos inseparáveis, pois coexistem, um passa no outro. Em minha interpretação, é bem mais fácil identificar o ideal ascético no nível molar, pois existe a disponibilidade das identidades, das institucionalidades como o outro diferente que encarna os valores a serem vencidos. Na dimensão molecular, o outro está em nós, a diferença ocorre como a diferença em nós. O molecular não é o bem e o molar o mal; afirmar ou não afirmar a vida é um desafio ético presente no molar e no molecular; na micropolítica e na macropolítica.

A problematização genealógica da micropolítica consiste, exatamente, na tentativa de agenciar processos de singularização no próprio nível em que emergem. No caso da micropolítica do processo de trabalho da saúde, o desafio é frustrar, tanto os sistemas hegemônicos dos valores biomédico-capitalistas, quanto a estrutura dos valores superiores da militância em defesa da vida; igualmente opressora, mas de outra forma. De certa maneira, trata-se de entrar na caverna da micropolítica dos encontros de trabalho, para lá, solitariamente, quebrar as tábuas dos valores estabelecidos, como condição – da perspectiva da transvaloração dos valores – de criação de potentes jogos de afirmação da vida.

A solidão de romper com a moral de rebanho; a solidão de ser subversivo ao bem, ao belo, ao verdadeiro e, até à saúde biológica como ausência de doença. A solidão de não prometer, mas desejar singular e coletivamente aquilo que pode ser horrível na avaliação individual e massificada da sociedade de controle-cuidado. Segue, então, a trágica mutação do um-múltiplo da vontade de poder. Já que, paradoxalmente, esta solidão criadora necessita da alteridade – da intensa troca de intensidades com o outro –, para estabelecer uma experiência de si, a heterogênese da singularidade.

A singularidade é compor um mundo próprio e mutável, é a especificidade de uma determinada aglomeração de *quanta de poder*, acontecendo no embate, no jogo, na luta do um e do múltiplo. Uma singularidade que, por causa desta gênese, corre o risco do hibridismo com a individualidade. Singular e individual tem tradições semânticas semelhantes. Contudo, é preciso afirmar uma diferença gramatical implicada com as qualidades constitutivas da força.

A individualização está ligada às forças reativas. É a partir da reação à diferença – do não à vida – que a subjetividade se individualiza. Numa relação de forte alteridade – para além do bem e do mal –, a singularização incorpora a diferença; diz sim à multiplicidade da existência. Em outras palavras, a individualização entra em luta com a multiplicidade da vontade de poder, buscando a conservação individual. Já a singularização é sintonia com a multiplicidade da força – porosidade ao devir – buscando a potência. Nas palavras de Dorea (2002, p. 104), singularizar é estar traçando para si, outras “singularidades em cada encontro e não apenas tolerar o outro, ou desenvolver com ele, única e exclusivamente, um elo de solidariedade, de ajuda humanitária e de fraternidade”.

A heterogênese da individualização ocorre por desfiliação seguida de uma nova filiação. A heterogênese da singularização ocorre nas alianças do protagonismo; a heterogênese da micropolítica selvagem que é continuamente configurada e desconfigurada, gerando o inominável no processo de trabalho na saúde. A entrada de Dioniso no processo de trabalho em saúde é pré-condição para acessar uma prática com potência cuidadora da grande saúde.

Tratar-se-ia então da trágica *vontade de cuidar*: uma missão apolínea contaminada pela dimensão dionisíaca da micropolítica selvagem. Um processo de trabalho em saúde que convoca o trabalhador para a experimentação de si, acolhendo a heterogênesse e compondo protagonisticamente o cuidado. Implica a incerteza como parceira das equipes de saúde.

Neste sentido, o próprio cimento da estrutura da alma do SUS, precisa ser quebrado a marteladas, transformado em pó, para, só então, ser transmutado em *dados* para, novamente serem lançados ao ar no desafio ético do eterno retorno. O dionisíaco jogo de dados, no qual as forças ativas e reativas podem ser intempestivamente arranjadas, agora numa configuração afirmadora da existência. O desafio do eterno retorno ocorre diante da intensidade do sim à multiplicidade da vida. É a afirmação da potência da vontade e não de valores ligados a esta ou aquela ideologia, teoria, perspectiva filosófica, partido político, saber tecnológico, tradição moral e outros sintomas afins.

A solidariedade – como todo e qualquer valor superior, em toda e qualquer nova roupagem – necessita ser ativamente esquecida como condição de possibilidade de sua transvaloração, pois, a memória é necessária à promessa. Manter em nossas mentes e corações os valores, uma vez avaliados como superiores, é fundamental para seguirmos na mesma estrada em direção ao bom futuro; trata-se de “um ativo não-mais-*querer-livrar-se*, um prosseguir-querendo o já querido, uma verdadeira *memória da vontade*” (Nietzsche, 1998c, §1).<sup>51</sup> Este apego aos valores que já foram armas importantes na disputa da vida, faz com que passemos rápidos demais pelo estranhamento do novo.

Marton (2000a), fala que, para essa memória, “pouco importa que experiências novas e diferentes venham interpor-se entre o que se quis de início e o que se realizou nesta direção”. Ao mantermos na memória os valores já queridos nos responsabilizamos por nossas ações diante de nós mesmos e do coletivo; geralmente o grupo mais querido. O homem ao seguir sua memória é, nas palavras de Marton, “previsível, não esconde o que dele se pode

---

<sup>51</sup> Da segunda dissertação – *Culpa, má consciência e coisas afins* – do livro *Genealogia da moral*.



esperar; constante, não corre o risco de se surpreender com seus atos; necessário, não representa perigo algum para a coletividade” (p. 86). Marton consegue estabelecer uma síntese em relação à memória, que me parece certa para o sentido que proponho sobre a dimensão moral das experimentações micropolíticas em saúde, quando fala que a memória “encerra um mundo limitado: afugentando o desconhecido e evitando o inesperado, impede a aventura; apontando para o passado e futuro, impossibilita a luta; trabalhando em circuito fechado, paralisa o poder de criação” (p. 87).

O radical esquecimento ativo é arma genealógica de transvalorar valores. É na transvaloração dos valores, que os valores podem retornar na seleção ética do eterno retorno como afirmação da vida. A sabedoria trágica. A morte dos valores, como pré-condição da existência de nobres valores, potentes valores de afirmação da vida.

Na outra direção, cultivar os valores superiores, embalá-los com mimos de consciência, fortalecê-los em explicações e justificativas, mudar seus trajes para que agradem os gostos de todos ou da maioria, é manter uma moral de escravos que afasta a vida daquilo que ela pode. No caso da saúde, as estratégias desse ideal ascético têm força e tradição suficientes, para conscientizar trabalhadores e constituir senso comum em torno dos valores superiores como a solidariedade, mas nunca singularizada na existência dos profissionais de saúde e, deste modo, em suas práticas.

