

**FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ANITA GUAZZELLI BERNARDES

**POLÍTICAS DA EXISTÊNCIA NO CAMPO
DA SAÚDE: O PÚBLICO COMO
UM DISPOSITIVO**

**Porto Alegre
2006**

ANITA GUAZZELLI BERNARDES

**POLÍTICAS DA EXISTÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE:
O PÚBLICO COMO UM DISPOSITIVO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial para à obtenção do grau de Doutor em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dr. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Porto Alegre

2006

ANITA GUAZZELLI BERNARDES

**POLÍTICAS DA EXISTÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE:
O PÚBLICO COMO UM DISPOSITIVO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado pela banca examinadora: 22 de dezembro de 2006

Orientadora: Profa. Dr. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Profa. Dr. Cecília Coimbra

Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi

Prof. Dr. Mozart Linhares da Silva

Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

*Às minhas avós, Cleude e Laura (In Memoriam) e meus avós
Protásio (In Memoriam) e Zeca (In Memoriam), pois
“Recordar: do latim re-cordis, voltar a passar pelo coração”(GALENO, 2005, p.11).
Histórias de vida que tornaram possível a minha história.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de algum modo passaram pela história desta tese, mas alguns “voltaram a passar pelo coração” em um momento de recordação deste processo e tornam-se especiais:

Ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, em especial ao amigo Luiz Ziegelmann, à equipe do GEP e à equipe da Enfermagem da Emergência, que abriram a possibilidade de uma interrogação;

À CAPES, pelo subsídio para a realização do doutorado;

Às secretárias do Programa de Pós-graduação em Psicologia, especialmente à Inês, por sempre estar perto e por me acompanhar até o final;

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia, especialmente Pedrinho, Maria Lúcia e Lílian que, pela diferença, me ensinaram em alguns momentos o que é alteridade;

Ao professor Chiodi, que fez a revisão deste texto;

À professora Rosane e ao professor Henrique, pelas contribuições, interrogações e idéias que auxiliaram na formulação de uma tese;

Aos amigos Ari, Pia e Edinara, pelo companheirismo e confiança;

Às amigas Patrícia e Betina, incansáveis na sua sinceridade e no cuidado com o outro;

Aos meus irmãos Juliana e Daniel e aos meus sobrinhos Antônio, Francisco e Carlos Eduardo, que sempre inscrevem outras formas de viver na minha vida;

À Neuza, não apenas por me acompanhar ao longo de todos esses anos, com carinho, idéias, interrogações, inquietações, cobranças, mas pela capacidade de modificação da própria forma de viver e que nesses últimos dois anos tornaram o doutorado algo do qual sentirei muita saudade, te agradecerei sempre;

Ao Eduardo, querido, que na tragicidade da existência consegue não perder o bom humor, pelo teu amor;

Aos meus pais, Nara e Celso,

“Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos.

E foi tanta a imensidão do mar, e tanto o seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: - Me ajuda a olhar” (GALLEANO, 2005, p.15), pelo amor, pela história, pelo cuidado sempre [...].

RESUMO

Esta tese analisa o público como um dispositivo na saúde. Para tanto, a saúde pública, no Brasil, é tomada como caso-pensamento e o público como conceito-problema que permite colocá-la em análise. O objetivo do estudo refere-se à configuração do público na sua articulação com o campo da saúde, mediante os conceitos de verdade, poder e subjetividade. Estes conceitos foucaultianos são articulados às discussões sobre o público como espaço de reconhecimento de si e do outro, no que tange ao mercado de trocas e à vida política, para se metamorfosear no campo da saúde, a partir da emergência da “questão social” produzida pela industrialização, como um dispositivo de produção da figura do sujeito-indivíduo, distanciando-se de uma experiência de alteridade. O dispositivo de publicização torna a saúde e as populações uma questão política que investe na privatização da existência. Parte-se de uma genealogia do público e o modo como este se transforma quando se articula a novos objetos no campo da saúde: a defesa de fronteiras, as epidemias, o trabalho, a cidadania, o dever e o direito, produzindo distintos modos de subjetivação - a população, o indivíduo, o trabalhador/família e o cidadão.

Palavras-chave: Saúde Pública. Dispositivo. Relações de Poder. Subjetividade

ABSTRACT

This thesis analyzes the public as a device in health. The public health in Brazil is taken as a thought-case, and public as a problem-concept that allows for its analysis. The study is related to the configuration of public in its articulation with health, considering the concepts of truth, power, and subjectivity. These foucauldian concepts have been articulated with discussions about public as a space of recognition of oneself and the others, as to the exchange market and political life, to undergo a metamorphosis in the health field, from the emergence of the “social issue” produced by industrialization, as a device of production of the figure of individual-subject, distancing from an otherness experiment. The device of becoming public makes health and populations a political issue that invests on the privatization of existence. The starting points are both a genealogy of public and the way it is transformed in articulation with new objects in the health field: defense of frontiers, epidemics, work, citizenship, duties and rights, producing different modes of subjectivation – the population, the individual, the worker/family, and the citizen.

Key- words: Public Health. Device. Power Relations. Subjectivity

SUMÁRIO

1 IMPLICAÇÕES DE UM OLHAR PSICOLÓGICO	09
1.1 ANÚNCIOS INICIAIS DE UMA IMPLICAÇÃO	10
1.2 EFEITOS HISTÓRICOS EM UMA IMPLICAÇÃO	11
1.3 DAS SUBJETIVIDADES PARA OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO: TERCEIRA IMPLICAÇÃO	12
1.4 DESNATURALIZAÇÕES E DISPOSITIVOS: AINDA UMA IMPLICAÇÃO	13
1.5 NOVOS INTERCESSORES PARA A HISTÓRIA DE UMA IMPLICAÇÃO	15
1.6 RESTOS PSICOLÓGICOS: AINDA UMA IMPLICAÇÃO PSICOLÓGICA	18
2 POLÍTICAS DA EXISTÊNCIA: A EMERGÊNCIA DE UM PROBLEMA	20
2.1 COMPOSIÇÃO DE UM OLHAR	23
2.2 EMERGÊNCIA DO PÚBLICO NA PESQUISA	26
2.3 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	29
2.3.1 Arquivo: figuras da investigação	32
2.3.2 Dispositivo: uma clave conceitual	35
3 SAÚDE PÚBLICA: DO INDIVÍDUO À POPULAÇÃO	40
3.1 A EXPERIÊNCIA GREGO-ROMANA: PÚBLICO, SAÚDE E POLÍTICA	42
3.2 EXPERIÊNCIA SOBERANO-VASSALO: PÚBLICO E O SOCIAL-ASSISTENCIAL	48
3.3 EXPERIÊNCIA INDUSTRIAL: PÚBLICO, POPULAÇÃO E EPIDEMIAS	52
4 SAÚDE PÚBLICA: PUBLICIZAÇÃO DO BRASIL	63
4.1 UM PÚBLICO CAMPANHISTA: AMALGAMAR COLÔNIA, IMPÉRIO E REPÚBLICA	65
4.1.1 Saúde: uma questão de justiça e de negócios interiores	69
4.2 O PÚBLICO ENCONTRA-SE COM O TRABALHO	74
4.2.1 Saúde e identidade nacional	79
4.3 INDUSTRIALIZAÇÃO DO PÚBLICO: SAÚDE E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO	82
4.3.1 Sujeito público: indivíduo trabalhador/família	86

5 SAÚDE PÚBLICA: DEVER DO ESTADO E DIREITO DO CIDADÃO	91
5.1 RESTOS DA EXISTÊNCIA E O DEVER DO ESTADO.....	94
5.1.1 Dever, vida urbana e saúde	99
5.2 O DIREITO À VIDA: CIDADANIA E SOBERANIA.....	104
5.2.1 Cidadania e outriedade	109
6 PSICOLOGIA E O SISTEMA INDIVÍDUO DE SAÚDE	115
6.1 PRÁTICAS PSICOLÓGICAS: DO ORGANISMO PARA A HISTÓRIA.....	116
6.2 PSICOLOGIA, SAÚDE E POLÍTICA.....	122
REFERÊNCIAS	128

1 IMPLICAÇÕES DE UM OLHAR PSICOLÓGICO

Toda problemática “de pesquisa científica” tem uma gênese social teórica que a determina através dos conceitos que constituem o seu campo de análise [...]. Esta problemática é construída a partir de um tema [...] trabalhado por um pesquisador perpassado por suas implicações, que devem ser analisadas o tempo todo (MÁRTIN, 2005, p. 171).

A necessidade de situar as implicações de um olhar engendra-se do campo em que se produz a analítica desta tese, de modo a colocar em análise a própria estratégia de conhecimento que produz uma racionalidade sobre o objeto desta investigação. Aproximar-se de um objeto ou eleger uma temática de investigação implica considerar, nesta forma de pesquisar, que isso apenas é possível, pois o olhar do pesquisador já se encontra dentro do campo que constitui essa forma de olhar e de perscrutar. Ou seja, trata-se de considerar não o olhar do pesquisador nem tampouco as estruturas formais que determinam o olhar e as enunciações do pesquisador, mas o conjunto de regras e leis que entram em jogo neste exercício (FOUCAULT, 2000b).

Não se trata de estabelecer o “corte epistemológico” do olhar, mas as condições que tornam esse olhar um processo histórico de criação e desenvolvimento de uma racionalidade específica. Tampouco trata-se de considerar que as formas de objetivação deste estudo são arbitrárias: implicar-se no processo de produção de um objeto é descrever os jogos de força e forma que permitem esse exercício. A tecnologia de discussão se refere a situar o leitor ao que irá ser desenvolvido ao longo deste estudo e apontar a maneira possível de operacionalização da análise a partir daquilo que a tornou visível e enunciável. Desse modo, analisar as implicações do olhar é considerar um inconsciente político que atravessa e constitui o estudo. Inconsciente político como um processo contraditório que se materializa nas estratégias de conhecimento que objetivam o público articulado no campo da saúde como o que é possível ver e falar e não como uma superestrutura ou aquilo sob o qual todo o olhar estaria assentado como um tipo de fundamento.

Eu não quero apostar corrida comigo mesmo. Um fato. O que é que se torna fato? Devo-me interessar pelo acontecimento? Será que deço tanto a ponto de encher as páginas com informações sobre os “fatos”? Devo imaginar uma história ou dou largas à inspiração caótica? Tanta falsa inspiração. E quando vem a verdadeira e eu não tomo conhecimento dela? Será horrível demais querer se aproximar dentro de si mesmo do límpido eu? Sim, e é quando o eu passa a não existir mais, a não reivindicar nada, passa a fazer parte da árvore da vida - é por isso que luto por alcançar. Esquecer-se de si mesmo e no entanto viver intensamente. (LISPECTOR, 1999, p. 15)

A forma de ver e falar nesta tese é considerada um arriscar-se, “é quando o eu passa a não existir mais”, como escreve Lispector (1999), pois não se trata apenas de uma investigação e sim de considerar os efeitos que um processo de produção científica produz em termos de jogos de poder e verdade e não de autoria dessas verdades. A necessidade de um objeto, de uma temática impõe uma unidade ao texto, impõe uma existência codificada, impõe uma função autor, um ser linguagem. O objeto e sua temática correlata, então, emergem do encontro com um eu que não existe mais, com um eu que se torna um ser linguagem: o pesquisador.

1.1 ANÚNCIOS INICIAIS DE UMA IMPLICAÇÃO

Exercitar uma objetivação e uma temática é estabelecer uma correlação entre objeto e tema. Ao situar essa proposição parte-se para aquilo que sustenta essa coordenada: a discussão que Foucault (2000, p. 104) faz sobre a arqueologia do saber na qual considera que os correlatos do objeto não são referenciais, fatos, realidades onde este se encontraria designado, nomeado ou descrito e sim “relações que aí se encontram afirmadas ou negadas”. A objetivação do público torna-se possível na medida em que estabelece uma relação de afirmação no campo da saúde. Esta afirmação conforma o que toma forma como saúde pública. Ou seja, apenas é possível tornar o público um território de subjetivação quando este é articulado a um campo que o afirmava: a saúde.

Dessa forma, quando no início do projeto de investigação circunscreveu-se aquilo que seria foco de investimentos - o público -, foi necessário considerar o lugar, a condição, o campo de emergência que definiam o seu aparecimento e a sua delimitação. Foi preciso percorrer um solo específico no qual o público tornava-se enunciável. Esse jogo produziu para esta tese um certo impasse, pois antes de pensar em correlatos, a pesquisa no campo da

Psicologia subjetiva-se por uma racionalidade que busca unidades de sentido; então confundia-se o objeto com o campo empírico mediante o qual esse objeto tornava-se possível: a saúde pública.

1.2 EFEITOS HISTÓRICOS EM UMA IMPLICAÇÃO

A linguagem impõe uma ordem, uma ordem discursiva, não se fala qualquer coisa, fala-se aquilo que é possível falar em um determinado tempo espaço. Esse falar não se refere a uma coisa, não implica um objeto, é ele próprio objetivação de um tempo. Tomar o público como um objeto, e, a saúde pública como um campo empírico, tornou-se possível para esta pesquisa na medida em que o Sistema Único de Saúde (SUS) é, na atualidade, foco de investimentos políticos/acadêmicos. Em consequência disso, a Psicologia¹ vem sendo convocada e provocada pelo SUS em termos de práticas de reflexão sobre os efeitos “psi” nos processos de saúde, a partir do olhar desta tese. Aproximar-se da saúde pública e da saúde coletiva é um movimento que aparece contraditoriamente no campo psicológico.

O primeiro efeito desse processo histórico, foi tentar colar o que se via ao que se falava, ou seja, encontrar as evidências da possibilidade desse fenômeno no campo psicológico, de modo que a primeira formulação do problema considerava os processos de subjetivação no SUS e procurava suas evidências nas formas de trabalhar da equipe de enfermagem do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Mas um problema é formulado nesse momento quando o olhar sobre o SUS é produzido por outras coordenadas, por um outro jogo discursivo em que o ver, mesmo não estando colado ao falar, também segue determinadas regras, vemos o que é possível ver. “Falar não é ver” nas palavras de Blanchot (2001, p. 66), que completa “falar libera o pensamento desta exigência ótica”.

Era preciso liberar o pensamento da exigência ótica para estabelecer que os efeitos de sentido que o SUS produzia na pesquisa em Psicologia diziam respeito ao conjunto de regras que possibilitariam tanto o olhar quanto o falar, sem, no entanto, estabelecer que existiria um sentido que deveria ser descoberto para designar o objeto de estudo. Colar as palavras e as coisas está inscrito em uma ordem, uma ordem que busca um sentido. Então, como orienta Foucault (1970), é preciso rachar as palavras e as coisas, é preciso colocar em suspenso a

¹ O ano de 2006 foi considerado o Ano da Saúde pelo Conselho Federal de Psicologia.

naturalização das formas de conhecimento científico. As formas de trabalhar no SUS seriam condições de diferentes enunciados, de diferentes modos de subjetivação, que se estenderiam pelo tecido social, mas encontrariam pontos em que as subjetividades se fechariam em si mesmas no campo da saúde. Ou seja, tratava-se de operar com uma genealogia das subjetivações e não com uma comprovação dos efeitos SUS nos processos de trabalho, na medida em que o SUS também passava a ser considerado um processo histórico-político.

1.3 DAS SUBJETIVIDADES PARA OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO: TERCEIRA IMPLICAÇÃO

A terceira implicação talvez devesse ser considerada a primeira, no caso de considerá-la um processo de forma linear, mas como aqui se trata de descrever o acaso da construção de uma forma de problematizar, se fez necessário revisitar tanto o problema da causalidade quanto do sujeito no campo da Psicologia. O primeiro passo foi encontrar, nas palavras de Nietzsche (1992, p. 23) a provocação a um pensamento que busca tornar-se técnico: “um pensamento vem quando ele quer, e não quando ‘eu’ quero, de modo que é um *falseamento* da realidade efetiva dizer: o sujeito ‘eu’ é a condição do predicado penso.” Além de descolar o visível do enunciável seria necessário distanciar-se daquilo que constitui a Psicologia como uma disciplina científica. Ou seja, para a Psicologia tornar-se ciência, precisava entrar na ordem de um certo discurso científico, de modo a delimitar um campo em que o objeto e o método o definiriam. Ao formular um problema para si mesma, a Psicologia forja o sujeito do enunciado. Por sujeito do enunciado aqui se entende o “eu” do predicado e não a função e o lugar ocupado pelo sujeito que fala, como descreve Foucault (2000) sobre os enunciados.

Quando somos interpelados pelo “eu” que pensa chegamos a um outro espaço: o da causalidade. Se o sujeito é aquele do qual partem as ações, é ele mesmo a causa das modificações históricas. Nesse caso, o exercício seria circunscrever “o espírito de uma época, as mudanças tecnológicas ou sociais, as influências de todos os tipos” (FOUCAULT, 2000b, p. 186) característicos de um tempo histórico. Os efeitos desta racionalidade recaíam sobre esta pesquisa, na medida em que o SUS era apresentado como o espírito de uma época, ao mesmo tempo em que os trabalhadores da saúde eram tomados como sujeitos do predicado trabalhar. As subjetividades eram subjetividades que falavam, portanto, atribuía-se a elas um papel constitutivo a um ato e suas percepções e formas de trabalhar como a origem de toda

uma historicidade.

Foi por meio da aproximação com as formas de trabalhar na saúde que os trabalhadores desta passaram a ser descritos como formações existenciais, tornaram-se marcas, estratificações, que, ao serem diagramatizadas, forjavam modos de viver. De modo que o olhar voltou-se não para o sujeito da ação, mas para as ações que recaíam sobre o sujeito, as tecnologias de governo que possibilitavam tanto o ver quanto o falar do trabalho na rede pública. A discussão da tese fez uso da própria possibilidade de um ensaio, uma experiência, na qual “Falar, como escrever, nos engaja, pois num movimento de separação, uma saída oscilante e vacilante” (BLANCHOT, 2001, p. 67). Não é uma justificativa sobre o modo de tecer o texto, e sim de colocá-lo em uma ordem, na qual palavras o antecedem, e tornam-se aqui, apenas “o acaso de seu desenrolar” (FOUCAULT, 1996, p. 6). O que se quer explicitar com isso é o lugar de onde se fala, o plano do qual emerge a possibilidade de problematização no texto.

1.4 DESNATURALIZAÇÕES E DISPOSITIVOS: AINDA UMA IMPLICAÇÃO

A análise da implicação é uma forma de considerar os vínculos afetivos, profissionais, políticos que estabelecemos com as instituições em análise e que é somente por meio desses que as instituições tornam-se analisáveis (RODRIGUES E SOUZA, 1987). As instituições são os modos pelos quais colocamos em análise as relações que se estendem pelo tecido social, de modo que as instituições de pertencimento são o que possibilita nossa inserção, também, como pesquisadores em um determinado campo de investigação. Essa imposição ao pensamento trouxe para esta tese o problema de pesquisa, que será apresentado no capítulo “Políticas da existência: emergência de um problema”. Partiu-se de uma consideração naturalizada sobre o trabalho na rede pública, de modo que o público era considerado como uma estrutura permanente - a esfera pública-, era uma evidência e não um problema. Ao mesmo tempo, era ele próprio aquilo que não cessava de provocar o pensamento, de fazê-lo interrogações. Tomar o público como uma esfera social, como um espaço geográfico de certas relações sociais engendra-se da implicação no processo de formação do olhar desta pesquisa. A produção deste olhar é tributária da década de noventa, de modo que a saúde no campo psicológico, o Sistema Único de Saúde como espaço de práticas psicológicas e o próprio público eram realidades, fatos sociais. A interpelação por este discurso tanto inseria o

pesquisador no campo da saúde quanto o tornava possível como pesquisador. Dessa forma, era preciso um estranhamento, uma contradição quanto à relação natural entre a Psicologia e a Saúde bem como a distinção entre o público e o privado como esferas que caracterizavam as relações sociais.

O público começa, então, a ser perscrutado, de modo a tentar descrevê-lo como uma forma de experiência. Para tanto, as idéias de Arendt (1989) servem como um outro caminho para o olhar, como uma significação que nasce, portanto, estranha ao que aparecia como realidade. Amparada nisso, a pesquisa sofre um certo abalo, pois de um espaço geográfico o público emerge como um espaço de experiências que o sujeito faz de si. Essas experiências são coladas ao que a autora refere como a formação de um sujeito político. Isso faz interrogações sobre como essa relação entre sujeito, política e público se apresenta na contemporaneidade. O público começa a deixar de ser um *a priori* histórico.

A História da Sexualidade de Michel Foucault entra nessa esteira de intercessores e torna essas naturalizações uma problemática na medida em que, para descrever as formas de investimento do poder sobre a vida, formula o conceito de dispositivo. O conceito de dispositivo abre possibilidades de pensar em Psicologia, no sentido de percorrer as crises que um pensador como Michel Foucault cria no campo da Psicologia ao objetivar práticas de liberdade e práticas de privatização da existência. Não é apontar Foucault como a grande saída para a Psicologia, mas o modo como amparar-se em seu pensamento cria linhas de fuga dentro do próprio campo psicológico, na medida em que permite a criação de máquinas de ver e falar distintas. Explica-se melhor: transversalizar a Psicologia pelo conceito de dispositivo de Foucault é criar um outro território dentro do próprio território psicológico, é tomar o autor tanto como uma nova superfície de inscrição no campo da Psicologia quanto da criação de novas linhas de força, de jogos políticos, é um projeto de problematizar o conceito de dispositivo no campo psicológico enquanto uma experiência, como escreve o próprio Foucault (1990, p. 10), “se entendermos por experiência a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade”. É um exercício de pensarmos a nós mesmos mediante essa diagonal traçada entre a Psicologia e Michel Foucault.

Dessa forma, novas coordenadas surgem para a pesquisa. Não se trata mais de pesquisar os trabalhadores da saúde, pois isso implicaria estabelecer uma teoria do sujeito do conhecimento, um *a priori* histórico dos saberes da modernidade (MACHADO, 2001). Trata-se agora de voltar-se para o público como um território de experiências que estabelecem relações entre verdades, normas e subjetividades. Além disso, torna-se necessário descrevê-lo

como uma emergência, com discontinuidades que se atualizam em um presente, não como um modo de torná-lo igual ao passado ou uma justificativa de sua presentificação, uma causalidade para a história do presente, mas aquilo que como herança torna esse presente uma outra forma, um acaso de seu desenrolar.

1.5 NOVOS INTERCESSORES PARA A HISTÓRIA DE UMA IMPLICAÇÃO

Colocar em análise a própria forma de olhar implica um exercício de estranhamento sobre um objeto que aparece como condição ao pensamento. Percorrer o campo psicológico e encontrar-se com a saúde e o público seria uma resposta à alteridade destas instâncias, a provocação a um pensar, no entanto, ao tentar circunscrevê-las, no ato de escrita deste estudo, acaba por marcá-las como categorias, como unidades. Uma implicação que não cessa de aparecer. Para fragilizar essa marca, que coordena o olhar nesta pesquisa, foi preciso o auxílio de intercessores, “construir conceitos capazes de movimentos intelectuais” (DELEUZE, 1998, p.152). Esses intercessores começam a ser fabricados quando a saúde pública é tomada como caso-pensamento desta tese, ou seja, quando a saúde pública é colocada em uma série com interferências que produzem um movimento oscilante. A série não seria um domínio pré-existente que conformaria a saúde pública, mas domínios criados para o exercício de pensá-la.

Os intercessores, nesta tese, apareceram tanto em termos de domínios teóricos - Foucault, Arendt, Castel, Pinto, Silva, entre outros - que passam a articular-se e produzir um movimento no olhar; em termos de documentos que começam a ser escolhidos como material de análise, quanto de situações do cotidiano: conversas, imagens-tempo, enunciações, encontros que se estabelecem no desenrolar de um pensamento. Esses diversos domínios implicam nesta tese a formulação de um conceito-problema: algo na saúde pública seria utilizado para colocá-la em análise. O público, então, emerge como conceito problema, como a diagonal desse caso-pensamento.

Foi preciso seguir algumas coordenadas para a problematização desse conceito-problema. As coordenadas aparecem quando o conceito de relações de poder e verdade tornam-se mais espessos para a discussão. Ou seja, a genealogia do poder em Foucault (1995, 1999) conforma o olhar sobre o público, de modo a considerá-lo como um dispositivo político que se articula a uma estrutura econômica. É por meio do dispositivo que se torna possível retornar à subjetividade. Agora trata-se de articular um conceito-problema com as formas de

subjetivação no contemporâneo, de modo a considerar que o poder não investe apenas em tecnologias de governo do outro, mas em tecnologias de governos de si, forjando figuras existenciais que marcam modos de viver.

Para estudar uma ontologia do presente no que tange à saúde pública, foi preciso conceber uma teoria do ser do público bem como estratégias políticas imanentes a essa configuração, um domínio de verdades que constitui um campo de racionalidades com seus suportes técnicos para se exercer. Esse processo é tecido por meio de um ensaio metodológico subsidiado nas idéias de Foucault (1999): o dispositivo de publicização, formulado a partir do público como o conceito-problema desta tese, foi perscrutado a partir de linhas histórico-teóricas e histórico-políticas.

As linhas histórico-teóricas, que serão discutidas no capítulo “Saúde Pública: do indivíduo à população”, apresentam-se como as problematizações para esta tese sobre articulações entre público, saúde e política; público e o social-assistencial; público, população e epidemias. São estas as condições de possibilidade para forjar o público como um conceito-problema na saúde pública. Desse modo, parte-se da implicação com o conceito de público como forma de ser visto e ouvido, como uma subjetividade refém da alteridade na experiência greco-romana; da implicação da saúde como uma forma de relação consigo que sustenta as condições para o exercício da política na experiência greco-romana. Esses dois agenciamentos do pensamento levam a tese na direção de uma problemática ético-política.

A segunda linha histórico-teórica é tributária do momento de inexistência de articulação entre saúde e público, mas que encontra a emergência de uma lógica social-assistencial e de um poder soberano sobre a morte e o viver. Não há público, pois a experiência que se produz é do outro como propriedade privada do soberano. Neste sentido, não há o outro, não há alteridade e sim práticas assistenciais e caritativas voltadas para formas de vida fragilizadas, um anúncio da lógica tutelar.

A terceira linha trata da emergência da questão social, ou seja, quando a pauperização da vida ganha status e lugar na sociedade cuja necessidade de resposta política a essa problemática torna-se uma estratégia de desenvolvimento da figura do Estado-nação. As estratégias políticas objetivam a pobreza, as epidemias, a urbanização e começam a estabelecer espaços de diferenciação entre o público e o privado, de modo a configurar uma propriedade pública ligada ao Estado e uma propriedade privada ligada aos meios de produção. Nesse momento, modifica-se a genealogia do poder e criam-se as condições de possibilidade para articular saúde com o público: o causar a morte ou deixar viver transforma-se em fazer viver ou deixar morrer. Trata-se da emergência de um biopoder, uma forma de

governo sobre os modos de viver da população.

As linhas histórico-políticas serão apresentadas nos capítulos “Saúde Pública: publicização do Brasil” e “Saúde Pública: dever do Estado e direito do cidadão”. Estas linhas voltam-se para os jogos políticos do dispositivo de publicização que configuram o público como um território do outro, um outro desfilado do privado, um outro que expressa o modo de existência de uma certa formação histórica no Brasil, que publiciza aquilo que lhe escapa em termos de desenvolvimento econômico e urbano. A discussão volta-se para a relação que se encontra no Brasil colônia com a saúde e as transformações macropolíticas e micropolíticas para torná-lo uma república. Essas metamorfoses encontram na saúde uma das formas do poder se exercer bem como de fortalecimento de uma nacionalidade brasileira. Esse jogo político acaba por formular uma estratégia de governo de acordo com as necessidades que se criam desse processo de nacionalização. Isso não quer dizer uma relação de causalidade, mas a urgência de resposta a uma determinada organização social, não relativa à pobreza, mas às endemias e epidemias que se estendem pelo espaço urbano e rural, implicando nas possibilidades de desenvolvimento da nação brasileira como capital financeiro e geografia nacional.