A autonomia solidária está historicamente ligada a sentimentos positivos, modelagens de paz e amor que – em função da ordem sentimental – dispensam a avaliação destes valores. No aforismo 335, de *A gaia ciência*, Nietzsche (1998a) interpreta a teimosia instintiva de dar ouvidos às ordens morais da consciência, quando diz que “tu podes dar ouvidos às suas ordens, como um bom soldado que escuta as ordens do seu comandante. Ou como uma mulher, que ama aquele que ordena”. E segue outras possibilidades destas escutas qualificadas ao perceber também o escutador “como um lisonjeador covarde que teme quem dá as ordens. Ou como um pateta que obedece, por que não sabe contrapor nada”. Por fim e em resumo, “podes dar ouvidos à tua consciência de cem maneiras”.

Se quisermos que a autonomia solidária – ou qualquer outro valor moral – venha com potência para os espaços micropolíticos em processos coletivos

de criação de mundos, precisamos sangrar. Arrancar a autonomia solidária do aconchego do coração, da fala da consciência, e trazê-la para o debate genealógico. Transvaloração de todos os valores; *amor fati* com uma escuta desqualificada das ordens fortes e dos pedidos doces da consciência.

A omissão quase unânime no campo da saúde coletiva, de tratar com radicalidade crítica a autonomia solidária, lembra um pouco o antigo medo dos educadores sexuais, no qual, falar de sexo com as crianças poderia despertar uma sexualidade deformada. Uma diabólica sexualidade. Ou seja, colocar sob questão todos os valores da alma do SUS, poderia instigar atos de saúde pouco ou nada solidários e cuidar-controlar, por meio dos saberes disciplinares, a autonomia da vida dos usuários. Pergunto: já não estamos consideravelmente nesta situação? Renderíamos-nos, ao medo do pior para não chegar à radicalidade da experimentação micropolítica?

Quer me parecer que a transvaloração dos valores é um caminho potente para a possibilidade de uma radical solidariedade e autonomia viva. A morte dionisíaca da autonomia solidária, como possibilidade de solidarizarmos em protagonismo com a vida autônoma. A morte da alma do SUS, como possibilidade do SUS superar a si mesmo. A morte dos ideais da reforma sanitária, como possibilidade da transmutação da reforma. Nesta perspectiva, talvez seja possível inferir, que a única promessa possível na vontade de cuidar trágica seja a promessa de eterna mutação das práticas cuidadoras. Adentrar em intensa experimentação micropolítica, como a percebo, demanda grande coragem. Que formação prepara tal trabalhador? Como trabalhar coragem na formação em saúde? Como instigar a potência necessária para suportar ser criador de um cuidado singularizado, para além do bem e do mal?

### **O corpo-arma de transvaloração nos encontros de trabalho**

Em 2007, eu e Ricardo escrevemos o artigo *Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional* (Ceccim e Bilibio, 2007). Iniciamos este artigo, fazendo uma referência ao livro de Michel Serres, de 1999, *Variations sur le Corps* (Variações sobre o corpo), livro que Serres dedica aos seus professores de

ginástica, aos seus treinadores de atividades físicas e aos seus guias de montanhismo que lhe *ensinaram a pensar*. No livro de Serres, são homenageados os professores de educação física, bailarinas, mímicos, palhaços, artesãos, artistas, pelas admiráveis metamorfoses que o corpo deles pode realizar. O corpo humano como unidade portadora da multiplicidade e da potência da vida. O corpo humano e seus movimentos como uma usina de criação de pensamento.

Ao problematizar a questão o *que pode um corpo*, Giacóia Jr. (2002), partindo de Spinoza para chegar a Nietzsche, resgata a idéia na qual, mesmo considerando apenas as leis naturais, ainda não foi determinado “o que o corpo pode fazer e o que não pode fazer, a não ser que seja determinado pela alma”. Sendo está uma afirmação spinoziana, Giacóia Jr., interpreta que Nietzsche concordaria fortemente e complementarmente a afirmação, acrescentando que não foi determinado e, integralmente, jamais poderá ser feito. Sobre o corpo, na condição do solo mais seguro da realidade, “apenas tateamos as cegas, nas bordas de um si mesmo que nos permanece estranho” (p. 199).

O mais assombroso e extraordinário é o corpo. Giacóia Jr. resgata um aforismo nietzscheano para falar da luxúria da unidade corpo, a “ligação em conjunto da mais múltipla vida, a coordenação e subordinação entre atividades superiores e inferiores”. O corpo como uma unidade da vontade de poder em que surge “a miríade de obediência, que não é nenhuma obediência cega, menos ainda mecânica, porém, seletiva, perspicaz, ponderada, até mesmo uma obediência resistente – todo este fenômeno *corpo* (p. 200). O corpo como a dinâmica das forças da vida. Se, por um lado, não temos respostas para a questão ‘o que pode o corpo’, por outro lado, acontecem diversos empreendimentos humanos em responder o que ele é. Alguns exuberantes e outros nem tanto.

Penso que, no Brasil, muita gente deu os primeiros passos de pensamento – pelo menos muita gente da minha geração –, levando no bolso algum exemplar da coleção *Primeiros passos* da editora Brasiliense. Nesta coleção, os títulos tinham a denominação *O que é...*. Os pontinhos eram preenchidos por palavras como: filosofia, psicanálise, ética, política, amor, pênis, sociologia, pedagogia, futebol e por aí a fora. Em uma das edições de 1986, a palavra *corpo* completou a denominação e foi o médico José Ângelo

Gaiarsa quem escreveu o livro. Gaiarsa (1986) revela, no início do livro, que cursou medicina porque gostava de corpo, também de tocar no corpo, algo que o médico *pode*. “Pode pegar e, de lambuja, aprende muitas coisas interessantes sobre este corpo – que é deveras fantástica” (p. 7-8). O fantástico corpo, no estilo de Gaiarsa, merece algumas citações.

- Sofremos de uma gloriosa tradição negativa em relação ao corpo (p. 11).
- O inconsciente para mim – depois de Reich – é tudo o que meu corpo sente e faz sem que eu perceba a sensação ou a ação (p. 12-13).
- Se levamos a sério o que Freud dizia sobre o corpo (fase oral, fase anal, fase genital), então o homem freudiano é um *teratoma* (um tumor embrionário), que só tem de corpo e de alma o aparelho digestivo e o aparelho genital. Apesar de tudo, o monstrengo sobreviveu e trouxe consigo uma vantagem iminente: o corpo começou a entrar na alma (...). Mas, convenhamos, a entrada foi antes constrangedora (p. 13).
- Estranheza a mais: este homem freudiano, que não tem tórax, usa como instrumento quase exclusivo de comunicação a *palavra* – que nasce no tórax – que não existe! (p. 13).
- A profunda noção filosófica de duas realidades distintas – corpo e alma – reunidas nos seres humanos faz parte da verdade ideológica (hipocrisia) social (p. 19).
- Nas últimas centenas de milhões de anos foram surgindo na Terra cerca de 100 milhões de espécies animais diferentes, 99% dos quais se extinguiram. A mamãe natureza, generosa e benigna, permitiu que surgissem e se extinguissem cerca de *99 milhões de espécies animais!* Como produto desta filtragem espantosa, dessa seleção, a mais implacável de que temos conhecimento (...). *Nosso exame de habilitação tem, portanto, esta idade e este número de concorrentes postos fora de combate* (p. 28).
- Não existiria vida se não existisse o átomo de carbono, e se ele não tivesse essa qualidade de poder juntar-se a si mesmo um número quase infinito de vezes (...). O átomo de carbono nasce no Universo quando três átomos de hélio, perdidos no espaço, *colidem no mesmo ponto*, demorando a reação cerca de um milionésimo de milionésimo de segundo. Imagine leitor, a altíssima *improbabilidade* desta colisão tripla, e conclua comigo: cada átomo de carbono é por si só, um milagre. Somos feitos, portanto de um número imenso de milagres atômicos (p. 31).
- Sabidamente, uma célula hepática é um laboratório incomparavelmente mais complexo e mais produtivo do que todas as indústrias químicas reunidas (...). A bioquímica é uma ciência difícil, porque todas as substâncias que estuda encontram-se intimamente misturadas e, ao mesmo tempo, separadas por um número imenso de membranas delicadíssimas que delimitam espaços microscópicos (p. 32).

- A cada instante nós somos *substancialmente* outro. Em todos os pontos do organismo estão ocorrendo continuamente fenômenos químicos de transformação de substâncias e que não duram mais que frações de segundos (p. 34).
- É sabido que estas gotinhas viscosas não são visíveis ao olho nu. Suas dimensões são de uns poucos milésimos de milímetro. Neste volume minúsculo, porém, estão contidas e funcionam todas as estruturas básicas da vida. A célula é, antes de mais nada, uma esponja com mil delicadas paredes delimitando um sem número de canais e lagos (p. 38).
- Somos filhos do sol, do ar e do mar. Esses são nossos deuses naturais. Não estão fora de nós, estão também em nós – se fizeram nossa própria substância e nossa vida mais íntima (p. 40).
- Um homem de 75 quilos é constituído principalmente por 50 litros de água (...). Nossos líquidos são eletricamente ativos e o equilíbrio entre as partículas elétricas dissolvidas neles (íons) é essencial para que ocorram todos os fenômenos da vida, e bastam desvios ligeiros nesta distribuição para que a vida cesse (p. 41).
- Outra qualidade bioquímica do organismo (...) é conseguir combustões em câmara lenta – ou em cascata (...). Não podendo queimar seu combustível de uma vez ou de repente – por explosão! – a substância viva desenvolveu processos longos e complicados pelos quais as células de açúcar são decompostas pedaço por pedaço, em várias etapas (...) *comendidamente*. (p. 42).
- Se quisermos uma pálida imagem do que seja o funcionamento cerebral, então vamos imaginar que estamos, numa noite fria de céu cristalino, no alto de uma montanha, contemplando todas as estrelas que o homem pode ver. Ainda estamos longe de 10 bilhões, mas o céu estrelado já serve para dar uma impressão sobre o funcionamento do cérebro (p. 44).

Voltar aos primeiros passos, selecionando a perspectiva de corpo ao estilo Gaiarsa, é promover um inusitado encontro com o *inconsciente como potência subversiva*. O encontro com um “universo indizível e invisível, marginal à consciência e com o qual é preciso entrar em ressonância” (Naffah Neto, 1991, p. 34). Se, por um lado, as *micromaquinações* do corpo expostas por Gaiarsa falam do estruturado, do corpo como o atual da realidade, por outro lado, transbordam pacotes de sensações das sutilezas, das seleções, dos fluxos, da virtualidade do ordenamento cósmico da vontade de poder na dinâmica corporal. A discreta mutação da potência da vida, na qual o dedo que acabou de abandonar a tecla da letr’*a*’, já não é o mesmo dedo que retorna ao ar.

Sentir as diferentes velocidades de mutação da vida é entrar em ressonância com o mundo. Nesta direção, Naffah Neto fala do sim inicial a tudo o que é humano e, deste modo, a tudo que é digno de experimentação. O deixar-se, “isento de qualquer moral, capaz de dar continência a tudo que pulsa e busca expansão e intensificação”. Trata-se do adentrar a dimensão “em que somos carne do mundo e o mundo é nossa carne, numa imbricação mutuamente envolvente, na mais completa reversibilidade”. Experimentação capaz de “subverter a nossa experiência ordinária com o brilho do raro, do sutil, do inusitado”. Concordando com Naffah Neto, tendo “coragem de mergulhar de cabeça e deixar que a experiência tome corpo, seremos transportados para o centro do mundo. E sentiremos correr em nosso sangue algo da potência dos deuses” (p. 35).

É em ressonância e reconhecimento à indecifrável potência do corpo como a incomensurável força geradora de pensamento, que Nietzsche percebe sua filosofia apenas como um experimento. Entretanto, um experimento intensificador de outras experimentações, nas quais o sentir a carne como parte do mundo é fabricar intercessores de um povo ainda por vir.

No texto *Os intercessores*, Deleuze (2002) fala da importância das *interferências*, principalmente, em dias como os nossos, em que “o pensamento anda mal”. Deleuze começa o texto abordando os esportes e privilegiando os, então, novos esportes: o surfe, o windsurf e a asa delta. Práticas esportivas de unidades carbono que se jogam de cabeça no mundo, em “inserção numa onda preexistente”, e, nestes esportes, o “fundamental é como se fazer aceitar pelo movimento de uma grande vaga, de uma coluna de ar ascendente, *chegar entre* em vez de ser origem de um esforço” (p. 151).

Se, por um lado, este trabalho de Doutorado *chega entre* na multiplicidade dos encontros de trabalho e formação na saúde, por outro lado, uma multiplicidade de unidades *chegou entre* a unidade deste trabalho. O trabalho em vários da fabricação intercessora. Um destes intercessores foi o filme *Goodbye Bafana* do diretor Billy August (2007), película que recebeu, em sua tradução brasileira, o título de *Mandela – luta pela liberdade*. O filme tem seu roteiro baseado no livro de Bob Graham e James Gregory, e é um tipo de biografia deste segundo autor. A história que acontece na África do Sul, no período do *Apartheid*, retrata 20 anos de convívio entre Gregory, homem

branco, racista e guarda penitenciário, e o prisioneiro e líder negro Nelson Mandela. Mais especificamente, o roteiro do filme percorre os 20 anos de cárcere de Mandela, nos quais Gregory foi o guarda responsável pelo seu cuidado e seu controle.