A doença começa a ser formulada como uma questão de Estado, de modo a aproximar necessidades públicas (epidemias e endemias) com necessidades privadas (desenvolvimento de meios de produção). A partir disso, a tese volta-se para aquilo que é nomeado de sanitarismo desenvolvimentista, mediante o qual encontram-se as categorias de contágio e contaminação conjuntamente com movimentos sociais relacionados à industrialização e que provocam a criação de políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador. A figura do operário/ família possibilita o investimento biopolítico como forma de controle da população e a configuração do público a partir das articulações entre doença/previdência/ trabalho. O dispositivo de publicização conforma-se por uma biopolítica racista/higienista/desenvolvimentista do Estado, cingindo o tecido social em que, de um lado, fabrica-se a figura de assistência tutelar ao trabalhador/família e outros/estranhos; de outro, o dever para com o desenvolvimento econômico dos servidores da tutela, a propriedade privada dos meios de produção.

A implicação desse modo de olhar encontra-se, então, com aquilo que Foucault (2004a) nomeia de resistência ou práticas de liberdade. São condições que emergem do próprio campo de lutas. A tutela assim como cria a figura do desfilado e do dependente do Estado, provoca uma outra figura, a do cidadão. O cidadão é uma forma de subjetivação tributária de movimentos sociais da década de setenta, entre eles o da reforma sanitária. O

coletivo formado por um conjunto heterogêneo de figuras e forças encontra-se com o público que articula unidades de sentido ao personalizar e homogeneizar subjetividades; isso abre espaço para um enfrentamento que se configurará na década de oitenta entre saúde pública e saúde coletiva.

O conceito-problema passa a ser revisitado por duas racionalidades que emergem desses enfrentamentos, o público do dever e o público do direito. Ambos formam novas linhas histórico-políticas, pois agora a figura da saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão começa a encontrar materialidade nas coordenadas de um outro sistema de saúde - integralidade, universalidade e equidade. Esse enfrentamento será marcado pelos jogos entre uma figura tutelada e soberana e uma figura cidadã que encontramos nas práticas do SUS, nos programas e políticas voltados para a saúde. O dispositivo de publicização agenciará uma lógica que, ao investir no cidadão, o torna um sujeito de direitos e deveres, uma inteligibilidade de responsabilização individual, de filiação do desfiliação à tutela do Estado. O público configura-se nesse exercício de visibilidade dos restos da existência e em um jogo de captura quando estes restos apresentam-se por meio de práticas de liberdade, por meio de coletivos de produção. A publicização opera de modo a tornar o direito um privilégio, o dever uma tutela. Não se trata de um estreitamento entre o público e o privado, mas de um público que encontra suas condições de possibilidade no privado. Um público que tenta tornar o coletivo submissível a si.

1.6 RESTOS PSICOLÓGICOS: AINDA UMA IMPLICAÇÃO PSICOLÓGICA

Evocar a Psicologia como campo específico de articulação entre saúde e público diz respeito à implicação deste olhar com o conceito-problema e será discutido no último capítulo “Psicologia e o sistema indivíduo de saúde”. Ao longo deste estudo várias formas de encontro com esse campo vão acontecendo, de modo a considerar o público um acontecimento no campo psicológico, ou seja, uma emergência que encontra suas condições de possibilidade nas contradições com as quais as práticas psicológicas se defrontam e tentam dominar.

Esse exercício final é tanto uma forma de problematização da Psicologia por meio do dispositivo de publicização quanto um modo de materialização dos investimentos das práticas psicológicas no campo da saúde. A Psicologia, por operar com um indivíduo privado salvaguarda nas biopolíticas um espaço de privatidade das subjetividades. Isso demarca

tanto a especificidade de suas fronteiras quanto uma inteligibilidade que se volta para aquilo que formula como um “eu” envelopado pela pele. É como se fosse necessário um exercício perene de demarcação de fronteiras para delimitar o seu objeto e a sua especificidade de investimento neste objeto. Como seria exercitar-se em “pentear a contra pelo” e não afastar-se do campo? Um dos caminhos tentados por esta tese é utilizar aquilo que interroga as práticas psicológicas por meio de exercícios de reflexão. Esses exercícios apenas se tornam possíveis quando as fronteiras não são mais nítidas, quando intercessores provocam torções nas implicações de um olhar psicológico e produzem um movimento. Seria uma forma de qualificar o olhar psicológico mediante uma resposta a esse campo de exterioridade que não cansa de aparecer.

Trata-se de pensar a ética como uma prática no campo psicológico, que torna o outro imprescindível, “somente mediante o outro a experiência de si é possível [...] não se trata de uma experiência do outro submissível ao si mesmo, mas de uma experiência de sua alteridade, da crença no *ethos* do outro” (ORTEGA, 1999, p. 125). Cruzar fronteiras, e, se perder nesses processos é abandonar um território, mas defrontar-se com a necessidade de a ele retornar. Trazer a Psicologia para a discussão desta tese é uma forma de considerá-la como uma estratégia do dispositivo de publicização e as torções que essas formas de subjetivação forjam no próprio saber psicológico. É um modo de assinalar que, se é possível falar do público nas práticas psicológicas, é importante considerar não apenas a experiência do outro submissível, mas do outro como alteridade.

2 POLÍTICAS DA EXISTÊNCIA: A EMERGÊNCIA DE UM PROBLEMA

O diagnóstico assim entendido não estabelece a autenticidade de nossa identidade pelo jogo das distinções. Ele estabelece que somos diferença, que nossa razão é a diferença dos discursos, nossa história a diferença dos tempos, nosso eu a diferença das máscaras. Que a diferença, longe de ser origem esquecida e recoberta, é a dispersão que somos e que fazemos (FOUCAULT, 2000, p. 151).

O estudo desta tese coloca em análise a configuração do público na sua articulação com o campo da saúde. O encontro que possibilita o pensar, nesta tese, constitui-se na invenção de uma problemática que deixa de ser tomada como uma evidência histórica: a saúde pública. A interrogação sobre este campo provoca o pensamento a desterritorializar a saúde pública por meio de um exercício de disjunção, de modo a considerar as duas figuras que a formulam - saúde e público - como um jogo político. Desse modo, a saúde pública deixa de ser um objeto natural e passa a ser um caso-pensamento (SILVA, 2001). Entretanto, o que permite torná-la um caso-pensamento é o conceito-problema que a coloca em análise: o público. O público, então, é objetivado como a coordenada que orienta a investigação no sentido da interrogação, daquilo que possibilita uma problematização.

Indagar sobre a configuração do público, torná-lo um conceito-problema, implica situá-lo como um acontecimento, significa migrar para um espaço de exterioridade e estranhar uma evidência. O estranhamento se produz quando da análise de implicação com o caso-pensamento, ou seja, quando a saúde pública provoca uma certa inquietação quanto à naturalização do público no próprio campo e torna possível uma outra forma de olhá-la (ALTOÉ, 2004). O caso-pensamento passa a ser visibilizado a partir daquilo que em um primeiro momento caracterizava-se como uma condição intrínseca, na qual a saúde das populações era uma questão pública, encontrando como o primeiro foco de interrogação as formas de subjetivação no trabalho na rede pública de saúde. Ou seja, o público apresentava-se como inerente, como um conceito abstrato que caracterizava um local específico de práticas em saúde, uma esfera. O exercício de inflexão sobre essa primeira formulação de um problema, ou seja, colocar o próprio problema de pesquisa em análise e considerar as implicações sobre essa forma de interrogação, abriram um outro território de investigação. De uma conformação como esfera, o público passa a ser olhado como um território de experiência, de modo que outras formas de produção de sentido poderiam ser pensadas.

A inspiração para pensar o público como uma forma de experiência torna-se possível pelas discussões que Foucault (1998) faz sobre a subjetividade, de modo a considerar que um

tipo de experiência é possível mediante um conjunto articulado de regimes de verdade, jogos políticos e formas de subjetivação. Esse campo de inteligibilidade permite, então, problematizar o público quando articulado ao campo da saúde. Quer dizer, colocam-se em análise as configurações do público a partir de sua correlação com o campo da saúde. Esta questão de pesquisa apresenta-se como uma dispersão, como uma diferença na forma de pensar e que, aliás, possibilita o próprio pensar. Diferença na medida em que a justificativa para esta perscrutagem encontra-se tanto no campo da Psicologia quanto no senso-comum. Na Psicologia, quando esta se volta para o campo da saúde pública, seja pelas práticas na rede pública, seja pelas práticas nas políticas públicas, seja pela inclusão da saúde coletiva na formação de psicólogos. No senso-comum, quando a saúde pública é tomada como uma topologia, como uma forma de identificação da população dependente do Estado e os modos de atenção a esta.

A reflexão sobre o público inicia-se nas considerações de Arendt (1989) sobre a relação entre esfera pública e condição humana bem como nas discussões de Foucault (1998) sobre uma ontologia do presente. Essas duas linhas que iniciam a composição desta tese dizem respeito a estratégias ético-políticas de constituição de sujeitos. Desse modo, parte-se de um plano de objetivação do público e o modo como este vai transformando-se, articulando-se a novos objetos e produzindo distintos modos de subjetivação no campo da saúde. A forma pela qual este estudo encontra um modo de compreensão das metamorfoses do público e sua articulação com a saúde ampara-se na objetivação do público enquanto um dispositivo, segundo a discussão que Foucault (1999) faz deste conceito.

Problematiza-se essa relação enquanto um dispositivo, segundo Foucault (1999), a partir da articulação entre público e saúde e as transformações que a experiência de público apresenta por meio de biopolíticas, na medida em que constrói e medeia a relação do sujeito consigo mesmo, produzindo certos modos de experimentar a si mesmo e relacionar-se com o outro, uma ontologia do presente em que o humano se fabrica no interior de certos aparatos, constituídos por estratégias biopolíticas.

Tanto Foucault (1987) quanto Arendt (1989) partem, em suas análises, dos modos de viver na Antiguidade Clássica, de modo a objetivarem a experiência grega para compreenderem os modos de produção da Modernidade. As linhas que estes dois autores visibilizam dizem respeito aos procedimentos ético-políticos que constituíam os indivíduos e os modos de viver no coletivo. Ambos os autores intentam tomar as formas de viver grega não como modelo a ser seguido, mas enquanto emergência de territórios existenciais que apresentam objetivações, mediante as quais a Modernidade vai utilizar-se, porém com

estratégias distintas em função dos novos jogos políticos apresentados pelo capitalismo e pelo liberalismo. A analítica volta-se para um espaço de práticas de governo, de tecnologias de controle e produção de sujeitos por meio da criação de mecanismos de fabricação de artefatos sociais, superfícies de inscrição, formas de governo do outro e de si mesmo.

A partir dessas considerações, a interrogação da tese conforma-se nas condições de emergência da articulação entre o público e a saúde e como esta articulação traz consigo e expressa certas formas de subjetivação.

O percurso da tese sustenta-se, entre outros aspectos, na reflexão sobre fato e artefato, proposto por Latour (2001, p. 164). Segundo o autor, para os fatos existirem precisa-se de uma “teoria enraizada na história da pesquisa”, o que torna possível a visibilidade do objeto bem como seu status ontológico. Entretanto, o status ontológico não é derivado de uma essência do objeto, mas sim “de ocasiões de fazer contato propiciadas a diferentes entidades. Essas ocasiões de interação permitem às entidades modificarem suas definições no curso de um evento”.

A questão desta pesquisa, ao objetivar o público, perscruta o modo como esse é formulado em função de uma ocasião de interação - saúde e público - que o modifica, ao passo que ele mesmo passa a modificar as entidades com as quais interage, transformando a relação entre ética, população e formas de governo. No momento, então, que se intenta estabelecer de que modo o público é fabricado, acaba-se com a própria autonomia do público, pois somente é possível pensá-lo em termos de construção na medida em que o toma-se enquanto uma entidade, um organismo que é transformado ontologicamente. Mas é preciso partir de um fato - a saúde das populações-; não há um jogo zerado, há um fato com o qual passa-se a interagir e que passa a existir como público, não como um termo do exterior, mas como uma proposição : “os fatos precisam sempre ser enquadrados e gerados por uma teoria”. O deslocamento da referência do pesquisador para a referência do público, é que torna possível falar do público para que ele possa falar autonomamente. Mas é importante deixar claro que o autonomamente não se refere a uma exterioridade, mas à capacidade de agir e interagir.

2.1 COMPOSIÇÃO DE UM OLHAR

O trapezista de Kafka, na sua exclamação apavorada, expressa o que as acrobacias do mundo contemporâneo tentam dissimular a todo custo: a percepção vertiginosa de que estamos por um fio, a descoberta penosa de ver-se reduzido a quase nada, a suspeita crescente de que esse pouco talvez não baste para prosseguir. Ao lado da certeza esvaída, a vida depauperada, o abismo escancarado, a quebra irremissível no fio do tempo e no contorno da alma (PELBART, 2000, p. 7).

A experiência da existência por um fio leva a certas interrogações sobre os modos de subjetivação no contemporâneo. As acrobacias às quais estamos sujeitados conformam novas figuras, novos modos de viver, produzem certas articulações no presente, certas genealogias da subjetivação. A “vida depauperada”, “o abismo escancarado”, “ver-se reduzido a quase nada” são fios da experiência cotidiana que levam a interrogações sobre os instrumentos mediante os quais os seres humanos constituem a si próprios, as relações que estabelecem, consigo mesmos. Dessa forma de pensar a subjetividade emerge a primeira objetivação do que seria perscrutado nessa tese: as formas de subjetivação no contemporâneo. Entretanto, como se tratava de objetivar certos modos existenciais, foi necessário circunscrever um local de um problema histórico e não a base de uma narrativa histórica - o humano. O local é desenhado pela saúde, ou seja, pensar as formas de subjetivação no campo da saúde.

Demarcar o campo da saúde como local de uma problemática histórica se faz necessário no momento em que os modos de subjetivação são compreendidos por meio de práticas que se instituem no cotidiano e que forjam as formas de relação que os seres humanos estabelecem consigo mesmos. A saúde é focalizada como um campo, um campo de produção de sujeitos, mas se torna necessário eleger algum analisador para essa problematização. O analisador não é um objeto natural, ele emerge justamente como um operador que possibilita a criação de uma região de visibilidade e um campo de enunciabilidade, ou seja, produz a possibilidade de ver e falar. Na realidade, o analisador é um instrumento mediante o qual algo passa a ser foco de investimentos. O público passa a ser um analisador, nesta tese, tanto por constituir-se como um modo de produção de artefatos sociais que incluem humanos e não-humanos, quanto, por na contemporaneidade apresentar, segundo Castel (1998, p. 24) “uma forte correlação entre o lugar ocupado na divisão social do trabalho e a participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção que cobrem um indivíduo diante dos acasos da existência”.

As condições do contemporâneo criam uma população considerada pelo neoliberalismo como dependentes de serviços estatais. A racionalidade da dependência do Estado engendra-se na produção de um refugio social que não encontra na figura do Estado uma dependência em termos de contrato social, de fazer sociedade, e sim de tutela social. Essa população que, na impossibilidade de filiar-se às condições e artefatos privados, busca no Estado as suas possibilidades de sobrevivência. Essa população são as categorias de desempregados ou subempregados; moradores da periferia, que não é mais periférica nos centros urbanos, pois, dado o número cada vez maior de pessoas que se localizam nessas zonas, não é mais possível uma organização do espaço urbano que contenha essas comunidades às margens das cidades; beneficiários de seguros desemprego, seguros por incapacidade funcional; jovens à procura do primeiro emprego; estudantes com apenas o ensino fundamental ou médio; analfabetos; ocupações provisórias, temporárias, sazonais, enfim 80% da população brasileira. Em função disso, o Estado se vê impelido à manutenção de suportes para a população, de modo a abranger toda a percentagem populacional que não conta com recursos próprios para amparar as possibilidades de vida.

No âmbito da saúde são produzidas políticas e programas voltados para a população, apresentando-se de diferentes maneiras, conforme as articulações que se estabelecem. As modalidades contemporâneas aparecem na forma da saúde pública e, a partir do final da década de setenta, com um movimento de grupos técnicos e da sociedade civil, emerge a reforma sanitária, que se organiza em termos de saúde coletiva em contraposição às características privatistas da saúde pública. Na Constituição de 1988 é conformada a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um modelo de atenção integral à saúde da população como alternativa ético-política ao modelo de assistência à saúde.

O SUS apresenta-se como um conjunto de práticas que objetivam modificar a lógica privatista da saúde pública, de modo a ser tomado enquanto práticas de liberdade frente aos modos despóticos e liberais da assistência à saúde com base na lógica da higiene social. É importante assinalar que existe uma diferença, no modo de conceituar, entre práticas de liberdade e a libertação que reside no solo de discussão sobre uma ontologia histórica do presente em que práticas de liberdade não são sinônimos de libertação. Ou seja, a análise centra-se na diferenciação entre tecnologias de uma estética da existência no primeiro caso e tecnologias despóticas e epistemológicas² no segundo caso, de modo a considerar o que torna

² As tecnologias despóticas dizem respeito ao modo como o sujeito controla a si mesmo em termos de comportamentos, ações, enquanto que as tecnologias epistemológicas dizem respeito as formas como o sujeito conhece a si mesmo.

um sujeito publicizado na saúde e o que fazem de si mesmos no cotidiano quando envolvidos por práticas de liberdade. As práticas de liberdade, se tomamos Foucault (2004a) como referência, são condições ontológicas da ética. Por exemplo, pensar em termos de cidadania e compromisso social inclui, neste exercício, práticas de cuidado tanto de si quanto do outro e essas práticas de cuidado podem ser compreendidas como práticas de liberdade tanto individual quanto cívica. O que se torna importante problematizar, segundo Foucault (2004a), são os critérios em relação à libertação, pois corre-se o risco de estabelecer que, a partir de um “desenvolvimento” histórico, alcançaríamos uma verdadeira natureza humana, uma verdadeira libertação dessa natureza dos processos que a reprimiram. A questão é o que as práticas de liberdade têm a dizer aos movimentos, aos exercícios que a contestam por meio de tecnologias despóticas e epistemológicas, como se envolvem nesses movimentos e que outras práticas são inventadas a partir disso. As práticas de liberdade, neste caso, são, portanto, políticas de não escravidão e para tanto contemplam, também, um modelo político.

Não se trata, portanto, de investigar as representações de público, mas qual o modo que este se constitui no campo da saúde. O que acontece é uma torção no pensamento em que o público passa a figurar como conceito-problema, ou seja, o local de onde partiriam as reflexões sobre a temática das formas de subjetivação no campo da saúde. Latour (2001, p. 56) pontua a construção de um conceito-problema como um processo que “não se trafega diretamente dos objetos para as palavras, do referente para o signo, mas sempre ao longo de um arriscado caminho intermediário”. O caminho intermediário, ou a derivada como escrito anteriormente, se tornou possível pelo hiato que surge no processo da pesquisa: de um lado a saúde e de outro o público. Passou a ser feito um outro caminho, que mais parece um labirinto de Dédalus, por meio da objetivação do público.

Essa discussão, ou seja, estreitar o campo de problematização entre o público e a saúde lança o olhar à capacidade que se criou na modernidade de tornar o mundo comensurável ou classificável, ou as assimetrias entre o público e o privado por meio de taxionomias. A classificação e mensuração dos humanos e não-humanos produz uma simetria entre as “naturezas-cultura³”: “se existe uma coisa que todos fazemos da mesma forma é construir ao mesmo tempo nossos coletivos humanos e não-humanos que os cercam” (p. 104). A simetria da qual se trata aqui é justamente um certo espaço e domínio - o público - transformar-se em condição de existência do humano, tanto no sentido de produzir certas formas do humano

³ “Mas a própria noção de cultura é um artefato criado por nosso afastamento da natureza. Ora, não existem nem culturas - diferentes e universais - nem uma natureza universal. Existem apenas naturezas-culturas, as quais constituem a única base possível para comparações” (LATOUR, 2001, p. 147).

experimental-se, quanto de tornar-se suporte para localizar os humanos em certas estruturas sociais. O público enquanto artefato humano torna-se uma condição de vida.

Operar com o conceito de artefato diz respeito ao olhar que se volta para uma dimensão de práticas, de redes de investimentos que possibilitam uma exegese dos coletivos. Dito de outro modo, o público passa a ser analisado na sua qualidade de categorização e organização dos coletivos. Essa problematização se sustenta nas metamorfoses do público a partir do distanciamento da noção de um espaço comum entre humanos, espaço esse de trocas e reconhecimento do outro, para a conformação de um território sociológico/psicológico, ou seja, de um plano no qual se encontram as massas vulneráveis⁴ produzidas pela industrialização no caso europeu e no Brasil pela lógica do coronelismo e da semi-escravidão anterior à industrialização. A pesquisa se volta para a rede de investimentos que transformam a experiência do público, articulado ao campo da saúde e vetor de certos modos de viver.

O público enquanto conceito-problema é perscrutado não como um exercício de definição conceitual, e sim como uma prática de objetivação constituída por uma rede de estratégias que não unificam o objeto, mas o multiplicam, o transformam, tornam-se condição humana, aproximam experiências de territórios distintos: saúde e público.

2.2 EMERGÊNCIA DO PÚBLICO NA PESQUISA

O surgimento da cidade-estado significava que o homem recebera, além de sua vida privada, uma espécie de segunda vida, o seu *bios politikos*. Agora cada cidadão pertence a duas ordens de existência; e há uma grande diferença em sua vida entre aquilo que lhe é próprio (*idion*) e o que é comum (*koinon*) (ARENDDT, 1989, p. 33).

O campo de dizibilidade de onde se parte para problematizar o público diz respeito às discussões que Arendt (1989) faz sobre a condição humana. A região de visibilidade do público emerge da apreensão do trabalhador da rede pública enquanto objeto inicial de pesquisa.

De acordo com Arendt (1989), a divisão entre esfera privada e esfera pública é herdeira da distinção entre esfera familiar e política, que encontram seu aparecimento na emergência da cidade-estado. Desse modo, operar com os conceitos de público e privado

⁴ A vulnerabilidade é entendida como precariedade de suportes sociais e precariedade de acesso aos bens sociais e materiais.

enquanto esferas de experiência humana apresenta uma certa dificuldade na medida em que falar de um pressupõe o outro como seu oposto, de modo que a esfera pública voltava-se para as atividades pertinentes a um mundo comum entre os homens e a esfera privada definia-se como espaço pertencente à manutenção da vida.

Nessa linha de argumentação, a autora assinala que o aparecimento da cidade-estado bem como da esfera pública se deviam à esfera privada e à família. Entretanto, o que refreava a invasão do privado pelo público era justamente o fato de que, para participar da esfera pública, o homem precisava ser dono de um espaço, de um lar, de um território. A esfera pública, nesse sentido, diferenciava-se da privada tanto no que tange à liberdade quanto à igualdade, pois apenas nos domínios privados e familiares se encontrava uma estrutura desigual em termos de posições e lugares. A esfera pública, na Antiguidade, dizia respeito à aparência ligada à existência quando vista e ouvida por outros, de modo que o público tornasse o contrário do privado, a existência de uma desindividualização, de um vivido não em um espaço de dentro, mas de um vivido no coletivo, o público volta-se para o comum, para um espaço onde o humano se dá a conhecer de forma igual. É visto e ouvido aquele ou aquilo que tem uma existência pública, que constitui uma realidade que garante o que vemos e ouvimos, ou seja, a realidade do mundo e de nós mesmos. O que acontecia nessa perspectiva é que o que estabelecia a vida pública não era feito nem por meio do cidadão nem tampouco da *res pública*, mas o trabalhar em benefício do povo. Havia uma distinção entre o homem cidadão/político e o *homem faber*, este enquanto um artífice exibia e trocava seus produtos, ou, nas palavras de Arendt (1989, p.173): “o *homo faber* é perfeitamente capaz de ter a sua própria esfera pública, embora não uma esfera política propriamente dita. A esfera pública do *homo faber* é o mercado de trocas”. O público, desse modo, caracterizava-se pelo mercado de trocas que não se confundia com o espaço de negociação dos cidadãos, pois estes deviam distanciar-se de assuntos públicos para investir em assuntos políticos.

Nessa esteira das definições de Arendt (1989), em que a discussão do público é feita por meio da problematização entre o artífice/*homo faber* e o cidadão, a experiência do público diz respeito ao próprio mundo, mas um mundo enquanto mercado de trocas, artificial e constituído por negociações, por relações de troca. Desse modo, a objetivação do público tem como formas de subjetivação o *homo faber* e as relações de trocas de mercadorias. O lugar do privado dizia respeito tanto ao processo de produção dos artefatos do *homo faber* quanto do trabalhador doméstico representado pela figura do escravo. A esfera privada apresentava como característica uma existência que se privava de algo, ou seja, o privado estava relacionado à privação. Privação em termos de participação, de pertencimento ao comum,

“quem quer que vivesse unicamente uma vida privada - o homem que, como o escravo, não podia participar da esfera pública ou que, como bárbaro, não se desse ao trabalho de estabelecer tal esfera - não era inteiramente humano” (ARENDDT, 1989, p. 48).

O que se quer apontar com isso é a separação entre um território que produz a experiência do público na Antiguidade e um território que produz a experiência do político - *a polis*. Essas duas conformações produziam distintas figuras existenciais: o trabalhador e o cidadão. A liberdade constituía-se na *polis* e tinha a igualdade como uma de suas prerrogativas na medida em que era um território de persuasão, mas não de violência. As atividades que diziam respeito à manutenção da vida não deveriam adentrar a experiência política. O trabalho, desse modo, era uma forma de filiação ao público, mas não ao político e havia uma perene incitação ao distanciamento do trabalhador da experiência política. A questão, então, está em pensar de que modo, na contemporaneidade, o público articula-se com o político e como o trabalho é objetivado nessa relação. Isto porque, na modernidade, encontramos um tropos nessas formas de amalgamar o público com o trabalhador e o político com o cidadão. A modernidade justamente enaltece o *homo faber* em função da equalização da vida com o capital e não com a política; desse modo o político⁵ deve ser excluído dos processos produtivos. Outro ponto de diferenciação é que o trabalho não visa na modernidade à manutenção da vida e sim à criação de novas formas de vida por meio do consumo. Neste período, ser cidadão/trabalhador não quer dizer ser político. As formas de acesso do indivíduo aos suportes sociais se dão por meio do trabalho. Até a década de oitenta, no Brasil, os indivíduos que tinham acesso à saúde pública eram os trabalhadores com carteira de trabalho. Essa torna-se a outra questão que se aproxima, em termos de perscrutagem, do conceito-problema: o público, a saúde e o trabalho. Ou seja, de que modo o público torna-se uma questão de Estado, deixa de configurar-se como um mercado de trocas do *homo faber* e passa a caracterizar um domínio de suportes sociais para o indivíduo? De que modo a figura do *homo faber* aproxima-se da do cidadão.

O salto que é dado neste texto da Antiguidade para a Modernidade é feito para marcar dois momentos de construção desta pesquisa. O primeiro - a Antiguidade - refere-se à forma como o público aparece em termos de experiência, ou seja, de que modo determinadas formas de relação consigo e com o outro forjam para o indivíduo um determinado território. É uma maneira de reconstruir um determinado objeto a partir das rupturas e transformações que, ao mesmo tempo que o tornam herdeiro, o fabricam de um modo distinto. As descrições dos

⁵ Político em termos de potência e possibilidade de vida.

modos de objetivação gregos servem como forma de compreender a maneira como o público aparece em um determinado momento, tornando-se condição histórica de possibilidade para o humano relacionar-se com algo não apenas em termos de subsistência, mas de um espaço de trocas, reconhecimento e pertencimento no que tange à capacidade de produção de artefatos, ou seja, de trabalho. É um território no qual o *trabalhador/homo faber* se dá a conhecer e experimenta a si mesmo enquanto artífice.

O segundo momento - a Modernidade - é utilizado, pois a figura do indivíduo moderno serve de condições de possibilidade para a emergência do trabalhador enquanto foco de investimentos tecnocientíficos (Organização Científica do Trabalho), de modo a caracterizar-se o trabalhador não mais como um artífice/*homo faber*, mas como um indivíduo que vende sua força de trabalho. As relações entre trabalho e público, na Modernidade, assumem novos contornos, pois não é pela condição de *homo faber* que os indivíduos experimentam o público na medida em que este migra do mercado de trocas para propriedade do Estado. Essas duas inscrições - Antiguidade e Modernidade -, nesse momento, servem para rastrear rupturas/continuidades/descontinuidades nas conformações do público e os espaços possíveis de visibilidade desses cenários em termos de articulação com a saúde e com as formas de subjetivação no contemporâneo.

Essa problematização engendra-se em um pensamento que se volta para as transformações que a experiência do público sofre em termos de processos de objetivação e articulação e os modos de subjetivação produzidos. Esse percurso acabou por conduzir a pesquisa em direção ao conceito de dispositivo, ou seja, o dispositivo de publicização.

2.3 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Para problematizar a saúde pública por meio do conceito-problema, parte-se de uma reflexão que possibilita a construção do objeto desta pesquisa. A estratégia de produção de conhecimento inspira-se na genealogia de Foucault (1999). A genealogia apresentou-se como uma ferramenta que auxiliou tanto na interrogação de diferentes racionalidades quanto na forma de perscrutar essas multiplicidades.

A formulação de um caso-pensamento implicou ensaiar-se em uma racionalidade que interroga o modo como as práticas sociais produzem domínios de saber que tanto fazem

aparecer novos objetos, conceitos, técnicas quanto novas formas de sujeitos e subjetividades. Desse modo, perscrutar a saúde pública significaria percorrer um território de práticas que produziam certas verdades, certas condições e domínios de aparecimento, possibilidades e utilização dos acontecimentos, ou seja, o sistema de sua enunciabilidade (FOUCAULT, 1974). Não se trata, então, de investigar o que significa a saúde pública, mas como a partir de um determinado momento e de um conjunto de práticas, a saúde pública torna-se enunciável. A forma pela qual essas práticas engendram um domínio de saber, define-as como exercícios políticos, relações de força que pressupunham um campo de verdades. Tratava-se, então, tanto de uma produção de saber quanto de uma produção de modos de viver, de modo que um saber tem uma existência concreta no cotidiano, existência essa relativa às formas de governo tanto de si quanto do outro.

A relação entre a emergência de formas (verdades) e de forças (estratégias políticas) traz para a pesquisa a problematização da produção de sujeitos. Ou seja, foi preciso um exercício de pensamento sobre a saúde pública como um sistema de formação e transformação de enunciados, não em seu aspecto lingüístico, mas como estratégias políticas para reconduzir-se às formas de subjetivação na saúde. É importante marcar que as formas de subjetivação não são o ponto final desses jogos de saber/poder, mas aquilo que torna esses jogos possíveis, seu ponto de articulação e territorialização concreta no cotidiano. Para isso, foi necessário situar uma teoria não do sujeito mas das práticas que constituem um sujeito no interior mesmo da história e que a cada instante é fundado e refundado (FOUCAULT, 1974). Essas práticas são analisadas, então, tanto em termos de assujeitamento quanto de liberdade.

O início da pesquisa, se, é possível falar de um marco zero, acontece quando o objeto ainda circunscrevia-se às formas de trabalhar na rede pública de saúde. Para tanto, foi escolhido o Hospital Nossa Senhora da Conceição como campo de pesquisa. Na reflexão inicial desta tese, a pesquisa deveria realizar-se em um estabelecimento da rede pública de saúde - Hospital Nossa Senhora da Conceição - investigando as práticas da equipe de enfermagem deste Hospital, envoltas pelas políticas de atenção do SUS, mais especificamente, os trabalhadores da enfermagem (auxiliares e técnicos da enfermagem e enfermeiros) do setor da Emergência do Hospital. A escolha por uma equipe de enfermagem foi feita em razão desta categoria funcional representar 49,6% de trabalhadores do Setor Saúde (PORTAL, 2005).

A escolha pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição origina-se do fato deste ser considerado o único hospital eminentemente dito⁶ público no Rio Grande do Sul, por caracterizar a população que atende como toda ela usuária do SUS, portanto foco de políticas públicas de saúde. Marca-se Hospital Nossa Senhora da Conceição, pois este faz parte do Grupo Hospitalar Conceição constituído pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança, Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Unidades Sanitárias localizadas nas comunidades da região.

Com isso apareceram estratégias de implantação das políticas de saúde, que se voltam para o trabalhador da rede pública de saúde, enquanto foco de investimentos para a qualificação da atenção do SUS. Os hospitais públicos seriam espaços procurados na medida em que não fossem suficientes os serviços e programas oferecidos pelas Unidades Sanitárias. O que acontece é que a população continua usuária dos hospitais como modelo de atenção básica, buscando nas emergências dos mesmos os suportes para “a vida depauperada”. No que tange especificamente ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, a Gestão 2003-2006 articula em suas diretrizes a inseparabilidade de um modelo de Gestão, da Atenção à Saúde e a Formação de Pessoas (PORTAL, 2005). Com base nessas diretrizes, a Gestão 2003-2006 delinea quatro eixos de implementação, capacitação e investimentos: integralidade da atenção; democratização da gestão; operação sistêmica interna e externa; transformação em pólo de educação e pesquisa. Isso implica uma negociação de estratégias administrativas internas, bem como externas na medida em que o Hospital entra na esteira de investimentos políticos como modo de qualificação e sustentação da excelência de um modelo de atenção à saúde como o SUS. O setor de Emergência do Hospital é utilizado como uma das portas de entrada de grande parte da população na rede de saúde bem como instrumento de qualificação da atenção. A questão de pesquisa, então, é retomada. Não se tratava apenas de pensar os modos de subjetivação na saúde, mas focalizar a produção de trabalhadores e modos de trabalhar na rede pública de saúde, frente a essas transformações.

Das observações no espaço hospitalar a pesquisa defronta-se então com os documentos - Gestão 2003-2006 do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que se produziam para a qualificação do sistema de atenção à saúde, de modo que, no campo empírico começa a emergir um outro objeto - o público. Isso acontece na medida em que, mesmo em se tratando de um plano de produção da saúde coletiva, a saúde pública não cansava de interrogar o olhar.

⁶ Afirmar que o Hospital Nossa Senhora da Conceição é um estabelecimento “dito público” ampara-se na problematização de como o público é objetivado. Por hospital público caracteriza-se o Conceição como um estabelecimento da União, gerenciado pelas políticas do SUS.

Essas provocações vinham de enunciações cotidianas sobre “uma questão de saúde pública”, “trabalhadores da rede pública”, “saúde coletiva X saúde pública”, “recursos públicos”, “rede pública de saúde”, “hospital público”, ou seja, um objeto que se multiplicava no discurso da saúde.

Esse acontecimento no percurso da investigação cria a necessidade de voltar novamente para as questões teórico/filosóficas e políticas que direcionaram o pesquisador para a invenção de uma problemática. Desse modo, o público tornou-se o conceito-problema da pesquisa. Mas era preciso delimitar um campo empírico, uma problemática histórica mediante a qual o público seria perscrutado. O local dessa problemática aparece justamente naquilo que se apresentava como uma evidência: a saúde pública. Era preciso um exercício de rachar a evidência e agitar o que se percebia imóvel, fragmentar o que se pensou unido, mostrar a heterogeneidade do que se pensava em conformidade (FOUCAULT, 1995). Define-se, então, a saúde pública como o caso-pensamento, como aquilo que possibilitava colocar o público em análise e este servir de analisador para o próprio campo da saúde pública.

2.3.1 Arquivo: figuras da investigação

Ao considerar que a ferramenta de análise genealógica pressupunha percorrer, não a origem de um acontecimento, mas a singularidade deste e espreitá-lo possuindo uma história, ou seja, que os conceitos também têm uma história, criou-se a necessidade de reencontrar os diferentes cenários, nos quais, o público desempenhava papéis distintos. Para isso recorreu-se a dois documentos formulados pelo Ministério da Saúde (PORTAL, 2005). O primeiro deles apresentava uma linha histórica da saúde pública a partir de uma datação temporal. A Saúde Pública é apresentada como um projeto de “evolução da saúde brasileira” (PORTAL, 2005) e de responsabilidade administrativa do governo. A continuidade histórica formula uma linha de desenvolvimento da Saúde Pública como objeto de investimentos que se aprimoram através dos tempos. Entretanto, é importante salientar que essa “evolução da saúde brasileira através dos tempos” faz parte de um conjunto de práticas de diferentes modalidades de objetivar a saúde pública, no Brasil, por meio daquilo que a constitui.

O outro documento selecionado para a análise foi um texto construído também pelo Ministério da Saúde para a formação de profissionais na área da saúde coletiva. Esse material - Gestão Municipal de Saúde (BRASIL, 2001) - apresentou-se para a tese em dois sentidos: o

primeiro por também fazer uma datação histórica que tornava o público uma evidência na saúde; segundo por ser um instrumento de formação no campo da saúde. Ou seja, uma estratégia de produção de uma racionalidade no campo de saúde que também forjava as figuras existenciais que a operariam.

A partir disso, tomou-se a saúde pública como um arquivo, como uma condição de realidade para determinadas práticas sociais, não condições que tornariam legítimas certas assertivas, mas as condições de emergência, coexistência e correlação de certos objetos, certos modos de ser, certas verdades que segundo um conjunto de normas subsistiriam, transformar-se-iam ou desapareceriam:

O arquivo é de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares. Mas o arquivo é, também, o que faz com que todas as coisas ditas não se acumulem indefinidamente em uma massa amorfa, não se inscrevam, tampouco, em uma linearidade sem ruptura e não desapareçam ao simples acaso de acidentes externos, mas que se agrupem em figuras distintas, se componham umas as outras segundo relações múltiplas, se mantenham ou se esfumem segundo regularidades específicas (FOUCAULT, 2000, p. 149).

Desse modo, o percurso da pesquisa foi encontrando-se com aquilo, que no entender desta tese, compunha um arquivo: além dos documentos citados acima, pesquisados no Ministério da Saúde, foram trabalhados ao longo do estudo, a Lei 8080, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (PORTAL, 2005), a Revista *Physis - Revista de Saúde Coletiva* (1995), o *Boletim de Saúde* (2003), os textos de Luz (1986, 1988), de Mendes (1999), de Paim e Almeida (2000), de Bleger (1984), o livro *Psicologia e Políticas Públicas* (2004), a conferência de Fleury (2005), bem como enunciações do cotidiano como nota publicada no jornal *Correio do Povo* (2006), curso de capacitação em saúde coletiva para trabalhadores de rede pública de saúde, Fórum de Políticas Públicas e Psicologia. Esses materiais continham histórias sobre a saúde pública e a saúde coletiva e marcavam acontecimentos, rupturas, coexistências, regularidades e descontinuidades que multiplicam o objeto da pesquisa. São enunciações do presente que demarcam aquilo que é possível ver e falar da história do conceito-problema. Separadamente, estas racionalidades possibilitaram para esta tese percorrer um solo de práticas que configuravam o público como um dispositivo na medida em que este agenciava tanto os ditos quanto as regras que possibilitavam esses ditos aparecerem.

Conjuntamente com esse campo empírico, foram articulados alguns conceitos-teorias para refletir sobre as operações que se instituíam: as discussões de Arendt (1989) sobre o

público, as discussões de Foucault (1999) sobre biopoder, as discussões de Castel (1998) sobre a “questão social”.

Desse modo, chegou à conformação do público como um dispositivo e estabeleceram-se duas linhas de discussão para a investigação: histórico-teórica, que encontrava, fundamentalmente, em Arendt, Foucault e Castel os conceitos-teóricos que se articulariam ao conceito-problema; histórico-política, que encontrava-se nos exercícios discursivos dos materiais analisados, compondo um jogo de forças que permitiam a operacionalização do conceito-problema. Operar com linhas histórico-teóricas e histórico políticas engendra-se na forma como levantam-se questões sobre uma determinada formação histórica. É um modo de interrogar o objeto e perscrutá-lo como problemática teórico-política. Teórica e política na medida em que se formula em uma racionalidade e em uma mecânica do poder. São estratégias que apresentam o objeto como um acontecimento e não como uma evidência. Essas duas linhas formaram um território para pensar o público como um dispositivo.

Utilizar o conceito de dispositivo no campo da Psicologia é percorrer uma lógica que constrói e medeia a relação do sujeito consigo mesmo, produzindo certos modos de experimentar a si mesmo e relacionar-se com o outro, uma ontologia do presente em que o humano se fabrica no interior de certos aparatos. A operação que o conceito de dispositivo oferece ao pensamento é tanto no sentido da forma como iremos nos interrogar acerca da conformação de um modo de publicização na saúde bem como os objetos tomados por essa articulação, ou seja, é o próprio dispositivo que nos permite objetivar essas formas.

Deleuze (1992, p. 128) escreve, que para Foucault, o pensamento é uma máquina de guerra:

É que no momento em que alguém dá um passo fora do que já foi pensado, quando se aventura para fora do reconhecível e do tranquilizador, quando precisa inventar novos conceitos para terras desconhecidas, caem os métodos e as morais, e pensar torna-se, como diz Foucault, um ato arriscado, uma violência que se exerce primeiro sobre si mesmo.

Entretanto, aqui não se trata de considerar Foucault como um ato arriscado ao pensamento psicológico, pois sua utilização no campo da Psicologia já data de algum tempo. O risco está justamente em compreender que o modo como nos interrogamos, como analisamos é ele próprio produzido por um dispositivo.

2.3.2 Dispositivo: uma chave conceitual

O conceito de dispositivo (FOUCAULT, 1995) é operacionalizado de acordo com condições para demarcá-lo enquanto tal: a) é uma rede que se estabelece entre um conjunto heterogêneo; b) trata-se de um tipo de jogo; c) é um tipo de formação em um momento histórico que responde a uma urgência. Frente a essa descrição e conjuntamente com as considerações sobre a vontade de saber, o conceito de dispositivo torna-se uma grade de análise que permite refletir sobre as instâncias de poder e de saber quando atualizadas no indivíduo. Junto ao conceito de dispositivo, Foucault (1999, p. 77) articula a “vontade de saber”, ou seja, não se trata de considerar o dispositivo como algo que faz calar, mas algo que incita, que produz, que nos força a querer saber. É uma vontade que ilumina e não oculta, “é dele que é preciso falar”, uma vontade que quer a verdade, a chave universal, uma vontade que ao tornar algo visível, concomitantemente o torna aquilo que pode e deve ser falado. Um dispositivo, ao ser articulado a essa tecnologia da vontade de saber, não apenas anexa um objeto a um campo de racionalidade, fazendo-o um objeto-história, um objeto-significação, um objeto-discurso, mas, sobretudo, faz dessa objetivação um modo de subjetivação, torna-se corpo, torna-se alma, torna-se uma interioridade.

A discussão que Foucault (1999) faz sobre dispositivo justifica-se na idéia de que a investigação volta-se para pequenos objetos como enunciados, práticas cotidianas de governos de si e governo do outro, técnicas de inscrição de determinadas verdades, acontecimentos que, na sua qualidade de raridade e dispersão, forjam dispositivos. Um dispositivo não é um modelo epistemológico que sustentaria um conjunto de práticas, pois não se trata de um pensamento que se ampare em conceitos de verdade e progresso no qual a epistemologia seria o solo verificável e fundamento de qualquer acertiva científica. Desse modo, utilizar o conceito de dispositivo não se traduz em buscar um território epistemológico do público, mas as percepções, práticas, saberes que engendram o público enquanto uma estratégia do campo da saúde, que ganha um estatuto de legitimidade na medida em que passa a fazer parte de um dispositivo. É pensar na rede que se tece entre o público e as práticas sociais que lhe dão condições de visibilidade e dizibilidade enquanto um território de produção de sujeitos no campo da saúde.

Por se tratar de uma rede, de um tipo de jogo que responde a uma urgência histórica, é preciso entender que um dispositivo, neste caso, o dispositivo de publicização, não funciona por meio de uma interdição, de uma obrigação, modelo este que seria essencialmente jurídico

e que o enunciado seria um enunciado da lei. Um dispositivo opera numa rede em que é traçado um caminho à liberdade, desenha um corpus em que se torna indispensável, funciona pela técnica, pela normalização e não pela imposição. É um jogo absolutamente heterogêneo, pois é articulado em diversos níveis que extravasam o Estado e seus aparelhos. Pensar em termos de uma urgência histórica diz respeito a circunscrever um território que possibilita a emergência de um dispositivo. O dispositivo de publicização responde à urgência da “questão social”, que se estrutura na modernidade, mas fundamentalmente nos séculos XIX e XX em função dos novos ordenamentos sociais constituídos pela industrialização.

Utilizar o conceito de dispositivo como uma operação teórico-metodológica implica entender “que por trás das coisas há algo completamente diferente: não absolutamente seu segredo essencial e sem data, mas o segredo de que elas são sem essência ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas” (FOUCAULT, 2000a, p. 262). Desse modo, colocar em análise o público na saúde e focalizá-lo como um dispositivo se trata de considerar que a noção de essência localizada como uma interioridade do sujeito e a meta a ser atingida como um caminho de libertação é uma operação paulatinamente construída, forjada ao longo de lutas por imposições de sentidos que sedimentam, gradativamente, por meio de tecnologias, um espaço em que o sujeito estaria resguardado, preservado. No entanto, o dispositivo nos ajuda a compreender que nesse “começo histórico” não encontraremos a identidade do público, e sim aquilo que lhe é estranho e ao mesmo tempo que o torna possível de ser visto e falado, como é marcado por Arendt (1989), o público referia-se ao mercado de trocas e definia a figura do *homo faber*, a saúde não tinha uma relação com o modo de objetivação do público, ou seja, não era uma estratégia do mesmo, bem como o estatuto de interioridade, de essencialidade reservava-se à experiência do privado enquanto meio familiar, enquanto lar, que, inclusive, marcava uma experiência de privação do outro.

É problematizar o público onde ele busca tornar-se técnico, ou seja, quando as práticas de publicização atuam como um aparelho de produção de sujeitos. Para tanto, é importante considerar que um dispositivo é composto por uma série de linhas heterogêneas: linhas de visibilidade e enunciabilidade (formas), linhas de força e linhas de subjetivação.

Por linhas de enunciabilidade compreende-se aquilo que entra em uma ordem do discurso e permite que enunciações tornem-se possíveis e justificáveis. Ao construir-se um regime de enunciabilidade, estabelecem-se também formas de visibilidade, ou seja, aquilo que é possível ver, não como aquilo que o sujeito vê individualmente, e sim este sujeito como um objeto da própria visibilidade. Esses regimes que fazem ver e falar também operam segundo

estratégias, jogos de força, que delineiam e delimitam os trajetos das linhas de visibilidade e enunciabilidade. Essas são linhas de força que criam diagramas. Os diagramas são condições táticas do poder se exercer. As linhas de subjetivação constituem-se conjuntamente com os processos de objetivação das linhas de visibilidade, enunciabilidade e de força. São linhas de inflexão das formas e das forças que tornam indivíduos, coletivos, sociedades, etc., sujeitos de visibilidades e enunciabilidades a partir de operações técnicas sobre si mesmos.

O visível e o enunciável são linhas que compõem um dispositivo como foi escrito acima. São camadas sedimentares que criam regiões de visibilidade e campos de enunciabilidade. Mas o que isso poderia auxiliar no que tange a uma discussão sobre dispositivo? Compreender o visível e o enunciável é situar uma estratificação que compõe o dispositivo em termos de palavras e coisas. Isso não quer dizer buscar a identidade entre as palavras e as coisas e sim as formas e as substâncias que conformam um objeto, situando-o em um espaço/região em que é visto ao mesmo tempo em que se criam expressões que o tornam possível de ser falado. Neste caso, as linhas de visibilidade e enunciabilidade em um dispositivo referem-se tanto a um plano arquitetônico, quanto aos sujeitos que ocupam esses espaços específicos. Os espaços, as regiões dão visibilidade aos objetos, as expressões, as teorias formulam enunciados, que tornam esses objetos passíveis de serem falados. Mas, como já foi escrito anteriormente, não há uma junção entre as palavras e as coisas no que seria seu ponto original; o que existe é uma disjunção, planos estranhos uns aos outros, mas que, em um determinado momento, passam a reforçarem-se ou antagonizarem-se, entretanto, circunscrevem-se a uma determinada região e a um determinado campo.

Essas formações do visível e do enunciável não são posteriores a uma determinada época; são estas formações que dão a possibilidade de se ver e se falar de uma determinada época. Não é a Grécia Antiga que criou o público, mas um certo regime de enunciados que conformaram novos conceitos e objetos é que marcam um momento em que o público passou a ser objetivado em relação ao trabalho e ao mercado de trocas. O visível e o enunciável, entretanto, ultrapassam os comportamentos e as mentalidades, pois são aquilo que justamente os tornam possíveis. O dispositivo de publicização conformaria, pois, essa relação entre Estado, saúde e trabalho, como um modo de governamentalidade da “questão social”.

O dispositivo aqui auxilia a compreender que camadas sedimentares ajudam a compor o público por meio de novos conceitos, de novos agrupamentos, do modo como a saúde entra nesse regime de enunciados.

As linhas de visibilidade e dizibilidade encontram-se com trajetórias, quer dizer, seguem certos percursos. Mas esses percursos não se direcionam a um corpo, a um objeto ou

a um ser determinado, esses percursos são compostos por ações, por jogos, que não destroem ou alteram corpos, objetos ou seres e sim objetivam outras ações. Dito de outro modo, as linhas de força têm como finalidade outras linhas de força e não um objeto específico. O objeto é uma condição desses jogos de força, o objeto é uma derivada dessas estratégias e não uma causa delas. O objeto é uma relação de forças que, conjuntamente com as linhas de visibilidade e enunciabilidade, torna-se aquilo que deve e pode ser falado e visto mediante uma série de exercícios. São essas forças, juntamente com o visível e o enunciável, que tornam possível a publicização da saúde. Mas a ação não se confunde com o comportamento, a força não é o mesmo que uma atitude, a força, a ação é aquilo que, por meio de uma série de exercícios torna um comportamento possível.

A produção de um sujeito mediante um dispositivo se organizará a partir de uma série de tecnologias distintas entre si embora situadas em um plano de imanência, se entendemos por dispositivo uma rede com um tipo de jogo específico (FOUCAULT, 1990).

Essa temática sobre tecnologias sustenta-se em uma ontologia do presente, em que as tecnologias da vida produzidas passam a ter não somente valor de verdade, mas criam a necessidade de ajustamento a elas. Segundo Foucault (1990), a investigação sobre o modo como os indivíduos têm desenvolvido, em nossa cultura, diferentes saberes sobre si mesmos, deve amparar-se na relação entre jogos de verdade e tecnologias políticas. As tecnologias são subdivididas em quatro tipos principais, contudo não devem ser entendidas em seu funcionamento de modo separado: 1) tecnologias de produção, transformação, manipulação que permitem ao indivíduo a experiência do artificialismo da existência humana; 2) tecnologias de sistemas de signos, que permitem pensar o indivíduo como sujeito da linguagem; 3) tecnologias de poder, que governam as condutas dos indivíduos, submetendo-os a certas finalidades e dominação, tornando-os objeto; 4) tecnologias de si, que permitem ao indivíduo tornar-se objeto de si mesmo ao efetuar um certo número de operações sobre seu corpo, sua alma, seus pensamentos, sua forma de ser, com a finalidade de transformar a si mesmo. As tecnologias são formas de governo de si e do outro. As tecnologias da vida são operações sobre os modos de viver, sobre as possibilidades de vida, são formas de biopolíticas.

Desse modo, colocar a questão de pesquisa em termos de dispositivo impulsiona a pensar em termos de coletivos e de tecnologias, ou seja, de uma montagem que forja modos de ver, modos de dizer, modos de produção, modos de relacionar-se consigo mesmo e com o outro.

De modo a perguntar: como a articulação do público com a saúde torna-se um território de existencialização? A partir disso, para compreender a hibridização do público com a saúde e as massas vulneráveis é necessário percorrer um solo de práticas que investem nessa articulação. Considerar, desse modo, uma genealogia da subjetivação no campo da saúde. Utilizar a genealogia da subjetivação como uma ferramenta para perscrutar o dispositivo de publicização oferece a possibilidade de compreender que a transformação se dá em um plano no qual entes distintos passam a ser referentes um do outro, ou seja, migra-se de “um status ontológico ao outro”, percorrendo uma ontologia da realidade, que deixa de ser uma essência e passa a ser considerada uma entidade com condições ontológicas distintas.

3 SAÚDE PÚBLICA: DO INDIVÍDUO À POPULAÇÃO

Afirmar que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado pode ser considerado historicamente uma evidência, em que determinadas condições para a vida são proporcionadas por serviços públicos. Entretanto, neste estudo, coloca-se essa proposição em uma economia do discurso sobre saúde da população que, na modernidade, passa a engendrar uma articulação entre público e saúde por meio de biopolíticas. Essa composição tem conseqüências no modo como o público é territorializado, sendo a saúde um elemento constitutivo deste território. Neste capítulo serão discutidas algumas linhas histórico-teóricas que se tornam condições de possibilidade para anexar a saúde a um campo de racionalidade constituído como um território público.

As linhas que serão descritas circunscrevem modos de existência em determinados espaços-tempo, tais como a experiência grega e a experiência européia na medida em que se apresentam como caminhos, movimentos e transformações para implementar certas estratégias que aproximam o público da saúde: público, saúde e política; público e o social-assistencial; público, população e epidemias. Esse percurso, na tese, diz respeito a situar um campo de produção de conhecimento - saúde pública - que atravessa e constitui um domínio de experiência de si, mas que, no entanto, torna possíveis essas formas de subjetivação por meio de um dispositivo, o dispositivo de publicização, que tem a saúde como objeto imprescindível de articulação e ação. As três linhas: público, saúde e política; público e o social-assistencial; público, população e epidemias, são consideradas um campo de práticas, uma dimensão ético-política que formula uma urgência a ser respondida em termos de governo de si e do outro.

A primeira linha - público, saúde e política - situa a objetivação do público mediante a relação com o mercado, com a política e com um si mesmo, tecida por uma dimensão de cuidados de si com a saúde, a propriedade privada e a figura do cidadão. Parte-se das problematizações de Foucault e Arendt pela correlação que estes autores fazem entre a experiência greco-romana e a modernidade, pelas heranças e descontinuidades em termos ético-políticos.

A segunda linha de conformação do campo da saúde pública discute, justamente, a inexistência desta articulação. Entretanto, marca um campo de práticas em que emerge tanto a figura do social-assistencial quanto do poder soberano sobre o morrer ou deixar viver. Ou seja, apresenta práticas de assistência por meio de uma sociedade da lei que não encontra suas

formas de soberania sobre as coisas, mas sobre o território e, por meio dessa lógica territorial/geográfica, se executam as ações em termos de economia. Uma economia do privado (família, feudo) e não um nível da realidade como mais tarde se apresentará. As discussões de Foucault e Castel servem, neste momento, para encontrar um campo de práticas assistenciais e de governo que posteriormente servirão como atributos da arte de governo das populações - a saúde e as políticas de estado - ou seja, a formação de um objeto de intervenção e a conformação de uma ética-normativa, em que o público passa a ser um dispositivo de regulação social.

A terceira linha - público, população e epidemias - opera com as problematizações de Foucault e Castel em termos de emergência da questão social e da necessidade de resposta política como forma de desenvolvimento dos Estados-nações. Ou seja, o social-assistencial dá lugar a um conjunto de políticas públicas e não mais privadas. Políticas públicas enquanto atributo do Estado-nação. A questão social irrompe com a industrialização e os efeitos desta nos modos de subjetivação: pobreza, epidemias, urbanização. Essa configuração torna-se um desafio em termos de estratégias de governo. Essas estratégias conformam um campo de ações que articula o jurídico/policial à medicina, tendo como foco a população dos espaços urbanos. Essa população será não apenas foco de investimento de um poder sobre a vida - biopoder- mas um campo de produção de conhecimento. É uma das formas de saber e verdade que aparecem dizem respeito à saúde da população; é quando a vida encontra o público. A saúde, então, nesta linha, passa a articular-se ao público, tornando-se objeto e estratégia deste. Saúde enquanto objeto-história, objeto-discurso de publicização da vida.

Essas três linhas supõem-se como suportes para o dispositivo de publicização da vida e dos modos de viver no espaço urbano. São linhas que compõem esse dispositivo tanto em termos de verdades quanto de jogos de força que forjam certos modos de subjetivação no contemporâneo.