Entretanto, não foi bem o enredo ou as interpretações dos atores Joseph Fiennes (como Gregory), Dennis Heysbert (como Mandela) que transbordaram devires no encontro com este filme. O inusitado tinha duas faces. De um lado, eu me encontrava num momento de intensa contemplação da escuridão, do outro, estava uma determinada cena do filme *Goodbye Bafana*. Uma cena que poderia ser até *dis-pensável*, para um pensamento interessado apenas em entender a moral da história.

Quando, no percurso desta tese, formulei a seção da *micropolítica da defesa radical da vida*, e me deparei com aquilo que minha interpretação trazia, tomei um susto. Senti-me sozinho e no escuro. Estou falando da surpresa de ter fabricado a afinidade entre a idéia de acolhimento produzida por Emerson Elias Merhy e o sagrado, antigo e cultuado sentimento de solidariedade do cristianismo. Desde aquele momento, me senti profundamente instigado a colocar algo estranho, na *casa aconchegante*, que recebe de portas – e braços abertos – todos os usuários possíveis. O encontro acolhedor, no qual o desejo e as necessidades do usuário são um tipo de ordem.

Por outro lado, O que me *golpeou* ao assistir o filme *Goodbye Bafana*, foi uma cena na qual as personagens Gregory e Mandela desejaram (encontram), se deparam (foram convocados) e produziram – em plena cadeia – um tipo de luta marcial africana, um tipo de jogo agressivo de bastões e que lembra o *Maculelê*. O *Maculelê* é uma dança-ritual afro-brasileira, feita com bastões e que simula uma luta. Ao mesmo tempo, o *Maculelê* é uma variação e também está na gênese da *capoeira*. Só então, lembrei de que praticava a *capoeira angola*, antes mesmo de ingressar no curso da educação física.

Mas no que a capoeira se relaciona com o acolhimento? Ou melhor, o que os diferencia? Quais os sentidos a serem criados no encontro entre os dois termos? Deleuze (2002) quando fala em seu trabalho intercessor com Guattari, afirma que “cada um é falsário do outro, o que quer dizer que cada um compreende à sua maneira a noção do outro. Forma-se uma série refletida, de dois termos. Não está descartada uma série de vários termos” (p. 157).

Mergulhando de cabeça nas entranhas do vazio, uma sensação foi se intensificando em pensamento: era necessário trair o acolhimento com uma arma arte: a capoeira. Mas propor uma traição em que sentido? Deleuze afirma que o sentido de “uma proposição é o interesse que ela apresenta, não existe outra definição para o sentido. Ele equivale exatamente à novidade de uma proposição” (p. 162).

Desse modo, empurrado pelos meus intercessores, penso uma roda de capoeira atravessando a micropolítica da casa acolhedora. A casa acolhedora entrando de cabeça na roda da vida na micropolítica da capoeira. De certa maneira, estou maquinando a troca de um saber tecnológico por um conceito. São coisas distintas; unidades com diferentes agenciamentos. Unidades que organizam diferentes multiplicidades. Um saber tecnológico não consegue escapar de sua missão utilitária, seu *serve para*, sua lógica *do faça assim para chegar lá*. No conceito, estou interessado, assim como Deleuze, em seus *perceptos* e *afectos*. Os perceptos “não são percepções, são pacotes de sensações e de relações que sobrevivem àqueles que os vivenciam”. Em outro sentido, os afectos “não são sentimentos, são devires que transbordam aquele que passa por eles (tornando-se outro)” (p. 171). Trata-se de uma aposta do caráter de imprecisão do conceito.

Quando Simone Mainieri Paulon (2006) problematiza o conceito de desinstitucionalização – como uma unidade que opera, uma unidade interventora na relação com a instituição –, buscando sua potência de transvaloração dos encontros terapêuticos no campo da saúde mental, ela interpreta o conceito contaminada pela produção de Deleuze. Para Paulon, acontece a aposta no caráter impreciso do conceito em virtude da “capacidade de conectar-se e de criar outros, bem como operar novos planos discursivos”. Para esta virtude do conceito é “tanto mais importante quanto maior sua porosidade, seu grau de transversalidade” (p. 122). Neste sentido, o conceito provoca movimentos, deseja provocar movimentos, mas não tem finalidades; não tem compromisso algum com o circuito fechado utilidade-finalidade. Uma traição de potência, interessada na potência da vida. Feitas estas considerações, como diriam os estudantes das vivências no SUS: *bóra falar de capoeira!*



A capoeira é jogo, luta e dança. É arma e é arte. Capoeira é tudo que a boca come, é *mardade*. Uma roda de capoeira é o centro do mundo. Entrar na roda é entrar no jogo do mundo, dimensão da *malícia* como filosofia. Arte dos escravos – marginal e subversiva – contra a moral que escraviza.

Cada unidade carbono olha e joga com a vida da sua maneira. O jeito de cada um olha e joga com as outras unidades carbono. Inumeráveis jeitos de jogar. Quanto mais se joga, mais jeitos surpreendem. Na roda da capoeira, a malícia está no ar. A malícia está no corpo que pode, inesperadamente, jogar com a surpresa. Não encontra o que procura, entrando, inusitadamente, no que não procura. No ritmo do berimbau de peito, a enganação *tá* liberada! Há potência da mandinga na malandragem. Numa pernada *bota* o mundo a *corre!*

Jogar com malandragem é engendrar gestos e ativar forças que restauram a continuidade do vivo, de tal maneira que passam a criar linhas de fuga que são linhas de vida e expressões estéticas da potência. O jogar como a expressão de uma ética da malícia: a alegria, a leveza e a habilidade em fingir. Colocar o corpo nas mais diversas posições; algumas poderão parecer ridículas. A bunda fica pra cima várias vezes, a racionalidade se esvazia e o chão duro é ponto de apoio para voar. Roda viva que exige criação. Espaço de uso das diferentes velocidades, as mais lentas e as mais rápidas. Violência e elegância. Onde tem gente viva, tem potência de capoeira instalada. Na roda de capoeira, sem tesão não há solução.

Meia-lua de frente, benção, ponteira, pisão, martelo, armada, meia-lua de compasso, armada dupla, martelo rodado, parafuso, vôo do morcego. Ataques de linha e rodados em dança com esquivas, cocorinhas, quedas de quatro apoios, esquivas laterais, roles, pontes. O mundo é jogo perigoso. Ou mato ou morro – ou me escondo no mato ou fujo pro morro. É com sabedoria marginal que o capoeirista luta contra as estruturas. Bate como se apanhando estivesse. Apanha como se na dor estivesse o maior dos sofrimentos. É mais *safo* quem entra no fluxo dos movimentos, quem tem mais mandinga. O gingado como rampa de lançamento. Não dar o troco, mas ficar com tudo. Brincadeira trágica de ataque e defesa.