Não se trata de uma história do público, mas de perscrutar o surgimento de um determinado dispositivo cujo domínio alicerça uma forma de articular público e saúde. A história, nesta tese, é uma história do presente, que encontra no passado heranças de continuidade e descontinuidade, dispersões e transformações e não a matriz ou o fundamento das significações do presente. Trata-se de perscrutar uma singularidade e não uma constante histórica (FOUCAULT, 1995).

A saúde pública formula para esta tese um caso-pensamento, mediante o qual a afirmação da existência da articulação do público com a saúde deixa de ser objetivada como uma evidência histórica e passa a ser parte do que precisa ser explicado, na

contemporaneidade, como uma “certa problemática imanente à própria constituição dos objetos em questão” (SILVA, 2001, p.11). Problemática que constitui as massas, as epidemias, o pauperismo e o trabalho como objeto de intervenção do Estado moderno.

3.1 A EXPERIÊNCIA GREGO-ROMANA: PÚBLICO, SAÚDE E POLÍTICA

[...] o que se marca nos textos dos primeiros séculos - mais do que novas interdições sobre atos - é a insistência sobre a atenção que convém ter para consigo mesmo; é a modalidade, a amplitude, a permanência, a exatidão da vigilância que é solicitada; é a inquietação com todos os distúrbios do corpo e da alma que é preciso evitar por meio de um regime austero; é a importância de se respeitar a si mesmo, não simplesmente em seu próprio status, mas em seu próprio ser racional, suportando a privação dos prazeres ou limitando o seu uso ao casamento ou à procriação (FOUCAULT, 1985, p. 46).

A proposição de Foucault (1985, p. 47) é parte da investigação que o autor faz da noção de cuidado de si no mundo helenístico⁷. As tecnologias perscrutadas colocam em análise a discussão sobre um individualismo crescente, que marcaria a experiência grega na direção de um espaço cada vez maior, ligado a “aspectos privados da existência”. Essa forma de compreensão estaria baseada na idéia de declínio das cidades-Estado, da vida política e social, que implicaria uma dependência do indivíduo de si mesmo e da família cada vez maior. O que Foucault (1985, p. 93) ressalta é o fato de que as classes superiores não deixaram de levar sua existência “em público”, bem como as práticas privadas deveriam ser cuidadosamente controladas para não impedirem deveres com a humanidade. Os cuidados de si, quando da decadência das cidades-Estado e crescimento da Soberania/Império, produzem uma modificação em termos de vida política. Os cuidados de si enquanto governo de si para melhor governar o outro, passam a servir como uma estratégia para “fixar as formas e as condições, nas quais uma ação política, uma participação nos encargos do poder, o exercício de uma função, serão possíveis ou impossíveis, aceitáveis ou necessários” (FOUCAULT, 1985, p. 93). Essa transformação, segundo o autor, deve ser pensada como uma crise da subjetivação, cuja problematização constitui-se na experiência da vida pública/política que se modifica em termos de complexificação de focos de poder e

⁷ A discussão sobre os cuidados de si é feita por Foucault na História da Sexualidade (1985, 1998, 1999) momento este que o autor volta-se para a problematização do sujeito por meio das práticas de governo de si e do outro.

multiplicação de atividades, tensões e conflitos, diferentemente daquilo que era experimentado nas pequenas cidades-Estado.

Essa breve descrição de uma problemática sobre os cuidados de si serve a este texto como uma história-teoria para tecer as linhas que anteriormente foram citadas: público, saúde e política. Os três domínios são articulados em uma dimensão histórico-teórica sobre formas de subjetivação mediante os cuidados de si. A experiência grega, se é que podemos falar em “a” experiência, objetiva a relação entre cuidados de si como uma prática de governo de si voltada para a saúde do corpo e da alma e que por conta disso instrumentaliza o sujeito a participar da vida política. Entretanto, a vida política significava uma experiência de liberdade das necessidades, uma possibilidade de vida na *polis* enquanto cidadão, cidadão que não tinha como prática o governo dos outros, mas a participação nas decisões da sociedade.

A relação entre saúde e política na vida grega volta-se para um grupo específico de homens-livres. Estes não podiam ser escravos, mulheres, nem tampouco trabalhadores de ofício e estrangeiros, pois estas categorias encontravam-se em condições de dependência de vencer a necessidade. A saúde, enquanto uma cultura de si, abrangia tanto aspectos médicos quanto filosóficos, “um saber de grande importância já que ele diz respeito à salvação e à saúde” (FOUCAULT, 1985, p. 105). As práticas voltadas para a saúde definiam uma maneira de viver que enfocava a relação que o indivíduo estabelecia consigo mesmo em termos de reflexão, cuidados com o corpo, com os alimentos, com atividades e com o meio, “quando se fica ocupado todo o dia com os negócios, deve-se, contudo, conservar um pouco de tempo para a *curatio corporis*” (FOUCAULT, 1985, p.108). É um saber do qual o próprio sujeito deve equipar-se, não se trata de uma política para toda a comunidade, e sim de uma prática que homens-livres devem imprimir em seu cotidiano.

Os cuidados de si não estavam vinculados a uma obrigação moral, nem tampouco à tecnologias jurídicas, de modo a serem considerados como “um luxo em relação à moralidade comumente aceita” (DUSSEL, 2004, p. 58). A estilização pessoal e social de si mesmo era um princípio apenas para os homens-livres, categoria esta capaz de governar a si mesmo. Desse modo, a saúde não era uma questão a ser colocada para a política e sim uma condição para participar da vida política, uma condição em termos de condutas e comportamentos ligados ao próprio *status* que homens-livres tinham. Uma atitude médico-filosófica sobre si mesmo possibilitava ao sujeito uma escolha livre e voluntária em relação à vida política, pois, mais do que um espaço de negociações jurídicas, filosóficas e programáticas, a atividade política era considerada uma forma de vida que implicava um engajamento pessoal, um ato pessoal.

A saúde torna-se um atributo para bons governantes e não um indicador de desenvolvimento econômico de uma nação, como o vemos na contemporaneidade. Segundo Foucault (1985, p. 95) “A racionalidade do governo dos outros é a mesma que a racionalidade do governo de si próprio”. O interessante dessa compreensão histórico-teórica é operar com dois pontos de objetivação: um deles relativo aos cuidados de si enquanto práticas de homens-livres/cidadãos; o outro relativo a formas de governo grego-romana sustentadas não em ações individualizantes e sim “sobre toda a cidade ou sobre grupos, territórios, categorias de indivíduos” (FOUCAULT, 2004, p. 53). Desse modo, encontra-se um campo de ações voltada para a saúde especificamente de uma categoria de indivíduos - os cidadãos - constituída enquanto uma ética da existência e uma vida política; outro campo de ações voltado para aqueles que deveriam ser governados - mulheres, escravos, crianças e trabalhadores de ofício - enquanto estratégia política de proteção de territórios que não incluíam ações sanitárias, e sim práticas de tributos, de obrigações morais, de desenvolvimento de exércitos.

A saúde, desse modo, não interrogava a política enquanto uma estratégia de governo de grupos ou categorias de indivíduos. A saúde interrogava o cidadão enquanto uma prática para a vida política. Na medida em que se tratava de um exercício de homens-livres não tinha relação com doenças e epidemias e sim com uma arte da existência. A doença poderia ser tanto afecções da alma quanto do corpo relacionadas às dietéticas da existência. As circunstâncias em que se vivia eram percebidas como portadoras de efeitos positivos ou negativos para a saúde, o que implicava um regime de atenção frequente a si mesmo, uma percepção médica das tramas de interferências que o meio poderia provocar em termos de efeitos mórbidos no corpo. As afecções não eram objetivadas em termos de pauperismo, insalubridade e sim em relação ao espaço físico, às estações do ano, aos dias e idade, à alimentação, como exemplifica Foucault (1985, p. 107-108) “uma casa é uma série de compartimentos, nocivos e benfazejos, para possíveis doenças [...] um regime cuidadoso deve poder determinar com precisão as relações entre calendário e os cuidados a serem tomados consigo”.

A utilização de uma estratégia genealógica, amparada nas idéias de Foucault (1985) sobre sexualidade e a ética no período grego-romano, serve para este estudo como um modo de objetivar a saúde que a coloca em relação à política e às condições para o exercício político. A saúde, nessa perspectiva, estava inscrita como um procedimento possível do poder; não era o poder, mas uma forma de entrar nos jogos de poder, exercício este entre homens-livres. O poder residia tanto nas ações em relação à constituição de um si mesmo médico/filosófico quanto em relação à condução da vida dos outros. Esses “outros” tomariam

essas condutas austeras dos governantes como modelos de vida a serem seguidos. Desse modo, a saúde não se objetivava enquanto uma política pública, na medida em que o espaço da saúde era o território do “eu”.

Nessa lógica, as referências sobre o público não se articulavam à saúde, nem tampouco à política de modo direto. O público, nessas considerações, referia-se a cargos públicos, a aqueles que poderiam decidir/discutir/determinar os rumos das cidades-Estado, homens saudáveis e livres. O público constituía-se enquanto o lugar da política, de domínio da estrutura de governo das cidades-Estado. A população - mulheres, escravos, crianças, trabalhadores de ofício e estrangeiros - não eram foco nem tampouco constituíam esse público. O público era um domínio privado de homens-livres. A experiência ético-política do público sustentava-se na relação do homem-livre com a sua própria existência, engendrando uma relação com um si mesmo.

No entanto, Arendt (1989) faz uma discussão em outra direção quanto à esfera pública. E aqui também será utilizada como uma história-teoria⁸. Arendt (1989) traz o conceito especificamente, mas também o problematiza na experiência greco-romana. Mesmo sendo dois pensadores que apresentam discussões sobre poder e dominação de modos distintos, ambos ocupam-se da construção de histórias-teoria sobre os modos de viver greco-romano, para compreender os modos de viver moderno, ou seja, oferecem subsídios para algumas formas de objetivação da política em relação à saúde, no caso de Foucault e para a política em relação ao público no caso de Arendt.

Arendt (1989, 59) estabelece duas definições para o termo esfera pública: a primeira “significa que tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível”; a segunda

o termo público significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele [...] tem a ver com o artefato humano, com o produto de mãos humanas, com os negócios realizados entre os que, juntos, habitam o mundo feito pelo homem (ARENDR, 1989, p. 62).

Nessas enunciações de Arendt (1989), em que se define o conceito de público, objetivado enquanto um conceito-experiência, engendram-se linhas de articulações entre o

⁸ Isso porque a discussão que Foucault faz volta-se para uma genealogia da subjetividade em que o público não era o foco principal de suas problematizações, pois a partir da *História da Sexualidade II*, o autor faz uma modificação no seu percurso de problematizações “Se antes ele (Foucault) tinha se preocupado com a maneira pela qual governamos os outros (os loucos, os desviados, os doentes, as crianças), agora tenta mostrar como nós governamos a nós mesmos, como uma experiência do eu se desenvolve de tal forma que vincula a relação consigo mesmo com a relação com os outros” (DUSSEL, 2004, p. 58).

público e o trabalho. O trabalho de ofício, o artefato humano, ao mesmo tempo que possibilitava uma vida pública, tornava a existência visível para o outro. Mas essa visibilidade não se definia enquanto necessidades e sim enquanto espaço de trocas. De modo que as necessidades da população não eram visibilidades na esfera pública, assim como não se faziam, essas necessidades, como questões de política, questões de governo, mesmo que esse espaço de trocas fosse referente à economia. A discussão de Arendt (1989) introduz a figura do *homo faber* na experiência da esfera pública. Ao nomear de esfera pública a autora objetiva o público enquanto um lugar, mas, diferentemente de Foucault, esse lugar era composto pelos trabalhadores de ofício, espaço este de trocas, ou seja, o mercado de trocas e de reconhecimento de uma forma distinta da experiência privada. O *homo faber* era aquele que apresentava um domínio privado - o lar - e que tinha um ofício para sobreviver. Se estabelecermos uma linha que ligue essa perspectiva às considerações anteriores, o *homo faber* não era uma categoria de homens-livres, pois estava preso às necessidades de sobrevivência, e essas necessidades tanto o impossibilitavam de uma prática de cuidados de si quanto de uma vida política na medida em que deveria ocupar-se em trabalhar.

O mundo comum grego não se referia à sociedade de massas que emerge na modernidade, fundamentalmente com a revolução industrial. O mundo comum grego refere-se a mais uma das categorias de indivíduos, o *homo faber* e os cidadãos, isso porque as trocas e o se dar a conhecer não incorporava mulheres, crianças, escravos, pois estes tinham como espaço a esfera privada do lar. Considera-se uma questão de desfiliação/filiação nesta relação grega, pois refere-se a uma experiência de privação em relação ao público, na medida em que mulheres, crianças e escravos não tinham a possibilidade de ascensão ao público. Entretanto, essas categorias existenciais filiavam-se à família. Desse modo, mesmo que inexistentes no mundo comum de trocas, mulheres, crianças e escravos inscreviam-se no território familiar, o que implicava uma integração e uma proteção por parte dos laços familiares e de responsabilidade do *homo faber* ou dos cidadãos enquanto chefes de família. Essa privação, que residia no reconhecimento do outro no mercado de trocas e na política, fazia com que estas figuras não existissem. A filiação não era uma questão a ser pensada, não era um problema de governo, das cidades-Estado, pois, como havia um acoplamento do privado à figura da mulher, da criança, do escravo, não teria necessidade de uma política sobre essas categorias, pois elas não se davam a conhecer naquilo que se considerou como experiência do público: cargos políticos e mercado de trocas.

As necessidades não eram colocadas como um problema de Estado, como uma questão pública. Responsabilizar-se por suprir as necessidades de sobrevivência era um

atributo do *homo faber* para com os seus familiares, de modo a ser esta figura que garantia um suporte em termos de filiação e sobrevivência: o *homo faber* apenas era considerado enquanto tal na medida em que era dono de um lar, pertencia e geria uma família. Era essa condição de suporte para a experiência do privado de crianças, mulheres e escravos que garantia ao *homo faber* uma experiência do público.

O público engendrado enquanto um espaço comum de trocas, de reconhecimento, de laço social, condicionado às categorias *homo faber* e cidadão, perde na atualidade sua pregnância, assim como a restrição desse espaço comum a outras categorias, na medida em que as biopolíticas do Estado moderno não toleram singularidades. As singularidades são transformadas em populações, por meio de mecanismos de governo que capturam existências sem espessura, anônimas, privadas e as tornam um domínio de governo, as tornam comuns por meio de estratégias políticas: saúde, educação, habitação, trabalho, etc.

A questão, então, volta-se para uma analítica das condições que modificam os mecanismos micropolíticos da relação do homem-livre/cidadão grego com a saúde, a política e o público em termos de cuidados de si e mercado de trocas, para os mecanismos que, na modernidade, passam a investir em termos de biopolíticas voltadas para a população e enquanto um suporte oferecido pelo Estado moderno, como escreve Dussel (2004, p. 51): “como essas formas (**saúde, público e política**)⁹ foram colonizadas, invertidas, transformadas, sujeitadas por mecanismos mais gerais e formas de dominação mais globais”. O território público não se caracterizava, nessa experiência grega, propriamente como do indivíduo, pois não se tratava de um sujeito psicológico, nem tampouco de um sujeito sociológico caracterizado em relação a uma população, como emergirá na modernidade, mas de uma experiência de cuidados voltados para a constituição de um si que afirmava um determinado status, um outro que habitava o si, “a consciência dos antigos sobre o eu não era, como o ego psicológico atual, um eu, mas um Ele que nos habitava.” (DUSSEL, 2004, p. 61). A forma-indivíduo¹⁰ é uma invenção da modernidade constituída a partir de um conjunto de regras que passam a localizar a experiência que o sujeito faz de si em uma região de interioridade, de autoria. A chancela da subjetividade, nesta formação do indivíduo, está na noção de dentro, de uma identidade psíquica. O outro, nesta conformação, não constitui o indivíduo, mas torna-se aquilo que marca uma separação entre o dentro e o fora, entre o eu e a sociedade.

⁹ Grifo nosso.

¹⁰ A Psicologia é um dos campos discursivos que contribui para a formulação da figura do indivíduo (para maior esclarecimento ver Silva, 2001), o que apresenta efeitos nos modos como na contemporaneidade ela entra na rede pública de saúde.

3.2 EXPERIÊNCIA SOBERANO-VASSALO: PÚBLICO E O SOCIAL-ASSISTENCIAL

[...] é preciso ter um lugar marcado na comunidade para ser assistido. A domiciliação não corresponde apenas a um imperativo técnico para instrumentalizar a distribuição de auxílios. É, sobretudo, a condição de possibilidade que decide sobre o fato de ser assistido ou não (CASTEL, 1998, p. 60).

A discussão sobre o público e a saúde, neste segundo ponto de articulação, também sustenta-se em uma dimensão histórico-teórica. De um lado, as proposições de Castel (1998) sobre o social-assistencial; de outro o poder sobre a vida exercido pela figura do soberano de acordo com Foucault (1999)¹¹.

O aparecimento de uma outra formação social regida pela noção de absolutismo, na qual se situam as sociedades ocidentais cristãs, registra, como na experiência grega, a necessidade de pertencimento familiar. O pertencimento familiar e as redes de vizinhança organizam-se em redes de interdependência sem a mediação de instituições especializadas. Essa forma de territorialização, nomeada por Castel (1998) de sociabilidade primária, apresenta um plano de bifurcação: relações horizontais relativas aos agrupamentos familiares e comunitários restritos; relações verticalizadas relativas à estrutura senhor/servo.

A sociabilidade primária apresenta para essa tese um atravessamento na trajetória de constituição da articulação entre o público e a saúde. Essa formação social, na qual emerge a figura da família-providência, assegura algumas formas de assistência aos indivíduos por meio das redes de integração e proteção. É importante marcar que família, aqui, refere-se às pequenas comunidades constitutivas dos feudos e não apenas à família nuclear que mais tarde emergirá por conta dos investimentos, entre outros, psicológicos. Na sociabilidade primária, segundo Castel (1998), o que ocorria eram laços societais e não laços sociais. Isso implica uma forma específica, tanto de mobilidade na estrutura social quanto dos modos de assistência.

No que tange à estrutura social, a noção de linhagem e consangüinidade inscrevem os indivíduos de modo a restringi-los a seu espaço de pertencimento desde o nascimento: o servo seria sempre servo, o senhor seria sempre senhor. Para ter acesso à assistência era necessário manter-se nessas redes de integração. A assistência apenas era possível no seio dessa

¹¹ A possibilidade de aproximação destes dois autores foi apresentada, para esta tese, pelas discussões de Nardi (2006), que ressaltam a importância de abordagens transdisciplinares para a compreensão dos modos de subjetivação no contemporâneo.

organização família-providência, pois não havia uma configuração de práticas exteriores ao âmbito familiar na medida em que não existiam instituições específicas de assistência/proteção especializada. A proteção era feita pelo senhor quando o indivíduo pertencia a um feudo de sua propriedade. A proteção tampouco dizia respeito a suportes para assegurar a existência dos indivíduos. A proteção referia-se ao policiamento da propriedade do senhor, incluindo-se aí os indivíduos constitutivos dos feudos senhoriais.

Desaparece a figura do cidadão, do público enquanto experiência política da cidade-Estado e emerge a figura do servo-vassalo dependente das redes familiares e feudais. Essas redes mantêm-se com recursos próprios e prestam assistência àqueles que delas dependem, como escreve Castel (1998, p. 55):

Semelhante estabilidade permite compreender que, nessas sociedades, a pobreza possa ser imersa e generalizada, sem criar uma “questão social”. [...] Não só porque, como se diria numa linguagem sem dúvida anacrônica, estavam “resignados” com sua sorte; mas, sobretudo, porque [...] os mais carentes não representavam um fator de desestabilização interno a essa formação social que controla os riscos de desfiliação maciça graças à rigidez de sua própria estrutura.

A transposição de um modelo societal para um modelo social se dá no sentido da precariedade das formas de assistência: “a situação do órfão que rompe o tecido da assistência familiar, uma enfermidade ou um acidente pode tornar o indivíduo provisória ou definitivamente incapaz de manter seu lugar no sistema regulado de trocas [...] a indigência completa pode colocá-lo numa situação de dependência sem interdependência” (CASTEL, 1998, p. 50). E, também, em função do crescimento demográfico que tornou essas sociedades mais complexas. Essa complexificação criou a necessidade de práticas mais especializadas de assistência aos carentes a partir de sistemas deslocados das redes de interdependência; de profissionalização da assistência; da tecnicização da assistência; locais especializados de assistência; definição de critérios para assistência: não ser estrangeiro e ser inapto para o trabalho. Dessas condições de possibilidade desenha-se um campo assistencial, uma rudimentar organização de socorros, com a finalidade de minizar a vulnerabilidade da sociabilidade primária frente aos processos de desfiliação.

A emergência do campo social-assistencial implica uma intervenção da sociedade sobre si mesma e, sobretudo, inscreve as condições para assistência: a domiciliação e a incapacidade para o trabalho. O campo social-assistencial circunscreve um território de ações baseadas no socorro aos pobres de modo caritativo. Poderia se pensar que é desse campo que se forjariam as condições para a conformação do público articulado à saúde. Entretanto, a

lógica da família-providência marca um público constituído pelo privado. Ou seja, o que se poderia nomear de experiência do público a partir de um campo social-assistencial é produzido em um território privado - a família, pois as ações são sobre as famílias, sobre os domicílios e não implicam relações que estenderiam esses laços familiares de modo a edificar suportes sociais para além dessas formações. O social-assistencial recoloca o indivíduo na família e não em um espaço de exterioridade a essa. As pessoas que não apresentavam esses laços de filiação eram como se não existissem.

Além disso, o campo social-assistencial não se apresentava enquanto um sistema de ações em saúde, na medida em que as práticas assistenciais voltavam-se para estados de adoecimento, para as possibilidades de morte e o que essa morte acarretava em termos de desregulação da família-providência.

Outro aspecto importante dessa formação social é o recrudescimento do cristianismo enquanto instituição religiosa. Isso porque as práticas católicas circunscrevem um campo de ações-obrigações que possibilitam a ascensão não a uma estrutura social e sim ao paraíso. Desse modo, as práticas assistenciais ligam-se à salvação da alma, ao mesmo tempo em que organizam a família-providência em termos de rebanhos com um pastor que deve guiá-las (NIETZSCHE, 1992). As redes de dependência eram tanto em termos de linhagem, vizinhança, domicílio quanto em termos de dependência de um senhor eclesiástico ou laico. A estrutura social baseava-se em laços de soberania com características divinas, ou seja, as sujeições feudais não eram uma forma e sim um fato, uma condição imutável.

Essa imutabilidade precisava de condições de manutenção e salvação. O campo social-assistencial entrava nessa esteira de obrigações, não em termos de reconhecimento do outro, mas de salvação de si. As práticas caritativas eram formas de salvar a si mesmo e não o outro, não se tratava de práticas de cuidado com o outro, pois este outro era uma propriedade que deveria ser mantida bem como assistida para a preservação de uma condição de soberania, “o pobre pode, não obstante, ser instrumentalizado enquanto meio privilegiado para que o rico pratique a suprema virtude cristã, a caridade, e para permitir-lhe, dessa maneira, que obtenha sua salvação” (CASTEL, 1998, p. 64).

Por outro lado, Foucault (1999), ao fazer uma analítica do poder, pontua as diferenças no que tange aos jogos políticos, quando problematiza o poder soberano e as práticas de biopoder que emergem com a estatização da sociedade ocidental, quer dizer, quando surge a figura da sociedade. A relação que o soberano estabelece com o outro, no caso o vassalo/servo, é de poder sobre a morte, é de determinar quem vive e quem morre. O direito à vida não é uma prerrogativa do vassalo, pois sua vida não é sua. Não ter direito sobre a

própria vida não significa que sua vida seja um objeto público, sua vida é um objeto privado do soberano, faz parte da vida do soberano.

O poder do soberano sobre a vida e a morte do vassalo constituía-se a partir do direito de defender e proteger a sua própria vida, seu espaço, sua existência. Para manter tais domínios, o soberano tinha por direito confiscar, apropriar-se da vida e do trabalho do vassalo. O poder soberano, por meio do confisco da vida, confisco do trabalho, atribuía ao vassalo uma condição de obrigações. Obrigações de manter a existência do soberano. O confisco não era para dar suporte aos feudos, era para dar suporte ao próprio soberano. Isso é marcado, pois, posteriormente, com a estatização da sociedade, aparecerá uma forma de enlace social nomeada de nacionalização, que investirá sobre a vida e não mais como subtração da vida, em termos de estratégias políticas de defesa da sociedade e não apenas defesa do soberano.

Diferentemente do que ocorrerá com a objetivação das populações, a figura jurídica é o próprio soberano. Figura de direito, de linhagem, de confisco. O direito sobre a vida não é uma forma de subjetivação no que tange à relação que os vassalos estabelecem consigo mesmos. O direito sobre a vida é uma condição do soberano, dessa figura soberana, “o direito que é formulado como ‘de vida e de morte’ é, de fato, o direito de causar a morte ou de deixar viver” (FOUCAULT, 1999, p. 128). O direito de “causar a morte ou de deixar viver” são jogos políticos em defesa da figura jurídica do soberano e não dos vassalos. Desse modo, fala-se de jogos políticos constitutivos de um domínio privado. A relação que o soberano estabelece com o vassalo é tanto em termos verticais quanto privados. Privado enquanto propriedade e não enquanto um território interno de experiência de si.

As duas formas de caracterizar esse território soberano - Castel e Foucault - partem de estratégias analíticas distintas. Castel (1998) volta-se para uma discussão sobre as condições de produção do social-assistencial; Foucault (1999) discute as condições de exercício do poder soberano. Essas histórias-teorias apresentam um plano de bifurcação na problemática de articulação entre o público e a saúde. Isso porque, de um lado, aparece um território da família-providência como suporte para o social-assistencial. De outro, aparece a figura do poder soberano de matar ou de deixar viver. A família-providência e o poder sobre a vida articulam-se como instâncias privadas e não domínios públicos. O viver está condicionado à propriedade, ao privado e à caridade. Os laços societais estabelecem a possibilidade da assistência, porém, também, a possibilidade de confisco. A assistência e o confisco não se entrelaçam como suporte aos mais pobres e sim suporte ao soberano, à propriedade do soberano. Não é possível falar de um mecanismo de poder que conforma um público por meio

de estratégias sociológicas (população) ou psicológicas (indivíduo) porque a relação com um si mesmo não existe nem tampouco com o outro. A relação com um si é uma existencialização exclusiva do soberano, ao mesmo tempo que a relação com o outro é um exercício voltado para Deus, que edifica a forma-Deus (DELEUZE, 1988) em termos de processos de subjetivação.

Poder-se-ia indagar qual, então, a efetiva relação entre o público e a saúde? Nenhuma, pois ambos não eram tomados enquanto objetos de investimentos, portanto, não configuravam-se como linhas de subjetivação, “na Idade Média, em que se vê claramente que a medicina medieval era de tipo individualista e as dimensões coletivas da atividade médica extraordinariamente discretas e limitadas” (FOUCAULT, 1995, p. 80). Entretanto, são inscrições que marcam, posteriormente, os modos de objetivar a saúde da população e o público: a pobreza, o trabalho, a família e a assistência não mais em defesa da propriedade do soberano, mas em defesa do progresso da nação.

3.3 EXPERIÊNCIA INDUSTRIAL: PÚBLICO, POPULAÇÃO E EPIDEMIAS

De fato o século XIX encontrara, como problema mais importante, o da miséria, o da exploração econômica, o da formação de uma riqueza, o do capital, a partir da miséria daqueles mesmos que produziam riqueza. (FOUCAULT, 2003a, p. 225).

A experiência que se produz com o processo de industrialização formula-se a partir de uma ruptura nos processos de organização social. A industrialização põe em jogo novos conceitos, objetos e práticas: população, epidemias e pauperismo. Entretanto, é importante ressaltar que “a experiência industrial” trata-se de um conjunto de regras e estratégias mediante as quais se produzem distintas figuras existenciais, ou seja, é um processo de captura e transformação de modos de ser e de viver, no qual a figura do soberano/rei decompõe-se e rearranja-se na figura do soberano/capitalista, a figura do vassalo se desfaz e emerge o operário/pobre. São modos de subjetivação diferentes, porém constituídos em um mesmo campo: a industrialização. Esses modos de subjetivação constituem para a sociedade ocidental um desafio que precisava ser respondido. A resposta organiza-se em termos de estratégias políticas e produção de verdades a partir das quais o campo jurídico/policial mistura-se ao campo médico na figura do Estado.

Os campos jurídico/policial e médico tornam-se instrumentos e estratégias dessa estrutura que emerge na modernidade: o Estado. Quer dizer, a emergência de um campo de articulação em que as práticas médicas conformam-se em uma plano de imanência com as práticas jurídico/policiais. Não se trata, desse modo, da medicina ser uma exterioridade ou justaposição da qual o Estado se apropriaria, mas uma objetivação possível pela própria estatização da sociedade ocidental, com efeitos no cotidiano em termos de gestão da vida por meio de instituições que produzem, aperfeiçoam e orientam o comportamento dos indivíduos (MACHADO, 1978).

Segundo Foucault (2003a, p. 231):

A estrutura de Estado, no que ela tem de geral, de abstrato, mesmo de violento, não chegaria a manter assim, contínua e cautelosamente, todos os indivíduos, se ela não se enraizasse, não utilizasse, como uma espécie de grande estratégia, todas as pequenas táticas locais e individuais que encerram cada um entre nós.

Os desafios do Estado moderno apresentam, para esta tese, dois planos histórico-teóricos: a questão social de Castel (1998) e o biopoder de Foucault (1999). Embora, esses autores percorram linhas de discussões distintas, cujas estratégias de análise demarcam objetos também diferentes, ambos oferecem possibilidades de objetivação do fenômeno da população e da saúde, a partir das transformações na sociedade ocidental marcadas pela industrialização. Castel (1998), voltado para os suportes sociais e o trabalho, mediante uma análise da sociedade salarial; Foucault (1999), voltado para a relação entre poder e vida, a partir de uma análise dos mecanismos políticos que gerem os modos de viver no cotidiano.

A questão social é reformulada a partir de novos núcleos de instabilidade que são como a sombra do desenvolvimento econômico. Entregue a si mesmo, o processo de industrialização engendra um monstro - o pauperismo. Como encontrar um compromisso entre o mercado e o trabalho que garanta a paz social e reabsorva a desfiliação de massa criada pela industrialização? Esta questão se tornará a questão da integração da classe operária (CASTEL, 1998, p. 277).

Essa proposição de Castel (1998), que relaciona o pauperismo com a industrialização, situa a precariedade da condição de trabalhador assalariado. Quer dizer, essa nova configuração da pobreza é marcada pela revolução industrial na medida em que a condição de assalariado é “uma das piores condições” (CASTEL, 1998). O trabalhador torna-se também uma “classe perigosa” em função da precariedade das suas possibilidades de vida. O livre acesso ao trabalho, forjado pelo liberalismo, torna o vassalo um homem livre. Não mais uma propriedade do soberano, esse homem livre tem agora que garantir a sua própria

sobrevivência e a sua própria inscrição nas redes sociais que o tornariam um cidadão.

O livre acesso ao trabalho implica uma nova configuração do mesmo, ou seja, o trabalho perde seu estatuto religioso e moral e passa a ser a nova fonte de riqueza. Essa formulação abriria a possibilidade dos indivíduos ascenderem em termos de governo da própria vida. A tutela deixa espaço para o contrato de trabalho, sendo que o Estado não é responsável por conseguir trabalho aos indivíduos e sim “desenvolver ao máximo a capacidade de trabalho de sua população” (CASTEL, 1998, p. 236), visto que o desenvolvimento da nação depende do uso racional da força de trabalho. Os socorros do Estado ficam para aqueles que estão inválidos para o trabalho, sendo que a medida dessa assistência deve ser insuficiente para que os indivíduos não se mantenham para sempre na dependência do Estado.

A massa de trabalhadores deve “ser trabalhada para fazê-la trabalhar” (CASTEL, 1998, p. 237), pois constitui a possibilidade de construção da riqueza social. Entretanto, esta riqueza social não fica com o trabalhador cujos esforços poderiam representar maiores ganhos, a riqueza fica para aqueles que possuem as propriedades privadas e não as propriedades da força de trabalho. O trabalho torna-se a propriedade do trabalhador e quase sinônimo do termo pobreza.

Ao Estado não competiria a responsabilidade das regulações de mercado, nem tampouco, em um primeiro momento, uma política de socorros que absorveria essa massa de trabalhadores não mais tutelados. Ao Estado caberia a política de segurança e a filantropia seria uma iniciativa individual da Igreja ou da sociedade civil. Uma racionalidade que mantém o Estado fora dos interesses de mercado e a assistência a ações isoladas com características de cunho moral e religioso. Entretanto, essa política liberal encontra limites no que tange ao crescimento do pauperismo dos trabalhadores na medida em que, ao localizar-se nos centros urbanos, a miséria dos operários/trabalhadores acompanha as estratégias de progresso da civilização e crescimento da riqueza. De acordo com Castel (1998, p. 287):

É uma espécie de condição antropológica nova que se evidencia, criada pela industrialização: uma espécie de nova barbárie, que é menos o retorno à selvageria de antes da civilização do que a invenção de um estado de dessocialização próprio da vida moderna, especialmente urbana.

A vulnerabilidade da massa de trabalhadores, no que tange à precariedade da vida urbana e dos suportes sociais para vivê-la, começa a ser percebida como uma ameaça ao progresso político e social. A ameaça à organização social decorre da degradação das formas

de vida dos trabalhadores/operários e suas famílias, na qual “crescem os vícios, a violência e o alcoolismo dos homens, a má conduta e a prostituição das mulheres, a perversão das crianças” (CASTEL, 1998, p. 287). A regulação da pobreza mediante o poder do soberano, deixa de existir, assim como o equilíbrio demográfico e econômico. A regulação pela morte não tem mais efeitos suficientes para conter o crescimento da população, que se torna mais numerosa nos centros urbanos e, portanto, mais pobre devido à dependência das condições salariais e laborais. Essa condição de miserabilidade dos trabalhadores/operários, constituída como uma outra nação dentro da própria nação, é percebida na medida em que começa a ser facultada ao Estado a implantação de políticas de controle e regulação por meio do recolhimento de impostos. Essas estratégias em relação à miséria dos operários leva a duas formas de institucionalização da pobreza: o hospital ou a prisão.

Algumas formas de subjetivação começam a emergir nessa experiência de industrialização, que se trata de um acontecimento heterogêneo em si mesmo:

- a) o aparecimento do indivíduo, figura essa constituída pela convergência do Iluminismo e do Liberalismo, o qual é responsável por si mesmo, é suporte de si mesmo pela propriedade, independência, autonomia, valor em si e possibilidade de escolhas (CASTEL, 2004);
- b) a figura do operário, marcado pela obrigação do trabalho como modo de subsistência bem como pela miséria;
- c) a figura do Estado como regulador dos modos de viver do trabalhador;
- d) a distinção entre o público e o privado em termos de propriedade, ao Estado caberia a propriedade pública - miséria e controle social -, ao trabalhador, a propriedade de sua força de trabalho, à burguesia a propriedade privada dos meios de produção.

Essas quatro linhas, marcadas por relações de força - livre acesso ao trabalho, movimento operário, conflitos urbanos relativos à pobreza, políticas de regulação social por meio de hospitais e prisões - , bem como a produção de verdades - indivíduo, trabalho, propriedade, miséria, progresso, engendram uma problemática social que passa a ser de responsabilidade do Estado. O Estado, a miséria, o operário configuram aquilo que não é da propriedade privada, que não é do mercado: o território público. De acordo com Foucault (1995, p. 82), a experiência de Estado moderno inicia-se nos locais onde “não havia potência política ou desenvolvimento econômico”, quer dizer, nos espaços mais pobres da Europa.

Embora Castel (1998) siga uma coordenada de análise distinta de Foucault (1999) ao focalizar as transformações do trabalho, os suportes sociais, a propriedade social, é possível

convergir seu olhar quando situa em suas discussões o papel do Estado como regulador social por meio de estratégias políticas do cotidiano. Essas estratégias são analisadas por Foucault (2004c) em termos de micropolíticas que, em um determinado momento, aparecem como formas de governo das populações engendradas por biopolíticas.

Foucault (2004c) considera em suas pesquisas as práticas de governo do cotidiano, colocando em discussão a idéia de continuidade histórica por meio de acontecimentos que apresentam rupturas, descontinuidades. Desse modo, ao analisar o poder soberano, ou *O Príncipe* de Maquiavel, aponta distinções, tanto táticas quanto teleológicas, frente à conformação de uma razão de Estado. Essas táticas ou estratégias políticas reverberam em novas formas de subjetividade, novos modos de perceber e constituir um si mesmo: indivíduo, população e homem. Essas novas formas de constituição do humano encontram suas condições de possibilidade na migração do governo do Soberano para um governo de Estado, do governo da Igreja para um governo da Ciência (FOUCAULT, 1970).

Essa combinação entre práticas de governo do Estado, ou seja, de uma economia política, bem como práticas de governo da Ciência produzem uma região de visibilidade para os efeitos da precariedade da vida urbana. Essa precariedade aparece tanto no sentido da pauperização quanto das epidemias. Ambas as formas são focalizadas na medida em que os locais onde emergem a figura do Estado caracterizam-se pela fragilidade como potência política ou desenvolvimento econômico. As estratégias de governo de Estado e da Ciência não serão para minimizar pauperização e epidemias e sim para torná-las administráveis. Ou seja, a pauperização e as epidemias aparecem quando a vida torna-se uma estratégia de crescimento econômico.

A modificação da estrutura de governo é uma transformação nos modos de administração da vida, do cotidiano, que, segundo Foucault (2004c, p. 302), “por intermédio de alguma tecnologia política dos indivíduos, fomos levados a nos reconhecermos como sociedade, como elemento de uma entidade social, como parte de uma nação ou de um Estado”. Essas tecnologias políticas, criadas na modernidade, dedicam-se à proteção da vida, vida esta inscrita no indivíduo que deve ser integrado a essa entidade social. A maneira pela qual se forjou essa possibilidade foi marcar esse indivíduo tanto no sentido de ser um homem que vive, que trabalha e que fala quanto de estar ligado a uma entidade social, ou seja, pertencer a uma Nação na medida em que faz parte da população desta.

As tecnologias políticas que passam a investir na vida, de acordo com as análises de Foucault (2004c), encontram-se pela primeira vez como um programa sistemático de saúde pública do Estado moderno no período da Revolução Francesa. O cuidado com a vida torna-se

um dever do Estado e esse cuidado está baseado em uma racionalidade nomeada de polícia. A polícia é uma tecnologia que englobaria uma modificação histórica na relação entre poder e indivíduo, na medida em que

o que interessa à polícia é a coexistência dos homens em um território, suas relações de propriedade, o que eles produzem, o que é trocado no comércio, e assim por diante. Ela também se interessa pela maneira como eles vivem, pela doenças e acidentes aos quais estão expostos. Em suma, é de um homem vivo, ativo e produtivo que a polícia cuida (FOUCAULT, 2004c, p. 311).

Isso implica tomar o indivíduo, homem, em seu conjunto de relações, quer dizer, as tecnologias que investiam na vida daqueles que eram ou proprietários de feudos ou agentes religiosos, modificam-se para objetivar o indivíduo que não mais é propriedade do soberano, mas integrante de uma nação como ser vivo constitutivo de uma população, população esta que em seu efeito de conjunto caracteriza-se pela pauperização e pelas epidemias causadas pela vida no espaço urbano. Essa transformação torna a população o objeto de investimentos da razão de Estado. A polícia tinha como tarefa o cuidado com o respeito cívico e a moral pública, necessárias para a sobrevivência e desenvolvimento do Estado. O investimento do Estado em políticas voltadas para a vida da população marca o humano como ser vivente, porém relacionado ao ser civil. A constituição da Nação envolve em si mesma a conformação da figura jurídica do Estado, da população, do trabalhador e do ser civil frente à pobreza e a doença.

Essas políticas voltadas para a vida dividem-se em duas formas distintas, porém não excludentes, pelo contrário, reforçam-se mutuamente: uma que se centra no corpo como máquina, nomeada de anátomo-política (FOUCAULT, 1999), corpo esse de trabalhador/operário/soldado, na utilização e docilização da força deste corpo trabalhador integrado ao sistema de produção de riqueza; outra centrada no corpo como espécie, um corpo reconhecido por seus processos biológicos “a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade” (FOUCAULT, 1999, p. 131), nomeada de bio-política da população. Gerir a vida passa a ser um programa de Estado, não porque a vida passasse a ser importante enquanto valor em si, e sim porque a vida passa a ser um fenômeno necessário para o progresso da Nação. Fenômeno necessário na medida em que a vida é produtiva.

Os investimentos na vida pelas tecnologias políticas, pelas formas anátomo e bio políticas, tornam-se necessários quando o urbano cresce pelo processo de industrialização e as cidades passam a ser espaços de medo: crescimento da população, das fábricas, das

epidemias, dos esgotos, das revoltas e conflitos, daquilo tudo que caracterizava o urbano em seu cotidiano de pauperização (FOUCAULT, 1995). Mesmo que as epidemias fossem um agente regulador do crescimento demográfico, não eram suficientes para conter a expansão das populações pobres dos centros urbanos. As epidemias podiam tanto prejudicar a produção de riquezas quanto a organização do espaço urbano:

Da idéia de que o Estado possui sua natureza e suas finalidades próprias à idéia do homem concebido como indivíduo vivo ou elemento de uma população em relação com o meio, podemos acompanhar a intervenção crescente do Estado na vida dos indivíduos, a importância crescente dos problemas da vida para o poder político e o desenvolvimento de campos possíveis para as ciências sociais e humanas, uma vez que elas consideram esses problemas do comportamento individual no interior da população e as relações entre uma população viva e seu meio (FOUCAULT, 2004c, p. 316).

A proposta de Foucault (1995) é pensar o biopoder como uma estratégia da modernidade, do capitalismo, de socialização do corpo, da vida e não de privatização do indivíduo por meio da medicina social. O autor descreve três momentos heterogêneos do que se denominaria de medicina social: a medicina estatal; a medicina urbana e a medicina dos pobres.

O primeiro seria a medicina de Estado, ocupada em desenvolver a força estatal e não a força de trabalho, em proteger as fronteiras dos conflitos políticos e econômicos com a burocratização do sistema médico por meio de uma medicina funcionarizada e coletivizada com vistas a desenvolver e aperfeiçoar a força estatal.

O segundo modo de conformação da medicina social na realidade é nomeada de medicina urbana por ocupar-se fundamentalmente da organização e higienização do espaço urbano, um controle das condições de vida e do meio, com ênfase na salubridade e insalubridade do tecido urbano e não especificamente na saúde.

O terceiro caminho é a medicina dos pobres, dos operários, que, enquanto “faziam parte da instrumentalização da vida urbana” (FOUCAULT, 1995, p. 94), não eram objetivados como uma questão de periculosidade, pois se caracterizavam como úteis à cidade. Quando a população pobre percebe-se como força política, quando implementam-se sistemas de prestação de serviços formais e retira-se o pobre dessa função, quando se localiza na população pobre a origem das epidemias, a pobreza torna-se uma questão social. A medicina dos pobres vai, então, esquadrihar o espaço urbano entre ricos e pobres, separá-los como “uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT,

1995, p. 97). Esse modelo da medicina dos pobres cria sistemas médicos: medicina assistencial aos pobres; medicina administrativa para fenômenos de população; e medicina privada para aqueles que podiam pagar. Os efeitos desse ordenamento articulam, em termos de medicina social e proteção das classes mais ricas, “a assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública” (FOUCAULT, 1995, p. 97).

As pesquisas que se desenvolvem no campo científico tornam possível objetivar e forjar tanto a noção de um corpo-organismo quanto biológico-natural. Pasteur (LATOURE, 2001) faz parte desta esteira de produções ao objetivar os microorganismos criando uma outra possibilidade de pensar a transformação da matéria e a produção de organismos vivos. A geração espontânea tinha como crença que uma matéria sofria modificações por meio de um processo químico, em que uma série de atributos químicos produz uma substância. Pasteur, segundo Latour (2001, p. 179), faz com que a noção de atributos seja desconsiderada e pensada em termos de substância: “a totalidade da bacteriologia emergente, da agroindústria e da medicina, fiada nesse novo conjunto de práticas, erradicou a geração espontânea”.

Dois domínios de conhecimento desses acontecimentos são relevantes no que tange à problematização desta tese - a bacteriologia e os microorganismos enquanto substância e a experiência do público por meio da assepsia. As descobertas de Pasteur (LATOURE, 2001) lançam a possibilidade de se pensar não mais em termos de atributos, mas em termos de substâncias, bactérias e microorganismos, além de não se constituírem por meio de geração espontânea e sim transportados pelo ar. A cultura de germes passa a ser encarada como um fenômeno de contaminação, abrindo um campo fora dos muros laboratoriais em que a assepsia se torna uma disciplina rigorosa. Os modos de viver passam, então a ser disciplinados como forma de controle da transmissão e contaminação microbiológica.

Segundo Foucault (1995) a urbanização, recrudescida com a revolução industrial, desenvolve o campo de intervenção da medicina social. A teia de relações entre o nascimento da medicina social, da microbiologia, a urbanização e o desenvolvimento do Estado, são condições de emergência do público enquanto população que deve ser disciplinada por meio de biopolíticas. As relações de força e forma recaem e dão visibilidade aos corpos da população, aos hábitos da população, esquadram e organizando o espaço social de modo a evitar os contatos que contaminam. O desenvolvimento de centros urbanos alavanca, concomitantemente, a produção. Ocorre uma transformação do público, antes tido como lugar de trocas e mercado, agora como espaço de produção: industrial, populacional, epidemiológica, urbanizacional. Essas aglomerações geram, não espontaneamente, o medo,

como já foi escrito, uma “inquietude político-sanitária que se forma à medida que se desenvolve o tecido urbano” (FOUCAULT, 1995, p. 87). Emergem, então, tecnologias de controle dos nascimentos, dos óbitos, das habitações, enfim, dos modos de viver.

A medicina social incorpora-se ao tecido urbano e passa a fazer parte dos modos de organização social, inscrevendo e demarcando, por meio de estratégias de controle, a divisão entre ricos e pobres. Esse esquadramento é tanto no que diz respeito ao modelo de assistência médica quanto à localização no espaço. Essas duas características - assistência médica e localização no espaço - quando relacionadas à saúde na formação dos espaços urbanos e da industrialização engendra uma sobreposição de uma política disciplinar e de uma política sobre a vida. A discussão que Foucault (1999) faz sobre o biopoder conflui essas duas formas do poder se exercer: anátomo-política e biopolítica. Ao controle do corpo espacializado agrega-se o controle da vida. O corpo individual acomoda-se no corpo da população, “Se desde Aristóteles, diz ainda Foucault, numa frase retomada com insistência por seus intérpretes, e revirada por Agamben, o homem era um animal vivente capaz de uma existência política, agora é o animal em cuja política o que está em jogo é seu caráter de ser vivente” (PELBART, 2003, p. 58). O biológico justapõe-se ao político, torna-se um instrumento, torna-se uma técnica política. Quando a medicina social passa a regular o espaço urbano, os modos de viver da população pobre, o controle sobre as epidemias torna-se possível. Esse controle sobre as epidemias e os modos de viver fazem da vida um objeto de saber e intervenção.

As estratégias de biopoder formuladas pela agregação entre Estado moderno, medicina social, industrialização e pauperização territorializam a população e a vida como objeto por meio da assistência à saúde. As políticas engendradas nessa articulação compõem um território sociológico quando situam a população e a vida como foco de investimentos do Estado. Esse processo torna possível conformar uma experiência de público que correlaciona campos de saber como a “razão de Estado”, a população, a vida, a pauperização e a industrialização com tipos de normatividade como a disciplina e a biopolítica, e formas de subjetivação, tais como o pobre epidêmico e revoltado, o trabalhador/operário.

Essa experiência de público, constituída nessa racionalidade moderna, tem suas condições de possibilidade na periculosidade que a pauperização apresenta para o progresso e desenvolvimento social. Torna-se uma questão que deve ser capturada pelo Estado e investida. A política que aparece como estratégia é o controle das populações por meio da saúde, da salubridade e insalubridade do corpo social, uma política médico/policial. Desse modo, nesta discussão, a emergência do público é possível justamente pela emergência da

vida e da saúde como objetos de saber e intervenção. Mas são esses regimes de verdade em relação à saúde, especificamente à saúde da população, que conformam o público como uma experiência relativa à pobreza, a epidemia, a conflitos sociais.

O percurso desse primeiro capítulo assinala algumas construções, demarcações, inscrições que permitem colocar em análise a articulação do público com a saúde por meio de um dispositivo de publicização da vida, um dispositivo que encontra suas primeiras linhas de constituição a partir da revolução industrial. Essa publicização da vida, mediante a constituição de um território, faz da saúde pública um objeto-história, um objeto-significação, um objeto-discurso, sobretudo, faz dessa objetivação um modo de subjetivação. A saúde torna-se uma urgência a ser respondida e a resposta a essa urgência atualiza-se na figura do Estado. A saúde torna-se um caso, torna-se uma problemática. Mas não se trata de qualquer saúde, é a saúde da população pobre, a saúde do pauperismo. A urgência não é com a saúde enquanto um fato, mas a saúde enquanto uma ameaça ao progresso.

O dispositivo de publicização é um jogo, um conjunto heterogêneo, que responde à questão social emergente na industrialização. A articulação entre o público e a saúde é possível pela emergência deste dispositivo, ou seja, quando se produz uma certa experiência em que o público deixa de ser espaço de trocas, mercado de trocas e de reconhecimento; quando o público deixa de ser um domínio do privado como era com o social-assistencial, a família providência e o poder soberano; e surge como um conjunto de estratégias políticas e discursivas que fazem do público um território de investimentos.

O público torna-se um campo de lutas em que se atravessam a medicina social, a polícia e a figura jurídica do Estado, bem como os movimentos de resistência, tais como a organização operária, os conflitos urbanos originados pela fome e miséria, o que implica a criação de um campo de visibilidade e dizibilidade bem como de controle e produção de subjetividades, implica um dispositivo de publicização. Um dispositivo que tem a saúde como objeto imprescindível de articulação e ação.

De acordo com Castel (1998, p. 41), “A ‘questão social’ pode ser caracterizada por uma inquietação quanto à capacidade de manter a coesão de uma sociedade. A ameaça de ruptura é apresentada por grupos cuja existência abala a coesão de conjunto”. Uma das estratégias criadas para manter a coesão da sociedade, na modernidade, é justamente a regulação do trabalho, quer dizer, a contratualização das relações de trabalho amparada na política de livre acesso ao trabalho. Entretanto, esse recurso não é suficiente para regular a coesão da sociedade e, além disso, acaba por reformular a “questão social” que se engendra com a industrialização - o pauperismo. A iniciativa de integrar a classe trabalhadora ao

mercado não é considerada como uma questão de Estado e sim uma política individual e de liberdade, amparada na perspectiva liberal. O que acontece é a criação de obrigações morais, filantrópicas que “após seu relativo fracasso é que impõem novas estratégias indexadas sobre o Estado” (CASTEL,1998, p. 278). Desse modo, a vulnerabilidade dos modos de viver dos grupos que emergem na industrialização começa a impor ao Estado o papel de organizador do tecido social, embora a noção de Estado aqui, pensada por Castel (1998) refere-se à concepção de Estado social que tem como objetivo garantir sistemas de proteção, de seguridade que dependem das relações de trabalho e não da propriedade privada.

Isso implica um tropos na constituição do público que num primeiro momento é relativo ao mercado de trocas, ao *homo faber*, ao lugar onde o humano se dá a conhecer e passa a constituir um território referente ao Estado de proteção, de seguridade de uma população precarizada nas formas de viver devido ao pauperismo e as epidemias engendrados pela industrialização. A emergência do dispositivo de publicização ampara-se nessa questão social, de modo a transformar a experiência do público enquanto um território psicológico, de constituição de indivíduos para um território sociológico de constituição de massas, grupos e comunidades.

Neste caso, o dispositivo de publicização não deve ser procurado, unicamente, em uma instância central, como o Estado, por exemplo, pois o dispositivo não é uma estrutura, não é uma certa potência da qual o Estado seria dotado: o dispositivo é uma situação estratégica complexa, é uma rede, um tipo de jogo, como já foi escrito. É preciso procurar o dispositivo capilarmente, nas relações que se estabelecem entre um ponto e outro. Isso não quer dizer procurar causalidades de uma instância que explicaria essas relações, pois tratar-se-ia de uma superestrutura, de um enunciado da lei. Trata-se de percorrer um solo em que distintas objetivações vão sendo colocadas em correlação, objetos heterogêneos são colocados como causa e efeito um do outro, pois essa noção de causa-efeito é uma estratégia do dispositivo. O dispositivo de publicização torna-se um dispositivo, não por se referir a um único domínio, o do Estado, mas porque estende-se pelo tecido social e cria a própria tecitura desse tecido, pois ao tornar-se um domínio do Estado, o público é instituído como um objeto possível e, sendo possível de objetivação, torna-se foco de investimentos mediante tecnologias de governo de si e do outro e procedimentos discursivos. O dispositivo não se faz presente pelo fato de tornar tudo uma unidade intransponível, mas porque se produz a cada instante, com estratégias que o tornam cada vez mais necessário, indispensável.

4 SAÚDE PÚBLICA: PUBLICIZAÇÃO DO BRASIL

Este capítulo ocupa-se de problematizar as heranças greco-romanas e européias na constituição do campo da saúde pública no Brasil, entendido como parte da análise do arquivo que, segundo Foucault (2000, p.151)

Comporta, pois, uma região privilegiada: ao mesmo tempo próxima de nós, mas diferente de nossa atualidade, trata-se da orla do tempo que cerca nosso presente, que o domina e que indica, em sua alteridade; é aquilo que, fora de nós, nos delimita.

A emergência desse campo encontra suas condições de possibilidade na formulação do público enquanto um dispositivo da modernidade. Como foi ressaltado no capítulo anterior, o dispositivo de publicização dá visibilidade à saúde e à vida, engendra um campo de lutas entre público e privado conformando especificidades destes territórios, não mais como a experiência greco-romana relativa ao mercado de trocas e ao lar/família, mas relacionada à propriedade, seja esta de si mesmo, do Estado ou dos meios de produção. Essas duas dimensões - público e privado -, que passam a gerir as formas de vida na modernidade, em alguns momentos confluem e se reforçam e, em outros, se antagonizam, mas encontram um referente de articulação de subjetividades no campo da saúde.

As condições de emergência e de existência do dispositivo de publicização referem-se às regras sócio-históricas, definem e possibilitam que o público torne-se um enunciado. Mas o que lhe atribui um estatuto de historicidade não é a história e sim uma série de formulações com as quais o público coexiste. Essas formulações são sócio-históricas, pois não se referem a uma entidade individual, mas as formas de viver de um coletivo em um determinado tempo-espaço. Para o público tornar-se um dispositivo, uma formulação histórica que investe em certas formas de viver, ele necessita ter substância, suportes, lugares e data. O público não é um enunciado atômico (com seu efeito de sentido, origem, limites), mas é ele, o público, um campo de exercício em que faz aparecer unidades diversas, entre elas a saúde pública. É um exercício de pensar o público em sua irrupção de acontecimento.

A singularidade que constitui o nascimento da saúde pública no Brasil é justamente o jogo de força entre as dimensões pública e privada. Ou seja, no caso brasileiro, encontra-se uma particularidade do dispositivo de publicização na medida em que esse torna-se visível ao mundo ocidental como colônia, como propriedade das nações européias. Não é a figura do

Estado que, primeiramente, irá compor o público, mas a figura do Império. Um Império marcado por uma lógica extrativista e exploradora. A vida produtiva, objeto do dispositivo é investido como modo de progresso da nação européia e não do Brasil, que se constitui como tal apenas no final do século XIX.