A vida puxa na roda da capoeira. Na capoeira acontece um pensamento do corpo, em contraponto ao pensamento lógico racional. É um tipo de pensamento antes do pensar. Estar atento as sutilezas é estratégico; fica mais

fácil desviar das pernadas. E virão pernadas e cabeçadas, fazem parte do jogo. As rasteiras também. A violência do inusitado é constituinte da luta dançada. A multiplicidade das visões e dos jeitos do jogar das unidades carbono serve de inspiração. Conexão com as intensidades, mas, se possível, sem imitar os gestos. Na macaquice o gingado dança. Às vezes o jogo fica mais pesado e a alegria trágica é estratégia de vitalidade.

Jogar capoeira é experimentação de si em heterogênese. Sem protagonismo nos improvisos, se leva rasteira. A esquiva é estratégia de conservação, mas se ficar somente se esquivando e não atacar: o controle é inevitável. Acontece muita inversão, usar as pernas como se fossem braços, e braços como se fossem pernas; vale dar cabeçadas. O corpo todo pensa. A traição é uma das regras do jogo da capoeira, a inversão dos valores faz parte da luta. É a alegria de ser criador. A invenção de um espaço de humor e alegria, jogando, inclusive, com os horrores da existência.

Contudo, mesmo com toda potência corpórea de revolucionar o cotidiano, a potência conceitual da capoeira<sup>52</sup> também *pode* servir como um saber tecnológico. Uma perspectiva demasiadamente humana, na qual a potência da capoeira é domesticada num *deve, pois* promover o condicionamento físico; num *deve, pois* construir cidadania; num *deve, pois* buscar a autonomia solidária. São muitos os *deve, pois* de controle em diferentes modulações.

Nem o jogo-luta-dança da capoeira, escapa do desafio ético e seletivo do eterno retorno, que ocorre na macro e na micropolítica da vida. Para o encontro nosso de cada dia, entre o instinto de conservação e o instinto de intensificação, posso afirmar a vida. O que você pode afirmar?

---

<sup>52</sup> A unidade conceitual capoeira deste texto, surgiu da aglomeração de vários termos em rodas virtuais (<http://www.hottopos.com.br/videtur9/capoei.htm>; <http://pt.wikipedia.org/wiki/capoeira>; [http://www.revue-silene.com/imagens/30/extrait\\_67.pdf](http://www.revue-silene.com/imagens/30/extrait_67.pdf); [http://capoeiraquebec.net/article.php3?id\\_article=82](http://capoeiraquebec.net/article.php3?id_article=82); <http://www.capoeira.com/capoeiras/?p=229>; <http://.terrabrasileira.net/floclore/regioes/5ritmos/capoeira.html>), acontecidas no transcorrer do mês de fevereiro de 2009. Rodas pautadas pela malícia possível no jogo com Camille Dumoulié, Mestre Bimba, Almir das Areias, Mestre Nestor Capoeira, Eduardo de Andrade Veiga, Luiz Jean Lauand, Mestre Matias, Antonio Grande e outros jogadores falsos e falseados.

Brasília, maio de 2004.

A Esplanada dos Ministérios é um lugar espantoso. Palco quase diário de estrondosas manifestações sociais endereçadas ao governo federal. Lá, o eixo é realmente monumental. O prédio do Ministério da Saúde, na esplanada, também é um lugar agitado. Palco de diferentes embates cotidianos, de formulação e execução de diversas políticas de saúde para todo o País. Mas, talvez o mais espantoso no prédio do Ministério da Saúde seja o elevador. Dentro daquele cubo de metal, acontecem coisas que até Deus dúvida.

O Deges funcionava no sétimo andar do prédio do Ministério. Naquela tarde quente de outono, acontecia uma reunião entre algumas caras do Ministério e o estudante militante, definindo quais as melhores estratégias para propiciar as vivências no SUS na região centro-oeste do País. No início da reunião, o estudante avisou:

- Gente, só posso ficar até as 16h; depois tenho outro compromisso.
- Beleza; até as quatro dá pra gente ver um monte de coisas.

Aproveitaram o tempo para maquirar onde e como irradiar a possibilidade das vivências nos Estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e no próprio Distrito Federal. O estudante militante era muito parceiro.

- Pessoal, a minha idéia é a seguinte... eu posso viajar para Goiânia, Cuiabá e Campo Grande... talvez também Dourados... tenho sete dias para fazer isto... vou nestes lugares, contato os diretórios e centros acadêmicos dos cursos da saúde das Federais... se não tiver, vou nas particulares... se também não tiver diretórios ou centros acadêmicos, vou nas salas de aulas, peço para falar e boto pilha na galera sobre as vivências... a meta é rolar pelo menos uma em cada Estado... que acham?
- Beleza! Tu vai conseguir isto em sete dias? Tem certeza?
- Claro... daí eu aproveito e já compartilho umas agendas do Movimento Estudantil com a galera!
- Ótimo!
- Vocês bancam as despesas de viagem?!
- Burocraticamente é complicado, mas a gente dá um jeito... com certeza vamos precisar de um tipo de comprovante das instituições, informando que você esteve lá tratando de projeto que também é desencadeado pelo Ministério.
- Beleza; eu vou às secretarias dos cursos e consigo... gente, tá na minha hora... tenho que ir!
- Sem problemas, nos falamos daqui a dez dias para avaliar como foi, ok?!...não esquece de pegar os comprovantes!
- Nem esquentá; eu sei como funciona a burocracia... **fui** que já estou atrasado!

Sem grandes despedidas, o estudante militante entrou no elevador. Os caras do Ministério ficaram ajeitando os papéis e comentando o agradável processo de trabalho com aquele estudante militante. Do sétimo andar ao térreo, o cubo de metal fazia uma viagem de, mais ou menos, 25 segundos. Ninguém até hoje conseguiu explicar o que aconteceu

naquela viagem ao chão. Foi necessário mais 03 minutos e 19 segundos para o barulho monumental começar.

- O Ministério da saúde precisa se posicionar! O gestor federal não pode se omitir de uma responsabilidade que também é sua! É isto que exige a população de Brasília... é isto que exigem os estudantes da Unb! Queremos o Hospital Universitário de Brasília funcionando com qualidade e o Ministério também é responsável por isto!... vamú lá... todo mundo junto galera!

*Hospital público tem que funcionar*

*O ministério tem que atuar*

*Se não, o povo entra e bota outro no lugar!*

*Mais uma vez!*

*Hospital pũ...*

As fortes reivindicações vinham de um carro de som estacionado à porta do Ministério. Os caras do Deges foram até à janela para ver o objeto que emanava tamanho barulho. Ao chegarem à janela, viram, não somente o carro de som, mas também quem estava encima do carro, comandando a manifestação popular. Não era ninguém mais, ninguém menos, que o estudante militante que acabará de sair da reunião.

Durante sete segundos e meio, os rostos dos caras do Ministério ficaram transfigurados em pavor... pensamentos como... é agora que a gente perde o emprego!... será que o Ministro viu ele saindo da nossa sala?... Como ele vai pagar o carro de som?... Seria com o dinheiro das diárias?... Isto pode dar processo administrativo?... e a imprensa, e se a imprensa descobrir?... onde é a saída de emergência...