De acordo com Pinto (2004), para que haja uma esfera pública é necessário que se crie uma distinção entre o público e o privado. Em um modelo de governo Absolutista, a fortuna pessoal da figura do rei e a fortuna da figura do Estado são uma só, não há distinção. Essa possibilidade de distinção apenas torna-se possível quando emerge a figura do Estado-nação, em que a pessoa do governante não se confunde com o cargo de governante. A autora sustenta sua tese na idéia de que existiriam, na sociedade moderna, duas instituições: o Estado e o mercado, “o Estado é o espaço do oficial e o mercado é o espaço dos negócios privados; há uma esfera no meio disso e é aí que tem de surgir a esfera pública. A esfera pública é não-estatal e é não privada no sentido de mercado. Ela é uma esfera em que se organiza a cidadania” (PINTO, 2004, p. 45). A esfera pública seria, para a autora, o espaço no qual as pessoas relacionam-se como iguais.

A figura do Brasil colônia é fundamental nos modos de engendramento e articulação da saúde com o público, pois o que registra essa relação é uma experiência muito mais de cunho rural do que industrial. A industrialização serve ao dispositivo de publicização no Brasil como uma herança em termos de campo de saber e intervenção para o controle da vida e não propriamente, num primeiro momento, como um mecanismo de desenvolvimento nacional, visto o Brasil não se configurar como uma nação em si mesma, mas como uma propriedade e uma extensão de nações européias.

A pauperização não é uma questão social inicial para o dispositivo de publicização no Brasil, na medida em que o desenvolvimento do país, não é uma prerrogativa política local. O caso brasileiro ou a colônia brasileira é um espaço de extração de riquezas e não de produção de riquezas. Desse modo, o que habita a experiência brasileira no século XIX e início do século XX é o privado. Privado de independência e privado enquanto propriedade de outra nação.

Poder-se-ia pensar, então, se é possível falar em um dispositivo de publicização no Brasil? Sim, na medida em que a saúde torna-se foco de investimentos estrangeiros como modo de controle da riqueza local e, para tanto, será necessário articular a figura de Estado como agenciador de políticas da saúde.

O que interessa para esta discussão é o lugar que o público passa a assumir para a saúde no caso brasileiro e ao articular-se a esta, constituir certas estratégias e figuras

existenciais, tanto no que diz respeito aos modelos de assistência à saúde quanto aos sujeitos focos desses investimentos.

Para a construção dessa discussão serão utilizadas algumas linhas histórico-políticas referentes à saúde pública no Brasil. Tratam-se de linhas histórico-políticas no sentido de estratégias de poder que são colocadas em jogo: o público campanhista; o público trabalhista; o público industrial. Essas formulações do público encontram suas condições de possibilidade na noção de propriedade privada, na medicina social e na medicina moderna. A primeira toma como objeto a experiência de um Brasil colônia e a constituição de um território nacional; a segunda objetiva o rural e o urbano como espaço de epidemias e endemias; a terceira formula seu objeto no organismo do indivíduo por meio das categorias de contágio e contaminação. Tais estratégias subsidiam a compreensão do campo da saúde pública como um território do outro, um outro desfilado do privado, um outro que expressa o modo de existência de uma certa formação histórica que publiciza aquilo que lhe escapa. Marca-se, com isso, a função de controle do outro para o progresso da “nação brasileira”, entendendo por “nação brasileira” o capital e a geografia nesse momento.

4.1 UM PÚBLICO CAMPANHISTA: AMALGAMAR COLÔNIA, IMPÉRIO E REPÚBLICA

O colonialismo visível te mutila sem disfarce: te proíbe de dizer, te proíbe de fazer, te proíbe de ser. O colonialismo invisível, por sua vez, te convence de que a servidão é um destino, e a impotência, a tua natureza: te convence de que *não se pode* dizer, *não se pode* fazer, *não se pode* ser (GALEANO, 2005, p. 157).

“Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808 [...]” (PORTAL, 2005, p.1). Ao descrever uma periodização da história da Saúde Pública no Brasil, o Ministério da Saúde é “capaz de definir seu objeto ao mesmo tempo que o descreve” (MACHADO, 1978, p. 17). Trata-se de uma estratégia na medida em que apresenta uma eficácia política, ou seja, é uma linha histórico-política de constituição do dispositivo de publicização. O exercício que o Ministério da Saúde (PORTAL, 2005) faz é, justamente, tecer algumas das condições de possibilidade desse dispositivo, na medida em que o naturaliza como uma questão de desenvolvimento econômico do país. Ou seja, o público torna-se uma linha de força fundamental, torna-se uma forma instituída que coloca a saúde no caminho do governo, “o Estado ficou então encarregado da produção da demanda; foi quando os serviços públicos foram criados (mercados, estradas, postos [...]), tendo em vista o uso.

Não há um investimento privado nesses serviços públicos, há apenas usuários” (FOUCAULT, 2003, p. 85). O público torna-se uma questão que fala sobre quem somos, dos indicadores de quem somos enquanto nação, um campo de racionalidade ao qual nos habituamos.

A publicização do Brasil iluminou certas formas de vida, vidas que, segundo Foucault (1992, p. 98), “estavam destinadas a passar ao lado de todo o discurso e a desaparecer sem nunca terem sido ditas, não puderam deixar traços - breves, incisivos, enigmáticos muitas vezes - se não em virtude do seu contato momentâneo com o poder”. Ao articular saúde e público foi possível iluminar certos modos de viver, de modo a formular-se um saber estratégico para o governo das populações.

O governo das populações da Colônia brasileira articula-se no final do século XVIII como uma estratégia portuguesa de salvaguardar os seus domínios. A ameaça externa de invasão por parte de outras nações bem como a interna no que tange à incapacidade/resistência da população brasileira de defender o domínio português, faz com que seja formulado um programa de segurança da periculosidade multifacetada e dispersa. Esse movimento agencia um investimento em que “o alvo imediato deste plano não é a Colônia como um todo, mas a cidade e seus habitantes” (MACHADO, 1978, p. 107). Essa relação entre governo, população e segurança na Colônia encontra na cidade, de acordo com Machado (1978, p.112), a possibilidade “de restaurar, no homem, a sua humanidade”, ou seja, o controle e a segurança da população são possíveis nos limites restritos do urbano. Entretanto, as conformações jurídicas e econômicas não permitiam a criação de suportes sociais para integrar aquilo que escapava aos limites da população urbana: “os vadios dispersos” (MACHADO, 1978, p. 113). A cidade na Colônia é tanto aquilo que permite ordenar e disciplinar a população quanto local estratégico de segurança do domínio português.

A vontade de saber e a formulação de um conhecimento que penetre na cidade para focalizar quem nela habita ou deve habitar se limita a uma classificação hierarquizante com o objetivo de impedir a degradação de uma camada da população sem colocar a questão de produzir uma transformação qualitativa de sua totalidade (MACHADO, 1978, p. 116).

É um urbano constituído por uma população caótica, preguiçosa e devassa. Governar essa população significa estabelecer fontes de trabalho para evitar a vadiagem e a deserção para aqueles espaços que transcendem os limites do urbano e, portanto, apresentam-se como fontes de perigo. Essa nova orientação administrativa da Colônia, fundamentada na lógica

militar, de militarização da cidade, articula as questões de doença e disciplina, pois, além de ser a Colônia constituída por uma população preguiçosa, revoltosa, é também uma população doente. A cidade é doente em razão da população que a habita. A doença é detectada no corpo militar e uma das afecções visíveis da época é a lepra. Doença correlata tanto das afecções orgânicas quanto da preguiça, da devassidão e da revolta.

Ao situar um ponto estratégico na história - a criação, em 1808, da primeira organização de Saúde Pública no Brasil (PORTAL, 2005) - encontra-se um princípio de inteligibilidade do poder político. Uma racionalidade que encontra na saúde do espaço urbano seu ponto de investimento. Mas não se trata de afirmar que as formas de afecções do urbano foram banidas, excluídas, pois representavam uma ameaça ao poder soberano da Corte. Trata-se de colocar em análise as estratégias que, em um determinado momento, passam a articular a racionalidade administrativa do Estado com as afecções do espaço urbano, ou seja, incluir na gestão do Estado a saúde das populações que habitam as cidades (FOUCAULT, 2005). Desse modo, é necessário um campo de visibilidade e enunciação, um dispositivo de controle do espaço urbano por meio da população que o habita, que mantém em segurança a propriedade da Corte.

O conhecimento da população e da cidade, como espaço de organização dessa população, estabelece a doença e a saúde como uma atribuição da administração colonial, encontrando, nos hospitais militares e leprosários, estratégias de controle. As características dessa forma de governo na Colônia encontra sua modulação na relação entre a Corte e a Colônia, ou do Príncipe e seu principado. Isso é marcado em decorrência dos efeitos tanto em termos de formulação do público quanto do público articulado à saúde. Os jogos políticos dessa forma de governo estabelecem uma experiência de exterioridade, ou seja, a Corte é exterior à Colônia, é um laço, segundo Foucault (2003a), sintético, seja por violência, por tradição, por acordos e tratados. O objetivo político da Corte é manter sua Colônia e a experiência de exterioridade é uma experiência de ameaça. É uma relação da Corte com o que ela possui e não propriamente com o espaço e a população que o habita.

No jogo dessa instância de objetivação da cidade e da população o que se marca são os limites do dentro e do fora. Os limites do urbano e o perigo ao seu redor, os limites da população e o perigo do que escapa ao controle desta, os limites da Colônia e aquilo que pode invadi-la e tomá-la da Corte. Neste sentido, a questão de segurança da Colônia e da propriedade da Corte começa a formular um projeto de administração da saúde da população com bases na lógica da medicina social. Mas é importante ter claro que o administrar a saúde da população não é um atributo de governo em termos de desenvolvimento e progresso, mas

uma necessidade em relação à possibilidade de perda de propriedade.

Pode-se pensar a emergência de um público neste momento quando se trata do espaço urbano e da população, ambos apresentando-se tanto como ameaça quanto como foco de investimento. Não é um público relacionado ao mercado de trocas, não é um público relacionado à polis enquanto encontro entre cidadãos, não é um público enquanto questão social, é um público enquanto exterioridade e periculosidade. Um público situado como Colônia e que ao articular-se ao campo da saúde, por meio do controle das doenças da população, torna-se um público doente e improdutivo. Trata-se, aqui, de uma formulação do público muito mais de cunho substantivo em termos de exterioridade - Colônia, doença, vadiagem - do que propriamente uma modalidade de experiência e territorialização. Aliás, existe um processo de territorialização que encontra suas condições de existência na experiência sociológica do urbano.

Essa experiência sociológica, ou a conformação de um território sociológico, encontra suas condições de possibilidade tanto na migração da lógica da economia familiar, da boa administração do lar, para a administração da população. Quanto da migração das afecções do corpo do indivíduo para o corpo da população. As coordenadas para essa formulação sociológica encontram seu ponto de apoio nas técnicas militares, nas táticas de polícia, pois a figura do médico é uma figura consultiva “um consultor dos poderes públicos” (MACHADO, 1978, p.148). A emergência de uma organização de Saúde Pública no Brasil ilumina a vida infame por meio do policiamento do cotidiano. Vida infame que passa a ser objetivada em termos de conjunto, em termos de espaço que habita:

São as seguintes medidas urbanísticas propostas: nivelar o chão da cidade de maneira a impedir a estagnação das águas, o que também implica no aterro de pântanos e destruição de morros. Abrir praças e ruas. Controlar a construção de casas: com esse objetivo a Câmara deve regular a altura do pavimento, examinar o risco e vigiar o funcionamento sanitário das casas. Plantar e conservar árvores na cidade. Proibir o amontoamento de imundícies em valas, canos, praias, praças e providenciar o despejo do lixo fora da cidade (MACHADO, 1978, p. 145).

Os aspectos de urbanização colocam a tecnologia de governo na cidade, tornam a cidade uma estratégia administrativa, entretanto é preciso também táticas para os modos de viver na cidade não só como espaço geográfico, mas como encontro entre humanos. A objetivação da vida infame se faz por meio da inteligibilidade das causas das doenças, não só urbanísticas, naturais, mas morais, produzidas pelos homens, pelos modos de viver da população: vidas sedentárias, opulência, depravação, promiscuidade. A vida infame é tanto marcada pela pobreza quanto pela luxúria, pois ambas caracterizam formas de vadiagem, de

desorganização, de periculosidade pela potência em escorrer do e ameaçar o principado. É necessário uma disciplina das fronteiras.

Essa disciplina das fronteiras é tanto em relação ao que pode invadir a Colônia quanto aquilo que pode torná-la suscetível de invasão - uma forma de vida fronteiriça, sem uma delimitação. A publicização do urbano torna-se uma urgência: o foco é a criação de um território sociológico; as coordenadas são as bio-políticas e as anátomo-políticas articuladas no campo da saúde.

O dispositivo de publicização não responde a uma urgência da “questão social”, pois o que está em jogo é a propriedade da Corte. As práticas de governo encontram no espaço urbano e na população um instrumento de potência da soberania e não uma problemática ao desenvolvimento econômico local. A conformação do dispositivo de publicização no Brasil responde a uma urgência do Estado administrativo “que correspondia a uma sociedade de regulamentos e disciplinas” em uma territorialidade fronteiriça (FOUCAULT, 2003b, p. 305). Não se trata de uma modalidade de poder que assume a população como de sua responsabilidade, a população é foco por que habita o urbano e o urbano é estratégico em termos de controle do fronteiriço: Serviço de Saúde dos Portos e as figuras de Provedor-Mor, Físico-Mor, Cirurgião-Mor e Delegados (PORTAL, 2005), constituem as tecnologias que regulamentam e controlam a Colônia a partir de meados do século dezanove - 1828.

Essa conformação de uma saúde pública na Colônia forja uma territorialização sociológica na qual se encontram a figura existencial tanto do urbano quanto do habitante desse urbano: doente e improdutivo, sujeito ameaça ao território da Corte. Os exercícios de governo são sobre algo que lhe é exterior - a Colônia - a partir do qual, nas palavras de Foucault (1999, p. 210), “A corte tem essencialmente como função constituir, organizar um lugar de manifestação cotidiana e permanente do poder monárquico em seu esplendor”. O público é uma exterioridade privada da Corte e não um nível de realidade que a constitui e no qual se deva investir.

4.1.1 Saúde: uma questão de justiça e de negócios interiores

A constituição de uma república brasileira acaba por impor novas necessidades e novas ações em termos de governo. A centralização na figura do monarca por meio de seus representantes - Provedor-Mor, Físico-Mor, Cirurgião-Mor e Delegados - é relocada para as Juntas Municipais mediante a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde (PORTAL, 2005).

Os investimentos, entretanto, ainda seguem a lógica da fronteira, do contágio, da justiça e dos negócios:

- Inspeção de Saúde Pública do Porto, Instituto Vacínico do Império, Delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais, controle de navios. Saúde dos Portos e Autoridades Vacinadoras contra a varíola.
- Junta Central de Higiene Pública subordinada ao Ministro do Império
- Obrigatória a desinfecção terminal dos casos de morte ou doenças contagiosas, a critério da autoridade sanitária.
- Os serviços com a saúde pública estavam sob a jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (PORTAL, 2005, p. 2).

O que se marca com isso é a localização da saúde enquanto um atributo do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, ou seja, uma questão de policiamento e de mercado. Entretanto, é importante salientar que a formulação de um Ministério de Negócios Interiores redireciona a saúde tanto para uma lógica de mercado de trocas, quer dizer a ameaça a ele, quanto para uma experiência de interior. Interior enquanto um território não mais da Corte, mas de si mesmo. Essas coordenadas modificam a articulação do público com a saúde tanto em termos de táticas quanto de verdades.

É preciso compor um território como nação e não mais como colônia. As ameaças à Colônia, passam a ser ameaças à República não mais como um termo do exterior, mas como condição para o próprio processo de desligamento da Corte. O homem infame passa a ser habitante do território nacional e não mais da Colônia, um estranho que flutua na estrutura social da República - um território de precariedade econômica e fragilidade de suportes sociais. Aparece, neste momento, uma dupla captura em termos de formas de subjetivação: por um lado um processo de desfiliação, de desqualificação e invalidação social (CASTEL, 1998) frente à Corte; por outro lado, a necessidade de um processo de filiação à nação, à República, uma validação social enquanto propriedade de si mesmo. É preciso deixar de ser o infame da Corte para tornar-se população brasileira.

As atribuições sanitárias às Juntas Municipais, a saúde pública sob jurisdição do Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores, a criação da Junta Central de Higiene Pública tornam-se estratégias de governo, de uma arte de governar uma República. Ou seja, é preciso estabelecer uma rede de relações entre o território nacional, a população e a riqueza, é preciso uma economia política, “um tipo de intervenção característica do governo, que será a intervenção no campo da economia e da população” (FOUCAULT, 2003b, p. 300), é preciso uma governamentalização do Estado brasileiro.

Essas práticas que governamentalizam o Estado modificam a experiência de público. O que Arendt (1989) situava como espaço de trocas, reconhecimento e condição para a vida política metamorfoseia-se em termos de estratégias para governo da população. Essa modificação faz com que o público transforma-se em um dispositivo, um dispositivo de publicização. A publicização torna-se um dispositivo de governo, a higiene pública uma das ações desse dispositivo, a saúde da população e do urbano um dos focos de investimento. Não se trata ainda de um Estado de governo definido por uma massa, com volume e densidade, pois as estratégias de governo ainda apóiam-se em uma territorialidade fronteiriça, o sociológico, o urbano são conformações geográficas que devem ser potencializadas para constituírem uma nação. É um poder de cunho anátomo-político, mais do que biopolítico. Investe-se na vida, na saúde dessas formas de vida por caracterizarem-se como um componente do território nacional. A população¹² ainda não é tomada, como na Europa Industrial, enquanto força produtiva, enquanto produtora de riqueza, na medida em que a base da economia são os agronegócios, com uma lógica não de trabalho livre, mas escravo. E o escravo não era considerado população brasileira. As ações estatais voltadas para a saúde das populações pautavam-se em uma estrutura nomeada de “sanitarismo campanhista”, que visava o combate às doenças de massa que interferiam nos agronegócios.

As práticas em saúde, nesse momento, articulam três formas de organização social: a colônia, o império e a república. É na tecitura dessas três linhas de subjetivação que se encontra a emergência do dispositivo. Este não propriamente como um campo de saber, mas especificamente como um território de práticas e constituição de sujeitos. Trata-se da emergência, no Brasil, de uma perspectiva de nação, de nação brasileira. A medicina apresenta uma função significativa nessa articulação, não tanto pela profilaxia das doenças mas fundamentalmente por constituir também a ordem do discurso da política de Estado-nação. A medicina opera com a lógica patriótica “propiciadora de saúde aos cidadãos, que somente se saudáveis podem contribuir para o engrandecimento da pátria” (MACHADO, 1978, p. 195). Dessa forma, a medicina entra no discurso político tanto como estratégia quanto como um campo de saber, em termos de higiene e polícia médica, para o processo de patriotismo. Essa conformação encontra na articulação da saúde com a população uma estratégia de controle das fronteiras, agora como um atributo interno. Além disso, essa

¹² É importante marcar uma distinção entre as figuras de público, social e população abordados neste estudo. O primeiro trata-se, como vem sendo desenvolvido, de um tipo de experiência que ao tornar-se técnica agencia formas de governo de si e do outro. O segundo, o social, diz respeito aos vínculos e instituições que engendram uma dimensão histórica de agenciamentos constituintes de distintos modos de subjetivação. O terceiro, população, diz respeito à massa que constitui a experiência de sociedade e de Estado.

estratégia acaba por começar a circunscrever um território identitário - ser brasileiro. Entretanto, a república utiliza-se de práticas soberanas e imperialistas. As formas de poderagem sobre o fazer morrer ou o deixar viver, pois, apesar de agir sobre a população, as maneiras de administração não objetivam a otimização da vida, mas a implantação de uma nacionalização da vida cotidiana (FOUCAULT, 2005). Essa nacionalização se exerce por meio de agronegócios, de uma oligarquia rural, sustentada em uma lógica imperialista.

A vida começa a localizar-se no campo político, mas em função dos agronegócios. Os fenômenos próprios à vida - natalidade, mortalidade, habitação - são considerados em sua relação com o Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A organização do urbano está colada ao rural, é estruturada pela lógica “campanhista”. Ou seja, não é propriamente a vida que se problematiza no campo político, o que se problematiza é a necessidade de nacionalizar-se. A publicização é da nação e não da vida cotidiana, pois as formas de administrar a vida cotidiana encontram-se em uma lógica de Estado de direito soberano, em uma lógica privatista. De acordo com uma análise sobre as Constituições no Brasil, Pinto (1999) ressalta que a República apresenta-se como um reordenamento das elites oligárquicas frente ao centralismo monárquico, passam elas a governar o país e não mais o imperador. A Constituição de 1891 tinha como preocupação a descentralização da monarquia por meio da federalização que desse condições para o desenvolvimento econômico dessa elite oligárquica. A consolidação da República não foi um movimento da população brasileira, um movimento cidadão: mulheres, negros, trabalhadores não foram incorporados na Constituição. A publicização passa a ser uma estratégia política para federalizar o Brasil. A saúde e a população são focos para a federalização e desenvolvimento econômico da oligarquia.

A Primeira República (1889-1930) marcou a criação e implementação dos primeiros serviços e programas de saúde pública em nível nacional. Pautado nas campanhas sanitárias de combate às epidemias urbanas e endemias rurais, com um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social, este modelo tornou-se um dos pilares das políticas de saúde não só no Brasil, mas no continente americano em geral (RAMMINGER, 2004, p. 15).

Os personagens que emergem neste momento no campo da saúde são Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e a Fundação Rockefeller: “a Saúde Pública Federal foi entregue à lucidez e capacidade de Oswaldo Cruz que iria inaugurar a nova era para a higiene nacional [...] a qual destinava-se a atender aos problemas de saúde da capital do país e na defesa sanitárias dos portos brasileiros” (PORTAL, 2005, p. 2); a reforma de Carlos Chagas, que segundo o Ministério da Saúde (PORTAL, 2005) foi o responsável pela reorganização dos serviços de

saúde pública, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública e contribuindo para a formulação do Regulamento Sanitário Federal; a Missão Médica da Fundação Rockefeller, que migra para o Brasil, mediante uma lógica “altruísta e filantrópica” e passa a investir em termos de formação de mão-de-obra médica e erradicação de epidemias e endemias no solo brasileiro (FARIA, 1995).

O campo da saúde passa a ser marcado, então, pela centralização das políticas em saúde na figura do Estado - higiene nacional, saúde da capital do país, Departamento Nacional de Saúde Pública, Regulamento Sanitário Federal - bem como na incorporação das políticas sanitárias estrangeiras, neste caso, norte-americanas “estímulo à saúde pública, ao ensino, à pesquisa médica e às ciências naturais” (FARIA, 1995, p. 114). O processo de atribuição da saúde à figura do Estado formula-se a partir das práticas higienistas, das teorias da degenerescência e da eugenia, da medicina social européia, da medicina clínica, dos efeitos econômicos e políticos de ser uma nação,

o modelo explicativo do adoecer tende, na medicina moderna, cada vez mais para a metáfora da invasão, num contexto de batalhas sucessivas, na guerra entre as enfermidades e o organismo humano, que tem por limite, sempre recuado, a história individual e coletiva dos seres humanos, no espaço e no tempo (LUZ, 1988, p. 86).

A medicina social instrumentalizará as ações em saúde por meio da lógica sanitária do urbano e da população; a medicina clínica cria uma região de visibilidade ao corpo individual por meio da explicação monocausal das doenças: agente e hospedeiro; as políticas norte-americanas articulam a necessidade da formação de um corpo médico bem como da perspectiva de nação por meio da relação entre fronteiras em termos de mercado.

Esse processo de territorialização de políticas de saúde no Brasil, nomeado de sanitarismo campanhista, encontra na publicização o seu ponto possível de articulação. A publicização centraliza na figura do Estado as ações em saúde, entretanto, essa publicização não focaliza uma “questão social” em termos de precarização da vida cotidiana. A publicização investe nas epidemias, endemias e negócios. As estratégias de poder são anátomo-políticas, é no corpo dos indivíduos e sua relação com a conformação de uma sociedade brasileira que se focalizam as ações: “a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos” (FOUCAULT, 2005, p. 289). O papel do Estado não era promover ações de bem-estar social de cunho assistencialista e sim disciplinar as populações por meio de controles militares no que tangia à

contaminação dos agronegócios. A publicização se dá muito mais em termos de fortalecimento de um Estado-nação com suas atribuições jurídico/militares do que de biopolíticas da população. A figura da população começa a ser marcada por essas linhas: indivíduo perigoso no sentido de agente e hospedeiro, indivíduo perigoso no sentido de contágio, indivíduo perigoso no sentido de invasor de fronteiras, indivíduo perigoso no sentido de impedimento de nacionalização.

4.2 O PÚBLICO ENCONTRA-SE COM O TRABALHO

O primeiro de maio é o único dia verdadeiramente universal da humanidade inteira, o único dia no qual coincidem todas as histórias e todas as geografias, todas as línguas e as culturas do mundo; mas nos Estados Unidos¹³, o primeiro de maio é um dia como qualquer outro. Nesse dia, as pessoas trabalham normalmente, e ninguém, ou quase ninguém, recorda que os direitos da classe operária não brotaram ao vento, ou da mão de Deus ou do amo (GALEANO, 2005, p. 116).

A publicização é a possibilidade de articulação da saúde com a população enquanto uma problemática do campo político frente à objetivação do indivíduo perigoso ou da classe perigosa, “os inimigos que se trata de suprimir não são os adversários no sentido político do termo; são os perigos, externos ou internos, em relação à população e para a população” (FOUCAULT, 2005, p. 306). O processo de federalização acaba por criar fissuras no próprio tecido social. Essas fissuras são produzidas pelos grupos que a Constituição de 1891 não incluiu: a urbanização e a entrada do operário industrial por meio da imigração. A oligarquia começa a defrontar-se com algo que não fazia parte daquilo que havia sido delimitado como nação brasileira: o operário. Por meio de greves que eclodem a partir de 1917, o operário passa a apresentar-se como uma classe perigosa, como um perigo interno no seio da própria população (PINTO, 1999).

O aparecimento do operariado no Brasil torna-se uma “questão social” em virtude não somente das greves, mas da sindicalização e da partidarização¹⁴. Esse movimento, entre outros, começa a modificar o que aparecerá na Constituição de 1934. Esta Constituição, segundo Pinto (1999), é a primeira a objetivar a população brasileira. É a Constituição onde encontra-se uma arte de governar por meio da relação constitucional que se estabelece entre

¹³ O dia do trabalho nos Estados Unidos é comemorado na segunda-feira do mês de setembro, independente do dia do mês.

¹⁴ O Partido Comunista é fundado em 1922 por operários e simpatizantes.

Estado e o conjunto da população:

A Constituição de 1934 é a primeira em que é nomeado o povo, a população e os brasileiros, em oposição aos estrangeiros: pela primeira vez o país é nomeado como composto de um conjunto de pessoas, organizadas em famílias, por sexos diferentes, em estágios geracionais diversos, com diferentes graus de riqueza, com direitos específicos e particulares e, mais importante do que tudo isto, uma população de trabalhadores, com direitos assegurados (PINTO, 1999, p. 44).

Esses trabalhadores com direitos assegurados passam a ser objetivados por duas instâncias administrativas: Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho. O nó de articulação entre essas instâncias é feito pela cotização salarial. O trabalho passa a ser um marcador de acesso a suportes em saúde. A saúde passa a ser composta como um eixo da educação e possível pela legislação trabalhista. Em um primeiro momento, a seguridade¹⁵ era organizada por empresas de natureza civil e privada com recursos de empregados e empregadores e administrada por representantes de ambas as categorias. Ao Estado cabia administrar essa relação quando necessário (BRASIL, 2001). A partir da década de trinta, a seguridade¹⁶ deixa de ser um atributo das empresas e passa a ser administrada por categorias profissionais dependentes do governo federal. O Estado participa em termos de financiamento e administração dos institutos. Entretanto, objetiva-se mais a acumulação de reservas do que propriamente a prestação de serviços. Isso possibilita a formação de um patrimônio e acumulação de reservas por parte do Estado: “A Previdência passa a se configurar como sócia do Estado nos investimentos de interesse do governo” (BRASIL, 2001, p. 288).