Já chegando perto dos oito segundos, os rostos se transmutaram. Trocando olhares de cumplicidade, as caras do Ministério caíram numa gargalhada estrondosa, desejosos que os dez dias passassem rapidamente para que uma nova roda acontecesse.

Este *caso* também é uma falsa verdade e, como tal, dou fé.

## Referências bibliográficas e outras

ACIOLE, GG *Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva*. Interface, Botucatu, v. 10, n.19, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100002&lng=pt&nrm=iso); acesso em 19 de setembro de 2006.

AGÊNCIA ESTADO. Temporão sugere que Obama adote SUS nos EUA. Disponível em <http://br.noticias.yahoo.com/s/03032009/25/manchetes-temporao-sugere-obama-adote-sus.html>; acesso em 27 de março de 2009.

ALBERTI, Verena. *O riso e o risível: na história do pensamento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

ALBUQUERQUE, JAG. *Movimento estudantil e consciência social na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

ALMEIDA, J. C. Antropologia da solidariedade. Cemoroc-Feusp/IJI – Universidade do Porto, 2007. Disponível em <http://www.hottopos.com>; acesso em 24 de novembro de 2008.

ALMEIDA FILHO, N. *Transdisciplinariedade e saúde coletiva*. Ciência e saúde coletiva. v.2, n. 1 / 2, 1997. p.5-20

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: editora Unesp; Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

AROUCA, S. *O eterno guru da reforma sanitária* (Entrevista).RADIS. Comunicação em Saúde; 3: 18 - 21, out.2002.

AUGUST, B. *Goodbye Bafana*. Alemanha; França; Bélgica; África do Sul; Itália; Luxemburgo; Reino Unido: Europa filmes, 2007.

BALSEMÃO, A. *Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil*. In: ARANHA, M. I. Direito sanitário e saúde pública; Brasil, Ministério da Saúde – Brasília: 2003. p.301-312.

BARBOSA, M. G. *Nietzsche, crítica ao conceito de consciência*. São Paulo: Beca produções culturais, 2000.

BILIBIO, L. F. S. *Casamento indissolúvel e aids: o modelo hegemônico de relação amorosa como obstáculo ao uso do preservativo*. Revista de Sociedade Wilhelm Reich/RS, Porto Alegre, v 3, n 3, 1998. p.103-110

BILIBIO, L. F. S. *Trágica educação sexual do erotismo: uma agonística entre Reich e Nietzsche*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação – Porto Alegre: 2002a. 117p.

BILIBIO, L. F. S. *O SUS e legal*. In:Boletim da saúde / Secretaria da saúde do Rio Grande do Sul; Escola de saúde Pública. – v. 16, n. 1. – Porto Alegre: 2002b. p. 39-44.

BODSTEIN, R. C. de A. *Ciências sociais e saúde coletiva: novas questões, novas abordagens*. *Cad. Saúde Pública*, abr./jun. 1992, vol.8, no.2, p.140-149.

BRANDÃO, J. S. *Mitologia Grega – volume I*. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado, Brasília, DF, 1988.

BRASIL, *Lei No 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde*, 19 de setembro de 1990.

BRASIL, *Seminário Internacional de Políticas de Recursos Humanos de Saúde*. Brasília, 2002. Disponível em <http://www.saude.gov.br/cgprh>; acesso em: 20 de nov. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Comissão de Representação do Movimento estudantil da Área da Saúde. *Projeto VER-SUS/Brasil: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema único de Saúde*. Brasília, setembro de 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Projeto VER-SUS/Brasil: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema único de Saúde*. Disponível em [www.saude.gov.br/sgtes/versus](http://www.saude.gov.br/sgtes/versus); acesso em 30 mar 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Documento de Dados da I edição do VER-SUS/Brasil*. Brasília, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Documento introdutório à Oficina Nacional de Avaliação do VER-SUS/Brasil: II edição*. Brasília, 2005c.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia D. (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMARGO JR. K. R. *Apresentação: as muitas vozes da integralidade*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.11-15.

CAMARGO JR. K. R. *Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO 2005. p. 91-104

CAMARGO JR. K. R. *Epidemiologia uma hora dessas? (Os limites do cuidado)*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO 2004. p. 157-170.

CAMARGO JR. K. R. *Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p.35-44.

CAMPOS, G. W S. *Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS*. In Fleury S (org). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos editorial, 1997a. p.113-124.

CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec. 2006c.

CAMPOS, G. W. *Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: Campos, G. W. S... [et al.] (Org). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006d. p.53-92.

CAMPOS, G. W. S. *Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas*. In Cecílio LCO (org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006b. p. 29-89.

CAMPOS, G. W. S. *Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS*. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, 2006e. p. 23-33.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec. 1997b.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec. 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*. In Merhy, EE e Onocko R (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2006a. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B. e CASTRO, A. M. *Avaliação de política nacional de promoção da saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*, jul./set. 2004, vol.9, no.3, p.745-749. ISSN 1413-8123.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*, Rio de Janeiro, Forense-Universitária Ed., 1978. Pág. 270.

CARVALHO, Y.M. *O mito da atividade física e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

CARVALHO, Y. M. *Educação física e saúde coletiva: uma introdução*. In: LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: – São Paulo: Hucitec, 2005.*

CECCIM, R. B. *Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção em saúde. Desafios para a educação*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO 2005. p.161-180

CECCIM, R. B. *Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde*. In: MEYER, D. E. Saúde e sexualidade na escola: - Porto Alegre, Mediação, 1998. p.37-51.

CECCIM, R. B. e ARMANI, T. B. *Educação na saúde coletiva*. Divulg. Saúde Debate, n.23, dez. 2001. p.30-56.

CECCIM, R. B., ARMANI, T. B. e ROCHA, C. F. *O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 7 (2), 2002. p.373-383.

CECCIM, R. B. e BILIBIO, L. F. S. *Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS*. Ferla, AA e Fagundes, SMS. Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa, Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.163-178.

CECCIM, R. B. e BILIBIO, L. F. S. *Observação da educação dos profissionais de saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes*. In BRASIL, Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 343-372.

CECCIM, R. B. e BILIBIO, L. F. S. *Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional*. In Fraga AB e Wachs F (org). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 47-62.

CECCIM, R. B. e CAPAZZOLO, A. A. *Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação*. In: Marins JJN; Rego S; Lambert JB; Araújo JGC (Org.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 346-390.

CECCIM, R. B. e CARVALHO, Y. M. *Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS*. In: Pinheiro R., Ceccim RB e Mattos RA (Org.). Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERGS: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.69-92.

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. *Mudança na graduação na saúde sob o eixo da integralidade*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5), set-out de 2004c. p.1400-1410.

CECCIM, R. B. *Trabalho, educação e formação na integralidade do cuidado: processos de trabalho e de ensino nas práticas cotidianas em saúde*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO 2004b. p. 259-278.

CECÍLIO, L. C. O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.113-126

CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006b.

CECÍLIO, L. C. O. *O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos*. In Merhy, EE e Onocko R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006a. p. 293-320.



CHAUÍ, M. *A universidade operacional*. Folha de São Paulo, São Paulo, Caderno Mais!, 09 de maio de 1999.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. *SUS patrimônio social cultural imaterial da humanidade*. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/websus/index.html>, acesso em 26 de fevereiro de 2009.

CNIS. *Confederação Nacional de Instituições de Solidariedade*. Disponível em: <http://www.solidariedade.pt/sartigo/index.php?x=225>; acesso em 23 de novembro de 2008.

COELHO NETO G., PINTO E. A. e ASAS M. *Movimento estudantil em defesa da vida*. Recife: Ed Comunigraf, 2008.

COELHO NETO, G. *12ª Conferência Nacional de Saúde: tempo de lutas e sonhos*. In: Coelho Neto G, Pinto EA e Asas M (Org.). *Movimento estudantil em defesa da vida*. Recife: Ed Comunigraf, 2008. p.87-98.

CORAZA, S. M. *Para pensar, pesquisar e artistar a educação: sem ensaio não há inspiração*. Revista Educação; editora Segmento – edição especial biblioteca do professor: Deleuze pensa a educação. Nº 6. p. 68-73, 2007.

CORAZZA, S. M. *O que quer o currículo? – pesquisas pós-críticas em educação*. Petrópolis, Vozes, 2001.

CORRÊA, M. S. *Limpeza e higiene através dos tempos*. Disponível em: <http://www.nutline.enut.ufop.br/artigos/artigo07>; acesso em 08 de setembro de 2006.

COSTA, S. S. G. *Pensar e viver: problema micropolítico de orientação e de orientação e de construção*. In: Lins, D. (Org.). *Nietzsche e Deleuze – pensamento nômade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza, CE: Secretaria de Cultura e Desporto do Estado, 2001. p.193-205.

DALLARI, S. G. *Direito Sanitário*. In: ARANHA, M. I. *Direito sanitário e saúde pública; Brasil, Ministério da Saúde – Brasília: 2003*. p.39-64.

DA ROS, M. A. *A ideologia nos cursos de medicina*. In: Marins JJN; Rego S; Lambert JB; Araújo JGC (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.

DELEUZE, G. *Conversações*. – São Paulo: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. *Nietzsche*. – Lisboa: Ed. 70, 1994.

DELEUZE, G. *Nietzsche e a filosofia*. – Porto (Portugal): Rés, [199?].

DELEUZE, G. *O ato de criação* (Entrevista). Mais!. São Paulo: Trafic editorial; p.54-55. Junho de 1999.

DELEUZE, G. *Proust e os signos*. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (volume 3). Rio de Janeiro: Editora 34. 1996.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (volume 4). Rio de Janeiro: Editora 34. 1997.

DENEM. *Histórico*. Disponível em: <http://www.denem.org.br/>; acesso em 24 de outubro de 2008.

DIA DA SOLIDARIEDADE. Disponível em: <http://www.diadasolidariedade.com.br/>; acesso em 24 de novembro de 2008.

DOREA, G. *Gilles Deleuze e Felix Guattari: heterogênesse e devir*. Margem, São Paulo, n. 16, dez 2002. p.91-106.

DUTRA, O. *Saúde de verdade e com controle da população*. In Ferla A. A. e Fagundes SMS (org). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa, Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.12-14.

EAGLETON, T. *As ilusões do pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ELIAS, P. E. M. *Por uma refundação macropolítica do SUS: a gestão para a equidade no cotidiano dos serviços*. Revista Saúde e Sociedade, 11 (1): 25-36, 2002.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA (Rio Grande do Sul). *Projeto VER-SUS/RS: Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, 2002. 9p.

SCOREL, S. *A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1987.

FEUERWERKER, L. *Além do discurso de mudança na educação médica*. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio De Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

FEUERWERKER, L. *Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, Dec. 2005. p. 489-456.

FLEURY, S. *Para uma teoria do movimento sanitário*. In Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: editora Unesp; Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003. p. 243-264.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: editora Forense Universitária. 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. e MERHY, E. E. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil*. Cad. Saúde Pública. 1999, vol. 15, no. 2, p. 345-353.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FULGENCIO, L. *Comentários críticos das referências textuais de Freud a Kant*. Psicol. USP, São Paulo, v. 12, n. 1, 2001.

- GAIARSA, J. Â. *O que é o corpo*. São Paulo: editora Brasiliense, 1986.
- GIACÓIA JR., O. *Nietzsche como psicólogo*. Passo Fundo: UPF, 2005. São Leopoldo: Ed Unisinos, 2001.
- GIACÓIA JR., O. *Sonhos e pesadelos da razão esclarecida: Nietzsche e a modernidade*. Passo Fundo: UPF, 2005.
- GIACÓIA JR., O. *Para a questão: o que pode um corpo?* In: Lins, D e Gadelha S (Org.). *Nietzsche e Deleuze – que pode o corpo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza, CE: Secretaria de Cultura e Desporto do Estado, 2002. p.199-216.
- GONÇALVES, M. F. M.. *Comenius e a internacionalização do ensino*. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/fgon%c3%A711.htm> ; acesso em 28 de outubro 2006.
- GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987.
- KASTRUP, V. *Aprendizagem, arte e invenção*. In: Lins, D. (Org.). *Nietzsche e Deleuze – pensamento nômade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza, CE: Secretaria de Cultura e Desporto do Estado, 2001. p.207-223.
- KOHAN W. O. *O que pode um professor?*. Revista Educação; editora Segmento – edição especial biblioteca do professor: Deleuze pensa a educação. Nº 6. p. 48-57, 2007.
- HEIDEGGER, M. *Nietzsche: metafísica e nihilismo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: editora Nova Fronteira, 1975.
- LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- LUCHESE, P. T. R. *Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde*. Revista Ciência e saúde Coletiva, 8 (2) p.439-448, 2003.
- LUZ, M. T. *Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.17-38.
- MACHADO, R. *Nietzsche e a verdade*. – São Paulo: Paz e Terra. 1999a.
- MACHADO, R. *Zaratustra, tragédia nietzscheana*. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1999b.
- MARTON, S. *Nietzsche: das forças cósmicas aos valores humanos*. – Belo Horizonte: Editorial UFMG, 2000a.
- MARTON, S. *Extravagâncias*. – São Paulo: Discurso Editorial e Editora UNIJUÍ, 2000b.

MATTOS, R. A. *As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias*. Ciênc. saúde coletiva, 2001, vol.6, no.2, p.377-389. ISSN 1413-8123.

MATTOS, R. A. *Cuidado prudente para uma Vida Decente*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO 2004. p. 119-132.

MATTOS, R. A. *os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: Pinheiro R. e Mattos RA (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MERHY, E. E. *Cuidado com o cuidado em saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida*. Campinas, 2004. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/paradoxosdocuidado.pdf>; acesso em 06 de outubro de 2006.