A emergência dos Ministérios da Educação e Saúde Pública e do Trabalho começam a delinear uma outra forma do poder se exercer. Ao poder disciplinar começa a integrar-se um poder regulamentar. O aparecimento da população nas Constituições do Brasil implicam transformar os modos de governo, ou seja, um Estado de governo definido não mais pelo território mas pela massa que habita este território. O território deixa de ser uma expressão geográfica e passa a ser uma manifestação sociológica. Cria-se a necessidade da economia política voltar-se para a população: “a massa da população, com seu volume, sua densidade, com, certamente, o território sobre o qual ela se estende, mas que não é dela senão um componente” (FOUCAULT, 2003b, p. 305). Desse modo, a população passa a ser um

¹⁵ A cotização era organizada por Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs).

¹⁶ A cotização deixa de ser um atributo da Caixas de Aposentadorias e Pensões e passa a ser governada por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

componente da Nação, um componente que deve ser regulamentado, controlado, pois é justamente a população que escapa à determinadas formas de dominação.

Neste caso, isso que escapa, essas formas de resistência, como o movimento operário, não foi sempre o objetivo final de todo o assujeitamento, pois a população passa a ter visibilidade justamente quando as estratégias disciplinares não são mais suficientes para manter sua opacidade. As estratégias de segurança/policiais precisam articular-se a outras ações, precisam integrar a população como um problema político, como um problema de governo. As tecnologias disciplinares agregam-se às tecnologias previdenciárias/ regulamentadoras. Desse modo, o disciplinar une-se ao regulamentar na medida em que o controle dos comportamentos e ações passa a ser normatizado em termos de legislação.

Segundo Foucault (2005), a relação que o Estado passa a estabelecer com as formas de vida implica órgãos complexos de centralização e administração: Constituições, Legislações, Ministérios. Mas também uma série de subníveis administrativos: estabelecimentos médico/hospitalares, caixas de aposentadorias, órgãos de vigilância. Esse acoplamento do Estado às formas de viver conforma um conjunto com regras próprias de funcionamento, engendra uma bio-regulamentação. São regulamentações que agem nos comportamentos, no modo como a população deve viver: caixas de aposentadorias que asseguram a saúde e a velhice, higiene das famílias como forma de preservação e reprodução da vida, escolaridade. No que tange às políticas de saúde, a regulamentação age em termos de profilaxia rural e urbana, criação de dispensários, recenseamento de doenças infecto-contagiosas, criação de preventório para recolhimento dos filhos sadios de portadores da doença. A concepção de polícia sanitária dominava as ações e o termo vigilância sanitária era usado para o controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis, estabelecimentos e locais. A racionalidade que se engendra sustenta-se no fazer viver ou no deixar morrer. E o fazer viver vai encontrar no trabalho uma das possibilidades de sua articulação.

O trabalho assalariado torna-se um foco do dispositivo de publicização. É preciso torná-lo um domínio, é preciso regulamentá-lo. Pois o trabalho é tanto a via pela qual se institui a regulamentação quanto a via pela qual se escapa à regulamentação. Essa porosidade do trabalho cria a necessidade de controlá-lo em termos de massa de resistência, mais do que propriamente otimização da força de trabalho, “1932 - No Brasil surge o ensino e a pesquisa científica no campo da administração com a criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho” (PORTAL, 2005, p. 2). O investimento nessa figura emergente do operário/trabalhador é uma questão de seguridade para o Estado tanto em relação às reservas e acumulação quanto à possibilidade de governabilidade:

Mas a inclusão do trabalhador na Constituição de 1934 tinha um fator limitante: a ausência do trabalhador rural. Todos os direitos eram assegurados somente aos trabalhadores urbanos, os mais facilmente interpelados pelos discursos de inspiração socialista e comunista. Os trabalhadores rurais ficaram de fora, e com isso Getúlio tratava de minimizar a resistência das oligarquias rurais, aliadas do poder em 1930. (PINTO, 1999, p. 45).

O dispositivo de publicização aparece, dessa forma, como norma que passa a circular entre população/Estado, população/urbano. As bases dessa norma encontram-se na cientificização da vida cotidiana. Essa cientificização diz respeito a uma economia política. A norma “permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica” (FOUCAULT, 2005, p. 302). É preciso publicizar o cotidiano para governar, a vida tem que sair do âmbito da economia doméstica para o âmbito da economia política. O dispositivo de publicização faz viver ou deixa morrer. O fazer viver ou deixar morrer em termos de economia política engendra uma cesura no tecido social: doenças e ausências de doenças, assalariados e não assalariados, crianças e adultos, homens e mulheres, graus de riqueza. Esse exercício cria no interior da população uma série de agrupamentos que são marcados pela norma. Uma normalização que direciona as estratégias políticas em termos biológicos, uma tecnologia que “vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura” (FOUCAULT, 2005, p. 305): profilaxias, recenseamentos, dispensários, preventórios.

Entretanto, é importante marcar que a “questão social” que emerge na primeira república e na república de Vargas são referentes ao campo do trabalho e das afecções do corpo da população. A “questão social” não diz respeito à miserabilidade e precariedade da vida no espaço urbano e rural. A publicização ilumina o trabalho e as doenças e não especificamente a pobreza, a esta cabe deixar morrer. O tornar a “vida sadia” recai sobre as condições de trabalho e as condições sanitárias do espaço urbano e rural em virtude de uma economia de caráter exportador.

A lógica de investimento em determinados focos e não em outros, por exemplo, no trabalho/doença e não na pobreza, se formula na racionalidade moderna de produção de refugo social. O refugo é efeito do próprio processo de lapidação e desenvolvimento social “a separação e destruição do refugo seriam o segredo comercial da criação moderna” (BAUMAN, 2005). A produção de “lixo social” é indispensável para o crescimento da nação, portanto, deixa-se o supérfluo, o desnecessário morrer.

As biopolíticas que começam a entropor-se no tecido social apresentam um plano de bifurcação: por um lado, é necessário filiar, amarrar e, por outro, é preciso fragmentar,

separar. A filiação se dá em termos de regulamentos que atribuem ao Estado certas responsabilidades, por exemplo, participação nos financiamentos e administração de suportes sociais ao trabalhador. Por outro lado, ao responsabilizar-se pela vigilância sanitária, subdivide e fragmenta a população a partir de codificações científicas: higienismo, profilaxia e degenerescência. A saúde pública não é um eixo em si mesma de responsabilidade do Estado, a saúde é uma derivada das possibilidades de governo do Estado, portanto, acoplada à Educação, aos Negócios e ao Trabalho.

A atribuição ao Estado da responsabilidade de tornar a “vida mais sadia” por meio da regulamentação do trabalho, do espaço urbano e rural aproxima a saúde da população. Mas para gerir essa relação são necessárias condições de possibilidade. Essas condições são articuladas mediante a publicização da vida. Uma publicização que encontra no racismo uma de suas principais inscrições, quer dizer o fazer viver ou o deixar morrer é assegurado ao Estado pelo racismo. A função do racismo de Estado surge como uma tecnologia de publicização, tecnologia essa que vai marcar a própria experiência do público. O racismo de Estado faz uma cesura no tecido social ao marcar aqueles grupos dos quais o Estado deve ser parceiro (oligarquias) e os grupos que o Estado deve assistir - trabalhador, família, jovens, crianças. A assistência do Estado, o amparo do Estado, regulamenta-se a partir da necessidade de apropriar-se da complexidade da população para equilíbrio nacional assentado em uma lógica de estado de direito. Esse investimento do Estado une medicina e higiene social.

O racismo de Estado, nesta discussão, refere-se ao trabalho e não propriamente à miscigenação como no movimento eugenista relacionado à raça no Brasil. Trata-se de um eugenismo, mas voltado para a categoria trabalho, na medida em que este tornaria a vida mais sadia do espaço urbano, “oferecia mecanismos de contenção dos conflitos sociais, provenientes das reivindicações trabalhistas e justificavam o fortalecimento do Estado” (COUTO, 1994)

A experiência do público formula-se nessa instância de articulação entre as práticas de regulamentação da vida cotidiana por meio de normas trabalhistas e sanitárias, da produção de verdades sobre a relação entre contágio e afecções, bem como de formas de subjetivação pelo trabalho: a figura do operário.

Como se trata de um jogo, o dispositivo de publicização opera segundo uma racionalidade centralizadora, o que justamente lhe permite o engendramento de um território público, uma experiência de público. As biopolíticas que constituem uma territorialização do público encontram na “crescente tendência intervencionista da União” (SERRES, 2003, p. 86). Seu ponto de apoio ao articulá-la a um racismo de Estado. A criação do Ministério da

Educação e Saúde Pública objetivava romper com os regionalismos a partir da visibilidade que se dá às condições sanitárias: “interdependência entre as unidades federativas e as limitações das soluções localizadas” (SERRES, 2003, p. 86). O racismo de Estado e o projeto de centralização e uniformização dos serviços sanitários apresentam-se como tecnologias de expansão do Estado Nacional, “A saúde, nesse período, foi alçada a importante sustentáculo na constituição da identidade nacional. O Estado conseguiu forças para atuar em todo o território, sobrepondo-se a interesses e autonomias regionais através da extensão do aparato governamental” (SERRES, 2003, p. 89). A expansão do Estado Nacional coloca na agenda os problemas sanitários: organização sanitária, combate às grandes endemias e identidade nacional.

4.2.1 Saúde e identidade nacional

Esses três eixos de produção: organização sanitária, combate às grandes endemias e identidade nacional, amarrados ao trabalho, referem-se a uma nova configuração do público. A configuração do público, então, apresenta-se enquanto condições segundo as quais se atualiza um conjunto de práticas que requerem intervenções específicas e produzem um novo arranjo social. Esse novo arranjo social - a constituição de uma identidade nacional - coloca na agenda do público a objetivação do trabalhador e da saúde. A objetivação desse modo de subjetivação - identidade nacional - encontrará um ponto de apoio importante na objetivação da família. A família, o trabalhador e a saúde são colocados na responsabilidade do Estado, marcando de forma mais efetiva tanto a noção de população quanto de biopolítica,

O Estado fundará instituições ou dará o seu auxílio e proteção às fundadas por associações civis, tendo umas e outras por fim organizar para a juventude períodos de trabalho anual nos campos e oficinas, assim como promover-lhe a disciplina moral, o adestramento físico, de maneira a prepará-la ao cumprimento dos seus deveres para com a economia, a defesa da Nação (PINTO, 1999, p. 45).

O Estado publiciza a economia doméstica e cria, como sua atribuição a responsabilidade do “futuro” do mundo público - “cumprimento dos deveres para com a economia”. O trabalhador e a família são publicizados em termos de direitos (seguridade social) e deveres (disciplina e moral), passam a ser nomeados e divididos em grupos e a saúde torna-se uma política de governo em “defesa da Nação”.

A defesa da Nação atualiza no projeto de centralização da saúde e no racismo de Estado um conjunto de práticas, de tecnologias tanto despóticas quanto epistemológicas. Tecnologias essas constituídas pela relação entre medicina e higiene, que formula um vínculo entre influências científicas e processos biológicos, um vínculo que tem como efeito uma homeostasia populacional (FOUCAULT, 2005). A constituição de uma identidade nacional é um efeito de equilíbrio das biopolíticas. As biopolíticas inserem a centralização e o racismo como tecnologias de governo. A centralização e o racismo formulam uma identidade nacional.

A identidade nacional precisará ser circunscrita por um conjunto de verdades: o trabalhador será objetivado tanto no sentido de legislação trabalhista quanto de economia doméstica. As tecnologias de controle em termos de organização sanitária e combate a endemias captura o trabalhador por meio da experiência da economia doméstica, por meio de uma experiência do privado. A família passa a ter visibilidade na relação que se estabelece entre esta e o trabalho, entre esta e os meios de produção, entre essa e a identidade nacional. Investir na regulamentação do trabalho é investir na regulamentação da vida doméstica.

Família e trabalhador saem da opacidade do âmbito doméstico para a visibilidade do público: “O Estado se compromete a amparar a maternidade, a infância, a família de prole numerosa, a juventude e, principalmente, os filhos dos operários” (PINTO, 1999, p. 45). Objetivar, em termos de biopolíticas, a família e o trabalhador, territorializa um marcador identitário - a Nação. A nacionalização produz essas formas de subjetivação, que encontram na identidade nacional seu ponto de equilíbrio e a justificativa das ações centralizadoras e racistas.

A reforma proposta em 1935 buscou, a este respeito [saúde pública], nacionalizar o Ministério, mercê da firme decisão assentada por V. Ex.a no sentido de ampliar a atuação federal para abranger, de maneira sistemática, todo o território nacional, foram tomadas iniciativas e providências, notadamente a partir da vigência do regime de 10 de novembro, destinadas, por um lado, a transferir à administração municipal da Capital da República os encargos de natureza local e, por outro, a instituir e desenvolver serviços que fossem alcançar os mais distantes pontos do país. São sobretudo dignos de nota os esforços empreendidos em matéria de organização sanitária e de combate às grandes endemias (a lepra, a tuberculose, a febre amarela, a malária e a peste). (Gustavo Capanema, ministro do Ministério da Educação e Saúde Pública entre o período de 1934 à 1945 (apud SERRES, 2003, p. 88)

Mediante a análise do dispositivo de publicização, aparecem problemas específicos da população, problemática que instala uma série: saúde-trabalho-família. Essa série é pensada em termos de racismo, um racismo que constitui um campo de ações em saúde de forma localizada. A inteligibilidade do racismo conforma-se segundo a noção de saúde como

ausência de doença, fundamentando a doença como impedimento ao desenvolvimento individual ou da nação. A racionalidade do racismo ampara-se na relação entre contágio e estrangeiro¹⁷, entre normal e anormal, entre o eu e o outro, outro que deve tornar-se um igual ou ser exterminado.

Mas a esta série também cabe um modo de governo, ou seja, uma inteligibilidade que necessita de uma economia política - a centralização. A centralização se dá, então, em termos de práticas administrativas - Delegacias Federais de Saúde, Serviços Nacionais de Saúde, Conferências Nacionais de Saúde, enquanto que as práticas de assistência se dão pela lógica do isolamento: profilaxias urbanas, dispensários, colônias e preventórios, conjuntos habitacionais para operários (cortiços próximos às fábricas). Ou seja, a agenda de saúde pública refere-se às ações de combate a doenças infecto-contagiosas e a organização sanitária por meio das regulações do trabalho e da família: seguro-saúde, seguro-velhice, localização de habitação, regras de higiene da família, cuidados com as crianças, escolaridade. É preciso separar para administrar.

A identidade nacional é a estratégia de desenvolvimento nacional, que encontra na cesura da população sua possibilidade de expressão. A saúde pública não se constitui desse modo, como um suporte social, mas como uma fragmentação do tecido social e desenvolvimento da identidade nacional. A experiência de publicização da vida cotidiana separa em agrupamentos e centraliza em termos de governo.

É importante salientar que a publicização do cotidiano em relação às atribuições e responsabilidades do Estado acaba por culminar no estado ditatorial de Vargas, rompendo com a fronteira entre o público e o privado, ou seja, a economia doméstica passa a ser regulada pelo Estado. A vida passa a ser do Estado, os modos de viver passam a ser administrados pelo Estado. O Estado deixa de ter um dono, enquanto Corte e Oligarquias, e passa a ter um administrador centralizador/racista. O populismo da ditadura varguista se sustenta justamente pela visibilidade que dá ao trabalhador e à família, pela assistência ao trabalhador e à família, ou seja, a ditadura de Vargas inaugura uma experiência de estado de direitos conformando uma certa cidadania (PINTO, 1999). Entretanto, trata-se de uma cidadania regulada pelo controle do trabalhador e da família, uma cidadania enquanto identidade nacional, uma cidadania em termos de norma social.

¹⁷ Estrangeiro enquanto aquilo que não é reconhecido como próprio de uma Nação ou de um sujeito.

4.3 INDUSTRIALIZAÇÃO DO PÚBLICO: SAÚDE E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

1948 - Criação do primeiro Conselho de Saúde, considerado por William Wesch marco inicial da Saúde Pública moderna. A saúde do povo era integralmente reconhecida como importante função administrativa de governo. Quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores serão as possibilidades econômicas de um país (PORTAL, 2005, p. 3).

A saúde pública começa a engendrar-se como um objeto, um objeto da economia política, uma maneira do poder capilarizar-se e exercer-se no interior da economia doméstica. A saúde pública constitui-se de relações políticas que investem na trama de nossa existência (FOUCAULT, 1974) ao tornar-se um dever do Estado, entretanto, como um dever de regular a população. O controle das populações recairá sobre o trabalhador e sua pacificação, sobre a família e sua responsabilização. O exercício biopolítico engendrado pela questão “Quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores serão as possibilidades econômicas de um país” (PORTAL, 2005, p. 3) desloca o dever do Estado para o dever do operário, o dever da família. Ou seja, ao objetivar operário e família como foco das funções administrativas do Estado, as estratégias políticas iluminam estas existências de modo a constituir o sujeito público, ao mesmo tempo em que inscrevem ao sujeito público a responsabilidade do desenvolvimento da identidade nacional, entendida como também desenvolvimento econômico da nação. Ambos, operário e família, trabalharão para o desenvolvimento da nação.

O dispositivo de publicização conforma uma experiência de família e de trabalho que são as condições de possibilidade de acesso aos suportes em saúde, “a assistência sanitária é incorporada à Previdência Social” (BRASIL, 2001, p. 289). O dispositivo de publicização torna a saúde um domínio público operando com o deslocamento de população para família e operários e destes para o sujeito público, o sujeito de deveres. Ser população de uma nação é ter família ou ter trabalho, ser um sujeito público é ter o dever de constituir família e tornar-se um trabalhador. Ter acesso à seguridade cola a família ao trabalho, na medida em que esta família torna-se segurada pelo trabalhador; a assistência e a previdência são para os trabalhadores e seus familiares.

O país se redemocratiza, acelera-se a urbanização e a industrialização que tem como correlato uma política que centraliza as questões sociais em termos de desenvolvimento econômico e não de políticas sociais, “vive-se um intenso processo de construção e compra de hospitais, ambulatórios e equipamentos, por parte dos institutos, e de celebração de convênios

para prestação de assistência médico-hospitalar aos segurados” (BRASIL, 2001, p. 290), bem como a inclusão de outros benefícios aos segurados como habitação, empréstimos e alimentação. Ou seja, a urbanização e a industrialização ampliam as necessidades de desenvolvimento da população - família e operário -, agregando-se à previdência a assistência, a habitação, os empréstimos e a alimentação.

A incorporação da assistência, da habitação e da alimentação não diz respeito a uma reformulação do conceito de saúde. A saúde ainda é considerada em termos de endemias e epidemias, fato este encontrado na proliferação e crescimento de hospitais, ambulatórios e equipamentos médico-hospitalares. Assistência, habitação e alimentação são derivadas do movimento dos trabalhadores e não problematização de políticas sociais.

O dispositivo de publicização possibilita o jogo que coloca a saúde pública como um instrumento da medicina e do Estado se exercer sobre a população. A medicina se desenvolve, o Estado se desenvolve por meio da publicização do trabalhador e de sua família. A publicização agrega saúde pública ao trabalhador e à família, de modo a encontrarmos duas capilaridades de formas de subjetivação no dispositivo: medicina e Estado como agências públicas via criação do Ministério da Saúde em 1953 e as atividades médico-sanitárias integradas ao Plano Nacional de Desenvolvimento; trabalhador e família como sujeitos públicos via seguridade mediante a racionalidade de “saúde de um povo como corolário de seu desenvolvimento econômico” (BRASIL, 2001, p. 290).

Mas ocorre que, ao mesmo tempo que o dispositivo publiciza uma das operações, o que faz é privatizar, individualizar. A privatização enquanto uma operação da publicização constitui-se de um lado pela industrialização¹⁸ e a abertura ao capital estrangeiro/privado e, por outro lado, pela localização das afecções morais e físicas em uma região de interioridade - corpo/organismo. De modo que ocorre uma bifurcação na conformação da experiência de publicização: uma coordenada direciona para a luminosidade que o trabalhador e a família passam a ter por meio da seguridade social; por outro lado, uma outra coordenada localiza essa seguridade em uma zona de privatividade, seja no corpo do trabalhador, seja no interior da família.

¹⁸ A Psicologia entra nos espaços de trabalho por meio da Escola de Relações Humanas. As formas de objetivação da Psicologia eram voltadas para complementar o modelo taylorista-fordista no que tangia ao comportamento do trabalhador. Ou seja, focalizava formas de disciplinarização nos espaços de trabalho tendo como chancela a noção de indivíduo. O adoecimento no trabalho era compreendido como uma incapacidade do indivíduo de adaptar-se, fator este resultante de sua própria organização psíquica e comportamental. O trabalho não era considerado como uma categoria psicológica, pois esta referia-se à família. Desse modo, os investimentos eram na formação do indivíduo a partir da sua família, responsável pela estruturação psíquica do indivíduo.

Iluminar trabalhador e família, diferentemente do que ocorria na análise de Castel (1998) sobre a “questão social” forjada pela industrialização, torna-se uma estratégia justamente para possibilitar a industrialização do país na medida em que a saúde passa a ser objetivada como “corolário” do desenvolvimento econômico. Desse modo, a saúde torna-se um vetor de publicização da vida cotidiana, definindo-se a relação entre trabalhador/família e Estado/medicina por meio da saúde pública. Mas a Saúde Pública não enquanto um mediador, nem tampouco enquanto uma prática de cuidados de si, mas sim enquanto possibilidade de desenvolvimento industrial.

Uma publicização da vida que encontra na industrialização sua justificativa e ao mesmo tempo sua finalidade. A saúde pública não se impõe ao trabalhador/família, mas é constitutiva deste trabalhador/família enquanto estratégia para o desenvolvimento urbano e industrial. Aqueles que não estão inscritos como operário ou como família é como se não existissem, vidas não vistas, localizadas na clausura, pois o que se considera como lixo urbano, como aquilo que sobra das categorias de objetivação da população, vai ser colocado ao redor da cidade, margiando o público, embora não o constitua e não seja constituído pelo mesmo.

Nessa compreensão, o urbano configura uma zona privada na medida em que é específica para algumas categorias sociais. Categorias estas semelhantes ao que Arendt (1989) analisou nas organizações greco-romanas pois são proprietárias de sua força de trabalho ou de um espaço doméstico. Aqueles grupos que não se filiavam ao trabalho celetista, já que apenas o faziam quando da necessidade de aumento da produção industrial; nem tampouco eram proprietários de sua força de trabalho e de um espaço doméstico; não se tornavam o público dessa zona privada que era o urbano. O público do urbano diz respeito ao trabalhador/família da nação.

A população operário/família trabalha para o desenvolvimento da nação, o estranho que escapa a essas categorias não figura no público nem no privado/doméstico, não se localiza nos estamentos da nação. Ou seja, a pobreza não aparece como uma objetivação das políticas de Estado, como foco de políticas sociais; a pobreza é o que apenas tem visibilidade nos seus breves encontros com o poder - ocorrências policiais e contaminação do urbano.

As únicas duas coisas úteis que se espera e se deseja do poder público são que ele observe os direitos humanos, isto é, que permita que cada um siga seu próprio caminho, e que permita que todos o façam em paz - protegendo a segurança de seus corpos e suas posses, trancando criminosos reais ou potenciais nas prisões e mantendo as ruas livres de assaltantes, perversos, pedintes e todo tipo de estranhos constrangedores e maus (BAUMAN, 2001, p. 45).

A saúde não se refere aos cuidados de si enquanto possibilidade de uma vida política, como descreve Foucault (1985), de uma participação na vida da polis; a saúde, ao ser objetivada enquanto assistência/previdência, é a via pela qual o trabalhador/família torna-se um objeto público, um sujeito público em termos de estratégias biopolíticas para o desenvolvimento da nação. O que escapa ao público industrial não é dever do Estado enquanto assistência/previdência; o que escapa figura como dejetos, portanto prejudicial à saúde da população trabalhador/família, prejudicial à identidade nacional e ao desenvolvimento econômico.

A economia doméstica não é uma prerrogativa para tornar-se um sujeito público, para participar da esfera pública, como aponta Arendt (1989), mas é efeito da objetivação desta forma de subjetivação. É preciso amarrar o sujeito público a um espaço privado, a uma propriedade - a família e o corpo. É preciso inscrever que, para existir um sujeito público, é necessário operar com o sujeito indivíduo¹⁹. Desse modo, o que está em jogo no dispositivo não é um sujeito político, mas um sujeito indivíduo, que se formula a partir de um conjunto estratégico que atinge “eficácia na ordem do poder e produtividade na ordem do saber”: identidade nacional; desenvolvimento dos meios de produção; sociedade de deveres; medicalização dos corpos. O sujeito-indivíduo diz respeito tanto a uma racionalidade, ou seja, constitui-se por um conjunto de verdades que articulam uma certa forma de subjetivação quanto das formas de governamentalidade que investem nessa figura existencial tornando-a foco de estratégias políticas.

A racionalidade, seja ela do Estado ou do trabalhador/família, engendra-se na objetivação do dever enquanto tarefa e não enquanto direito. Essa racionalidade opera com a individualização da população, na medida em que cria categorias como o trabalhador e a família que devem realizar e responsabilizar-se pela tarefa do desenvolvimento econômico e da identidade nacional. Individualização que tem como tecnologia a autonomia “a ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo” (BRASIL, 2001, p. 291). Dever de proteção por parte do Estado e de tarefa do operário/família. O Estado intervém na saúde relacionando-a ao desenvolvimento econômico.

¹⁹ A distinção que passa a ser feita entre sujeito-político e sujeito-público/indivíduo diz respeito a necessidade de marcar que o sujeito-político refere-se à potência política, à potência de vida especificamente, pois o sujeito público/indivíduo também refere-se a um corpo político na medida em que é foco de investimentos do poder sobre a vida. Mas aqui se quer explicitar que existem configurações distintas de sujeito político e nesse momento essa terminologia foi utilizada para enfatizar essa distinção.

A saúde da população passa a fazer parte de um complexo médico-industrial, que, por um lado, forja a lógica assistencial em termos de corpos individuais, de cura e especialização, “incentivam-se as consultas ambulatoriais e internações médicas, por um lado, e o consumo de medicamentos por outro”. Por outro, a lucratividade deste setor que, por conseguinte, capitaliza a medicina e o privilégio dos serviços da iniciativa privada desta. A individualização produzida pelas políticas e economias da existência na industrialização não são um obstáculo ao sujeito público, mas as possibilidades de conformar um sujeito público e as relações de verdade (FOUCAULT, 1974).

4.3.1 Sujeito público: indivíduo trabalhador/família

O público industrial cola-se à figura do indivíduo, aliás, torna-se possível justamente pela relação que se estabelece entre público - trabalhador/família - indivíduo. De modo que o sujeito público é o indivíduo e não o cidadão. A analítica desta relação reside justamente nas tecnologias biopolíticas que capturam o trabalhador enquanto “questão social”, enquanto formas de resistência e o individualizam tanto em termos de compromisso com o desenvolvimento da nação, indivíduo, identidade nacional, quanto em termos de seguridade individual e especializada. A operação que se produz para essa torção do sujeito público, que começa a cidadanizar-se em termos de direitos (entre outros, o movimento operário) e torna-se o sujeito público indivíduo, diz respeito, no campo da saúde pública, aos procedimentos do dispositivo de publicização que definem segundo Mendes (1999),

- a) o Estado como financiador do sistema por meio da Previdência Social;
- b) a assistência médica privada como maior prestadora de serviços;
- c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos.

Esses procedimentos são reforçados pelo fortalecimento do Estado enquanto regulador e centralizador das políticas públicas em saúde, o afastamento do trabalhador do controle da Previdência Social na medida em que se desfazem os IAPs, que tinham a participação organizada dos trabalhadores e se institui o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), bem como a relação entre Estado e tecnologia científica, principalmente a ciência médica, se recrudescer. É justamente na objetivação do desenvolvimento econômico em termos de desenvolvimento industrial que Fleury (2005),

refere nas idéias de Arouca, a diferença em relação ao modelo assistencial varguista:

O que nos mostrava já a existência desse programa²⁰ as contradições dentro da própria ditadura, ou seja, nós estávamos vivendo um momento de intensificação da repressão por um lado e ao mesmo tempo os nossos militares diferentemente dos militares dos outros países da América Latina eram desenvolvimentistas, ou seja, eles haviam rompido com o modelo varguista no formato da colonização populista do bairrismo, mas não com um projeto econômico desenvolvimentista [...] eles queriam chegar para botar o círculo da industrialização, então a produção científica era importante e então eles incentivaram, e isso mostrava que aquilo não era tão homogêneo que haviam contradições e espaços onde a gente poderia atuar.