MERHY, E. E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy, E. E.; Onocko R (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec: 2006a. p. 71-112.

MERHY, E. E. *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido*. In: Franco, T. B., Peres, M. A. A., Foschiera, M. M. P. e Panizzi, M. (Orgs.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. – São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004. p.21-46

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A. e BUSS, P. M. *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Ciênc. saúde coletiva, 2000, vol.5, nº.1, p.7-18.

MOREIRA, A. B. *Corpo, saúde e medicina a partir da filosofia de Nietzsche*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; Programa de Pós-Graduação em Filosofia. São Paulo: 2006, 95p.

MÜLLER-LAUTER, W. *A doutrina da vontade de poder em Nietzsche*. São Paulo: Annablume, 1997.

NAFFAH NETO, A. *A psicoterapia em busca de Dioniso: Nietzsche visita Freud*. São Paulo: Escuta, 1994.

NAFFAH NETO, A. *O inconsciente como potência subversiva*. São Paulo: Escuta, 1991.

NEGRI, A. Introdução. In Deleuze G e Guattari F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (volume 2). Rio de Janeiro: Editora 34. 1996.

NIETZSCHE, F. W. *A Gaia Ciência*. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1998a.

NIETZSCHE, F. W. *Além do bem e do mal*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992a.

NIETZSCHE, F. W. *Assim falou Zaratustra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998b.

- NIETZSCHE, F. W. *Aurora*. Porto: RÉS – Editora, [199?].
- NIETZSCHE, F. W. *Crepúsculo dos Ídolos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000a.
- NIETZSCHE, F. W. *Ecce Homo*. São Paulo: Editora Martin Claret, 2000b.
- NIETZSCHE, F. W. *Genealogia da Moral*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998c.
- NIETZSCHE, F. W. *O nascimento da tragédia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992b.
- NIETZSCHE, F. W. *Sobre a verdade e a mentira no sentido extramoral*. São Paulo: Ed. Nova Cultura (Coleção os pensadores), 2005.
- NIETZSCHE, F. W. *Vontade de Potência*. São Paulo: Editora Escala, 2005.
- NORONHA, J. C. e SOARES, L. T. *A política de saúde no Brasil nos anos 90*. *Ciênc. saúde coletiva*, 2001, vol.6, no.2, p.445-450.
- NUNES, B. *O Nietzsche de Heidegger*. Rio de Janeiro: Pazulin, 2000.
- NUNES, E. D. *Saúde coletiva: histórias e paradigmas*. *Interface – comunicação, saúde, educação*, vol. 3, 1998.
- OLIVEIRA, N. R. *A escola, esse mundo estranho*. In PUCCI, B (Org.). *Teoria crítica e educação: a questão da formação cultural na Escola de Frankfurt*. Petrópolis, Vozes, São Carlos, Edufiscar, 1994. p.121-138.
- ONOCKO, R. T. C. e CAMPOS, G. W. S. *Co-construção de autonomia: o sujeito em questão*. In: Campos, G. W. S... [et al.] (Org). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006. p.669-688.
- ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: [www.onu.com](http://www.onu.com); acesso em 17 de agosto de 2006.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador: 2007. 300p.
- PARAÍSO, M. A. *Pesquisas pós-críticas em educação no Brasil: o esboço de um mapa*. *Caderno de Pesquisa*, v. 34, n. 122, mai/agos 2004. p. 283-303.
- PAULON, S. M. *A desinstitucionalização como transvalorização. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo*. *Revista Athenea Digital – nº 10*: p. 121-136, 2006. Disponível em <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/issue/view/12>, acesso em 03 de janeiro de 2009.
- PEARSON, K. A. *Nietzsche como pensador político: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- PINHEIRO, R, CECCIM, R. B. E MATTOS, R, A. *Apresentação*. In: Pinheiro R., Ceccim RB e Mattos RA (Org.). *Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: IMS/UERGS: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

PINTO, E. A. *O movimento estudantil de medicina e a transformação da escola médica*. Interface – comunicação, saúde, educação, vol. 7, 2000.

PLATÃO. *A República*. São Paulo: Editora Nova Cultural, 2004.

QUINTANEIRO, T., BARBOSA, M. L. O. e OLIVEIRA, M. G. M. *Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

RESENDE-CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.

RESENDE-CARVALHO, S. e CAMPOS, G. W. S. *Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais*. Cad. Saúde Pública, abr./jun. 2000, vol.16, no.2, p.507-515.

ROCHA, G. *Uma estética da fome*. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/desejos/textos/glauber.htm>; acesso em 05 de setembro de 2006.

RUSSO, J. *O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro: editora UFRJ, 1993.

SAFRANSKI, R. *Nietzsche: a biografia de uma tragédia*. – São Paulo: Geração editorial, 2001.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2005.

SERRES, M. *Variações sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Bertrnd Brasil, 2004.

SCHNEEWIND, J. B. *A invenção da autonomia*. São Leopoldo, RS: editora Unisinos, 2001.

SCLIAR, M. *Do Mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SIQUEIRA-BATISTA, R; SCHRAMM, F. R. *Platão e a medicina*. Hist. cienc. saude-Manguinhos., Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702004000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12 de setembro de 2006.

SOUZA LIMA, R. C. G. *Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na atenção primária de saúde*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde; Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis: 2008. 113p.

TADEU DA SILVA, T. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. Belo Horizonte: autêntica, 1999.

TORRES, O. M. *Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS/Brasil*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador: 2005. 154p.



WESTPHAL, V. H. Diferentes matizes da idéia de solidariedade. Revista Katál; Florianópolis v.11, p. 43-52, jan/jun 2008.

WORDPRESS. *Sistema universal de saúde não pode esperar, declara o Presidente Obama*. Disponível em <http://leiajunto.wordpress.com/2009/03/05/sistema-universal-de-saude-nao-pode-esperar-declara-o-pres-obama/>; acesso em 27 de março de 2009.

WSWS. Papa João Paulo II: um obituário político. Disponível em: <http://www.wsws.org/pt/2005/may2005/port-m13.shtml>; acesso em 23 de novembro de 2008.

VASCONSELOS, C. M e PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G. W. S... [et al.] (Org). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006. p.531-562.

VIEIRA, M. C. A. *O desafio da grande saúde em Nietzsche*. – Rio de Janeiro: 7 Letras, 2000.

XAVIER, C. *Nós e a dose: algumas inéditas considerações sobre a mais inédita Conferência de saúde do país*. Interface – comunicação, saúde e educação, v. 8, n. 14, set.2003-fev.2004. p.191-196.

ZORDAN, P. *Teseu, Ariana, Dioniso, Zaratustra, Nietzsche, Deleuze*. Texto apresentado no Curso Chez Deleuze, linha de pesquisa Filosofia da Diferença e Educação – Programa de Pós-Graduação da faculdade de Educação da UFRGS, 2006.