A conformação do público, na sua articulação com a saúde, formula o sujeito assistido pelo Estado e não o sujeito de direito. A saúde pública não engendra corpos políticos, pois torna-se uma estratégia política para agenciar um sujeito indivíduo. O dispositivo de publicização faz justamente esta operação de tornar-se condição para a colonização do público/político pelo privado/assistencial. Essa metamorfose do público que o torna objeto do privado circunscreve um território em que público é atributo do Estado e foco da medicina assistencial enquanto estratégia de desenvolvimento econômico privado, “A medicina será um lenitivo para a extrema carência da população. O remédio, uma alternativa para a fome” (LUZ, 1986, p.19).

Não se trata de definir especificamente um conhecimento que se formou sobre o público, mas as relações de poder que uma certa forma de inteligibilidade do indivíduo/privado não cessa de se exercer sobre o público, de modo que a saúde pública passa a constituir um fenômeno para o Estado e para a Medicina em termos de crescimento da nação, um desafio e uma condição para o desenvolvimento da industrialização. Ou seja, a formação de um conceito é em si mesma a formulação histórica de um campo existencial, de um território mediante o qual se estabelecem formas de subjetivação (FOUCAULT, 1995a). De modo que, ao falar do público colonizado pelo indivíduo/privado, aponta-se para o nível do vivido, da vida cotidiana enquanto uma série de comportamentos, investimentos, relações que encontram no social-assistencial do Estado e na assistência médica privada suas justificativas e possibilidades.

A vida cotidiana é tomada pela saúde social-assistencial privada na medida em que se estabelece a parceria do Estado como financiador do sistema de saúde e a assistência médica privada como prestadora de serviços e produtora de insumos. Essa colonização da vida

²⁰ Programa de estudo socioeconômico de saúde na FUNDEP, que era um órgão do governo da área de incentivo à ciência e tecnologia. Esse órgão criou um programa de apoio para produção de conhecimento nessa área e na área criminológica (FLEURY, 2005).

cotidiana pelo social-assistencial encontra fundamentos, inclusive naquilo que seria uma forma de colocá-la em análise, de produzir outros modos de objetivação: a proposta de cuidados primários acordada na Alma-Ata (MENDES, 1999).

A necessidade de cuidados primários é forjada, no Brasil, como a possibilidade de expansão da assistência médica àqueles contingentes populacionais que não tinham acesso à saúde, aqueles grupos que margeavam os centros urbanos, mas que eram efeitos da urbanização - periferia e zona rural. A proposta da Alma-Ata seria a elaboração de uma modalidade de assistência de baixo custo com uma abrangência maior. Essa racionalidade é capturada pela biopolítica racista e de desenvolvimento econômico que estabelece para esses grupos, que passam a ter visibilidade no campo da saúde, uma “oferta de tecnologias mais simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica de participação comunitária” (MENDES, 1999, p. 26).

A publicização de um contingente maior da população torna-se correlata da baixa qualidade dos serviços de atenção à saúde, a vida cotidiana da população que não é trabalhador/família, ou o sendo, está afastada dos centros urbanos, é tomada pelas tecnologias de governo enquanto um objeto “simples e barato”, de baixo custo, pois, a lógica não é propriamente fazer viver, mas deixar morrer.

Trata-se de um processo de estatização do biológico, segundo Foucault (2005), que coloca a vida no campo político, mas não como uma instância política. A biopolítica não investe na relação entre saúde e possibilidades para a vida política como na experiência greco-romana, investe, sim, na relação entre o Estado e a vida para regulá-la em termos políticos. A regulação biopolítica tem como conseqüências, na experiência do público, o consumo individual, barato, pouco qualificado do suporte estatal e não a promoção de um exercício de politização coletiva. É justamente para não haver sujeito político que se investe no sujeito público/indivíduo, é deixar o sujeito político morrer e fazer viver o sujeito público/indivíduo (SANTANA, 2002).

O Estado, no que tange à saúde pública, investe na especialização e atenção médica sobre o corpo do indivíduo, sobre uma dimensão interna com baixo custo, fragmentando o tecido social entre aqueles que precisam da tutela do Estado e aqueles que se desenvolvem economicamente como prestadores de serviços de tutela ao Estado:

Sob os eufemismos de atenção à saúde coletiva e à saúde das pessoas, o que consagrava a separação das ações de saúde pública das ações de atenção médica, reservaram-se as primeiras (não rentáveis) para o setor estatal e as segundas (rentáveis) para o setor privado, intermediado pela Previdência Social (MENDES, 1999, p. 25).

Essa biopolítica, ao se conformar como uma política racista/higienista desenvolvimentista do Estado, formula um jogo que binariza o tecido social: de um lado o dever de assistência tutelar ao trabalhador/família e outros/estranhos; de outro o dever para com o desenvolvimento econômico dos servidores da tutela - medicina privada e industrialização.

O processo de desfiliação produzido pela industrialização capitalista agrava o problema do direito de acesso aos suportes sociais. O público deixa de ser um espaço de trocas e reconhecimento e passa a ser um dispositivo de regulação da população vulnerável, com estratégias biopolíticas. Migra-se de uma esfera de relação com o outro, de sentidos e existência comum, de filiação às tradições, aos costumes, ao trabalho, às relações de comunidade, de redes de interdependência para uma esfera comercial.

Quer dizer, um território em que as relações são mediadas pelo capital e equalizadas a este, tendo a vida como seu foco de intervenção, que torna o capital um suporte de filiação social, “o que se vê então é uma expropriação das redes de vida da maioria da população pelo capital, por meio de mecanismos cuja inventividade e perversão parecem ilimitadas” (PELBART, 2003, p. 1). Essa população de desfiliaados torna-se uma classe perigosa, ameaçadora de fronteiras, estrangeira às redes comerciais. As formas de biopoder vêm a apresentar-se como uma maneira do Estado responder a tal situação, não propriamente por tentar reestruturar esses princípios liberais, mas por uma necessidade de organização do espaço urbano. As formas de biopoder no campo da saúde aparecem por meio da Medicina Social, do Assistencialismo, da Seguridade para o trabalhador.

A partir da década de setenta, nessa configuração do público, começa a se produzir um correlato, uma outra forma de objetivação da saúde. O refugio dessa racionalidade da publicização, que é uma das condições de existência deste dispositivo, começa a apresentar-se de um outro modo. Um acontecimento começa a engendrar uma descontinuidade no dispositivo, apresenta-lhe contradições. Essa descontinuidade histórica não é um grande acontecimento no público, mas um emaranhado de descontinuidades que começam a ter visibilidade no próprio dispositivo. Trata-se da emergência do coletivo como correlato da saúde. O coletivo é produzido por um conjunto de práticas - movimentos sociais e acadêmicos

- com pouca visibilidade, visto o cenário de ditadura militar, inicialmente, mas que permite aparecer um outro domínio de objetos e subjetividades no campo da saúde. A coexistência, agora, será entre o público e o coletivo no campo da saúde.

5 SAÚDE PÚBLICA: DEVER DO ESTADO E DIREITO DO CIDADÃO

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. 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 (LEI 8080, 1990).

Este capítulo volta-se para a problematização do público no que tange às transformações que permitem passar de um discurso da saúde pública para um discurso da saúde coletiva. O público encontra como correlato o coletivo. Não se trata de uma continuidade histórica em termos de desenvolvimento social, mas de rupturas produzidas por um conjunto de práticas que permitem um outro jogo de posições possíveis. O coletivo como correlato do público apresenta-se como uma instância de diferenciação discursiva. Ou seja, a possibilidade do aparecimento de outras regras de existência para objetos e sujeitos, operadas dentro do próprio dispositivo.

A visibilidade do coletivo começa a sair de uma região de opacidade por meio da formulação da saúde coletiva. O coletivo é uma resposta social frente às objetivações do público. A publicização da saúde, ao criar um exército de tutelados, acaba por dar visibilidade à precariedade da saúde dessas existências que toma como seu domínio. O público, ao colar-se à figura do Estado e aos desfiliaados, retira a miséria humana de uma zona reservada. Esse aparecimento de uma zona que se encontrava em uma região reservada é uma contradição no dispositivo e não um acidente no território, uma forma de redenção, mas constitui a própria lei de existência do público.

É a partir dessa lei de existência, ou um conjunto de leis, que essa região passa a ser formulada pela saúde coletiva. Isso não serve para libertar o público de suas verdades, mas para alargar os mecanismos de poder que operam a publicização da saúde. É a forma pela qual o dispositivo apresenta um princípio de historicidade e um jogo político permanente.

O enfrentamento entre saúde pública e saúde coletiva se manifesta no domínio da atenção à saúde, da institucionalização de certas formas práticas mediante o agenciamento do público. Desse modo, a territorialização do público, ao forjar a saúde pública enquanto um fenômeno biopolítico, engendra as condições para aquilo que Foucault (2003a) considera um movimento centrífugo, aquilo que escapa, de certa forma, às relações de poder: a saúde coletiva. O coletivo é tanto efeito do público quanto aquilo que o modifica em termos de

estratégias políticas. Emergência de algo não como um termo do exterior, mas como um movimento que tenta se livrar do poder e, portanto, aquilo que provoca cada novo desenvolvimento das capilaridades e redes de poder.

A saúde coletiva torna-se possível, no dispositivo, na medida em que o dever e o direito tornam-se leis de existência da saúde. O público operacionaliza-se mediante a relação com o dever e o direito, o que engendra uma descontinuidade no próprio território, pois do dever do Estado cria-se o seu avesso e o seu limite: a saúde como “um direito fundamental do ser humano”. Passar do dever para o direito implicará um investimento biopolítico tanto na “questão social” que ganha visibilidade com o dispositivo quanto nos personagens de quem se fala na correlação entre dever e direito - o sujeito soberano e o sujeito cidadão.

Tornar a “questão social” uma questão de dever e de direito é possível por um campo de lutas, lutas que se efetuam de três maneiras: pelo assujeitamento, pela utilização e pela fixação do sujeito público. O assujeitamento diz respeito aos modos como o corpo do sujeito público torna-se propriedade do Estado e da medicina; a utilização enquanto o modo pelo qual a objetivação do sujeito público é estratégica para o desenvolvimento econômico; a fixação quando o próprio sujeito público fixa-se a si mesmo mediante estratégias de resistência. Tomar a enunciação “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” é considerar os jogos no campo da saúde que se estabelecem, se esgotam e se transformam em termos biopolíticos, agregando à lógica do dever a lógica do direito, ao corolário do desenvolvimento econômico a organização social.

A conformação do público, nesse enfrentamento entre a saúde pública e a saúde coletiva, é herdeira de um território do outro desfilado da propriedade privada, do outro trabalhador/família, do outro que não existe, mas que insiste. Uma publicização que não objetivava um suporte social, uma propriedade social, uma inscrição em sistemas de proteção que permitam a vida acontecer (CASTEL, 2004). A biopolítica marca as diferenças de acesso às possibilidades de vida, utilizando-se da publicização, da territorialização do público para o poder se exercer e se justificar. Ao colocar a vida no campo político e torná-la um capital do Estado, criou-se a própria possibilidade desse capital do Estado transformar-se em capital de direito do ser humano.

O público, que marca vidas infames, acaba por vitalizá-las em sua potência política. Vitalizá-las porque as estratégias médico-assistenciais e tutelares do Estado esgotam-se em termos de custos e capacidade de assujeitamento. Mesmo com taxas de morbidades crescentes, a pobreza torna-se cada vez mais visível, pois o deixar morrer não é mais

suficiente para torná-la opaca; vitalizá-las porque a abrangência cada vez maior da utilização do sujeito público evidencia a precariedade da estratégia para o desenvolvimento econômico; vitalizá-las porque o próprio sujeito público começa a fixar-se como potência política.

O público como território do tutelado pelo social-assistencial do Estado, o público como o território do contágio, do agente e hospedeiro das epidemias e endemias começa a metamorfosear-se, a alargar-se: “o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, bem como por uma questão de direito pela racionalidade das “condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (LEI 8080).

Nas transformações do público encontram-se enunciações e práticas antagônicas, a saúde pública e a saúde coletiva operam no mesmo território, contudo desenvolvem práticas que em alguns momentos aproximam-se e em outros distanciam-se, marcando uma nova linha histórico-política. A emergência da saúde coletiva se dá, justamente, naquilo que o campo da saúde pública produz em termos de incentivo à ciência e tecnologia. A tecnologização da saúde apresenta-se em relação à “tecnocracia dos recursos humanos treinados em administração pública e em planejamento [...] antes de tudo técnicos, porta-vozes de uma racionalidade neutra, científica, apolítica” (LUZ, 1986, p.16) e, ao mesmo tempo, à institucionalização do programa de estudo socioeconômico de saúde da FUNDEP, constituído por sanitaristas, que objetivavam juntar a produção teórica com o ativismo político na área da saúde²¹, bem como um movimento dos trabalhadores da saúde mediante organizações sindicais médicas, principalmente.

Ambas as estratégias situam-se no campo da ciência, ou seja, são forjadas nos jogos do discurso científico “então todo o movimento da reforma sanitária vem de discussões da área acadêmica e fundamentalmente da revisão do conceito de saúde” (FLEURY, 2005). Da medicina como constitutiva do campo da saúde pública, amplia-se para a ciência tanto em termos de análise socioeconômica da saúde, de movimento social dos trabalhadores da saúde, quanto de mão-de-obra técnica e “neutra”.

O público toma como objeto tanto a tecnocracia na saúde quanto o socioeconômico da saúde. Conformam-se, então, dois vetores de subjetivação nesse encontro da ciência com a saúde pública, mediante o qual emerge a saúde coletiva: os tecnocratas da saúde e os sanitaristas. Ambas as formas encontram na academia suas condições de possibilidade. A

²¹ Em 1976 surge o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e em 1979 a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (MENDES, 1999).

academia nutre essas formas tanto em relação à neutralidade científica quanto ao ativismo político, de modo que a saúde é colocada em análise. Os efeitos dessa luta política voltam-se para o sujeito público e transformam a própria experiência que este faz de si: de sujeito assistido torna-se um sujeito de direito. Um sujeito de direito objetivado pelas problematizações da saúde:

Um campo de necessidade gerado pelo fenômeno saúde-enfermidade; a produção do serviço saúde com sua base técnica e material, seus agentes e instituições que são organizados para satisfazer essas necessidades; ser um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e medicamentos); ser um espaço de densidade ideológica; ser um espaço de hegemonia de classe através de políticas sociais que têm a ver com a produção social; possuir uma conquista tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual quanto coletivo. Aqui está tudo, a saúde vinculada ao político, social e econômico (FLEURY, 2005).

A linha histórico-política, neste capítulo, toma a reforma sanitária como uma fissura na saúde pública, agenciada pelas próprias produções do público, por aquilo que o público conforma e que ao mesmo tempo lhe escapa. Para a construção dessa discussão serão utilizados dois eixos de problematização: o público em relação ao dever e o público em relação ao direito. Essas formulações do público encontram suas condições de possibilidade na noção de saúde pública e saúde coletiva quando articuladas ao conceito de saúde. A saúde como ausência de doença e tecnocracia atravessada pela saúde como político, social e econômico, ou seja, uma biopolítica que extravasa os limites do biológico: “condições de bem-estar físico, mental e social” (LEI 8080).

5.1 RESTOS DA EXISTÊNCIA E O DEVER DO ESTADO

A cidade de Leônia refaz a si própria todos os dias [...] O certo é que os lixeiros são acolhidos como anjos e sua tarefa de remover os restos da existência do dia anterior é circundada de um respeito silencioso [...]. Ninguém se pergunta para onde os lixeiros levam os seus carregamentos: para fora da cidade [...]. O resultado é o seguinte: quanto mais Leônia expele, mas as coisas acumula; as escamas do seu passado se solidificam numa couraça impossível de se tirar; renovando-se todos os dias, a cidade conserva-se integralmente em sua única forma definitiva: a do lixo de ontem que se junta ao lixo de anteontem e de todos os dias e anos lustrós. (CALVINO, 1990, p. 106).

A experiência de público é uma formação existencial que se cola à figura do Estado, dos lixeiros de Leônia, de modo que a figura jurídica do público é o Estado e “os restos da

existência”, mas não a cidadania. Uma figura jurídica que deve ser assistida pelo Estado em virtude de visibilizá-la como massa perigosa em relação ao contágio e desorganização social. O sujeito público é uma vida indigna de ser vivida, é dever do Estado torná-la um objeto político, uma biopolítica, na qual a preocupação com a vida torna-se uma luta contra esse outro que compõe a nação: o sujeito desfilado. Filia-o, então, ao Estado, à biopolítica, materializa-o em um estado de exceção, “os lixeiros levam os seus carregamentos: para fora da cidade [...] lixo de ontem que se junta ao lixo de anteontem”.

A saúde pública, quando formulada por essa experiência de público, constitui um campo que consiste em um estado de exceção para o desfilado, porque esse é da tutela do Estado, para este não existe um status de cidadania, a sua ordem jurídica é ser uma questão de Estado, portanto, é possível deixá-lo morrer em razão da saúde da nação, “A cidade de Leônia refaz a si própria todos os dias”. É dever do Estado investir nessa normatização da desfiliação (PELBART, 2003). O investimento se dá pela tutela, pelos baixos custos e qualificação tecnológicas no campo da saúde. Essas práticas começam a esgotar-se na medida em que aquilo que era para ser contido em uma espécie de “campo de concentração”, em uma espécie de “depósito de lixo”, aumenta progressivamente devido “a uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do País” (MENDES, 1999).

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (LEI 8080).

Como se passa, então, de um discurso ao outro, quer dizer, que práticas estabelecem uma modificação na racionalidade do público, mediante a qual o dever do Estado para com o desenvolvimento da nação passa a constituir-se como um dever de Estado em termos de seguridade social? Trata-se de interrogar essa modificação do público no sentido do que ele tem a dizer sobre os problemas com os quais passa a se confrontar, bem como as posições que assume e as razões que dá para isso.

Modificar a territorialização do público, em termos de desenvolvimento da nação para seguridade social, não significa que em um determinado momento o Estado passa de uma ética-normativa para uma ética da liberdade, significa que o Estado passa a ser pressionado por um plano de bifurcação do público: de um lado o que Mendes (1999) nomeia de “crise

orgânica do Estado” e as justificativas para a institucionalização de um Estado mínimo²², na medida em que este não é mais capaz de conter a recessão na qual o País se encontra; de outro lado a possibilidade de democratização do País, mediante a qual passam a figurar movimentos sociais como agências de mudança das políticas sociais, entre eles o movimento da reforma sanitária. O Estado, então, passa a ser provocado tanto por aqueles que se beneficiaram do modelo desenvolvimentista quanto por aqueles que colocaram em análise esse modelo. Necessita-se de uma reforma do Estado brasileiro, pois “quanto mais Leônia expele, mais as coisas acumula; as escamas do seu passado se solidificam numa couraça impossível de se tirar”.

De acordo com Mendes (1999), nesse processo havia um consenso em termos de reforma Estatal, mas um contra-senso em termos de como fazer a reforma, quais as posições que o Estado assumiria e a quem caberia o ônus dessa reforma. A reforma do Estado não é em si mesma o princípio regulador das modificações do público, o que modifica essa territorialização do público é aquilo que Foucault (2004b p. 224) refere como o jogo entre a consensualidade e a não-consensualidade nas estratégias de poder. Essa objetivação que Mendes (1999) faz em relação à reforma do Estado marca uma formação histórica que se modifica pela conformação do público na sua articulação com a saúde. De modo que o dever do Estado frente à saúde é tanto em termos de políticas econômicas quanto de políticas sociais. É justamente essa dimensão de políticas sociais que vai conformar o público em termos de dever, ou seja, passa a situá-lo frente às necessidades sociais e não apenas econômicas, passa a conectá-lo à cidadania.

A saúde coletiva, quando formulada por essa experiência de público, constitui um território de práticas de liberdade no campo da saúde pública. Em um estado de exceção para o desfilado cria-se a necessidade de desenvolvimento tecno-científico. Essa ambição pelo desenvolvimento tecno-científico abre espaço para, como já foi escrito anteriormente, a academia entrar no campo da saúde pública, “criar um programa que junta vários cientistas para produzir sobre saúde coletiva era algo muito interessante em um momento de repressão da ditadura”²³ (FLEURY, 2005). Essa estrutura que forja o sanitarista nasce e se potencializa na própria ditadura militar, “pensar saúde coletiva já tinha uma idéia do coletivo, do comunitário, do social, que já era quase comunista então já tinha que ser reprimido”

²² O Estado mínimo diz respeito a intervenção no campo das políticas voltadas para os suportes sociais, pois no que tange à segurança e incentivo à competitividade e desregulamentação ele torna-se “máximo”.

²³ No período da ditadura militar no País começam a emergir uma série de movimentos sociais, não apenas os relacionados a possibilidade de democracia e reforma sanitária, mas movimentos por condições de vida distintas que provocam o campo das políticas públicas.

(FLEURY, 2005), mas por outro lado “Não sei se vocês já repararam, mas a saúde pública não teve quase exilados, teve os exilados do massacre de Manguinhos e depois não teve mais, na década de 70, enquanto outras áreas foram destruídas. 60 e 70 a saúde coletiva estava corrompendo.” (idem). Desse modo, a saúde coletiva começa a fissurar o campo da saúde, corromper valores instituídos, ou seja, apresenta-se como um movimento instituinte. Essa conformação da saúde pública em não apresentar muitos exilados e fissurar-se em termos de saúde coletiva diz respeito à própria relação que o Estado estabelece com a saúde. Ao formular o sujeito público/indivíduo e não o sujeito político, as estratégias políticas no campo da saúde não se confrontam com uma potência de vida e sim com a possibilidade do poder sobre a vida.

A vida à qual o poder se direcionava era uma vida infame, sem potência política²⁴, pois a potência política do operário foi capturada pela Previdência Social, transformando-o em trabalhador da nação. Ou seja, de classe perigosa o operário transmuta-se para mão-de-obra da nação. Mão-de-obra conjuntamente com sua família assistida pelo Estado. Os trabalhadores celetistas e suas famílias tinham acesso aos serviços de saúde por meio da inscrição na Previdência Social mediante a carteira de trabalho. O registro de beneficiário da saúde trazia consigo o registro de trabalhador. O acesso à saúde dependia do acesso ao trabalho.

O Estado social-assistencial formula uma economia subjetiva de dependência, na qual o dever relaciona-se com um outro incapaz. A incapacidade é registrada tanto no sentido da não propriedade dos meios de produção quanto da impossibilidade para o trabalho. De modo que o dever é para manter um determinado status de dependência, o esquadramento do espaço urbano e social, “O Estado assistencial começa pela organização de uma segregação que empurra, para fora dos circuitos econômicos, uma parte considerável da população. E, num segundo momento, ele vem socorrer, vem dar assistência a essa população, mas com a condição de ela passar por esse sistema de controle” (GUATARRI; ROLNIK, 1986, p. 148).

Esses agenciamentos do público apreendiam o trabalhador nos processos produtivos, nos meios de produção, não como proprietários, mas como tutelados. Entretanto, desse processo de subjetivação engendra-se tanto um movimento de trabalhadores da saúde, um movimento de resistência, quanto um movimento de dependência do Estado por parte dos “restos da existência”. Desse modo, o público como um dever constitui-se nesse embate: por

²⁴ Diferente do que aconteceu, por exemplo, no campo da Educação, em que o movimento estudantil apresenta-se como uma ameaça ao Estado e, portanto, é fragmentado pela privação no exílio ou a individualização na família.

um lado o trabalhador/movimento sanitário, por outro lado o trabalhador/ tutelado. O público como dever não objetiva o outro como uma alteridade, esse outro é capturado como “resto da existência”, como desfilado, como trabalhador tutelado, ou como um movimento de resistência, como aquilo que provoca os mecanismos instituídos de poder e os faz alargar-se.

O público como dever articula-se nessas instâncias de objetivação: a pobreza/trabalhador tutelado e a reforma sanitária. Instâncias essas que para se instituírem como um dever do Estado personalizam-se. A personalização do outro, mediante a publicização, cria registros identitários, unidades de sentido. O exercício de tornar algo público e, portanto, um dever do Estado, captura a alteridade, personaliza-a como herança do sujeito público/indivíduo. O dever do Estado torna-se um equipamento coletivo que codifica o outro.

Para a reforma sanitária tornar-se um dever do Estado ela entra nos mecanismos de Estado, articula-se no campo da ciência, pois, são essas duas condições que a tornam possível, que a tornam uma potência política. Os efeitos dessa combinação, segundo Pinto (2004), tornam o território público “extremamente profissionalizado e técnico”, na medida em que os objetos da saúde pública apresentam-se cada vez mais complexos, pois saúde não é mais apenas ausência de doença e sim um indicador da organização social do País.

Quando a Organização Mundial da Saúde, por meio da Conferência de Alma-Ata, preconiza a “saúde como um direito do homem, sob responsabilidade política dos governos” (PAIM; ALMEIDA, 2000, p. 44), estabelece-se um estado de direito à saúde bem como um dever do Estado para com as políticas de saúde. O dever para com as políticas traz como consigna “adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos” (PAIM; ALMEIDA, 2000, p. 44). O fazer viver do biopoder tem como estratégia o “dever”, “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas”. Acrescentar vida aos anos articula-se em um Estado social-assistencial, em um Estado de dever, em que se ajusta o poder político exercido sobre os sujeitos civis e o poder pastoral exercido sobre indivíduos (FOUCAULT, 2003c).

O público como dever estabelece uma relação entre a experiência pobreza/trabalhador como “restos da existência”, saberes como a saúde pública e a economia política e a forma como o poder se exerce nas instituições de saúde. O dever torna-se uma racionalidade de Estado, o público é um dever e, por conta disso, um objeto do Estado, um dispositivo do Estado. O dever é uma técnica da biopolítica, é um dever formular e executar políticas em saúde, adicionar vida aos anos.

Não é porque se teve um cuidado ético com o ser humano por parte da Nação que emerge a reforma sanitária, mas, pelo contrário, é porque construiu-se um sujeito público/indivíduo como objeto de um saber como a saúde pública que se desenvolveu o tema da saúde coletiva. O Estado de dever é formulado como uma estratégia da República, entretanto, o dever não só para com a economia e sim com a saúde da população é uma derivada das instituições de saúde pública. É porque objetivou-se um sujeito público - “restos existenciais”- na saúde pública que foi possível transformá-lo em sujeito civil.

5.1.1 Dever, vida urbana e saúde

A unidade de sentido que se criou para o público é ela mesma disruptora de um outro saber possível: não se trata mais de saúde como ausência de doença exclusivamente, pois o público continua a contaminar o urbano, é preciso pensá-la em relação “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” (LEI 8080). É preciso articular vida urbana e saúde, que segundo Paim e Almeida (2000) ampara-se nos seguintes pressupostos: saúde enquanto estado vital vinculada à estrutura da sociedade por meio das instâncias econômica e político-ideológica, implicando historicidade; ações em saúde como práticas sociais sob a influência do relacionamento de grupos sociais; o objeto da saúde coletiva encontra-se nos limites do biológico e do social, o que cria a necessidade de integração no plano do conhecimento e não das estratégias; o conhecimento se dá pela compreensão das leis e do envolvimento de forças capazes de transformá-las.

O público do dever será forjado por esse campo de conhecimento que coloca em evidência a experiência de que saúde diz respeito à estrutura da sociedade, à historicidade, à relação entre os grupos sociais, à interdisciplinaridade. O público do dever é um território de lutas entre o assujeitamento do público industrial e as forças instituintes da reforma sanitária, a utilização do sujeito público/indivíduo e a transformação em sujeito civil/cidadão. Este processo será produzido não apenas pela racionalidade citada no parágrafo anterior, mas também pela forma de operacionalização, ou seja, as relações de força que se estabelecem entre saúde pública e saúde coletiva.

A operacionalização da reforma se sustenta em estratégias epidemiológicas, planejamento/administração de saúde e ciências sociais em saúde. Esses três eixos de

investimento são pensados em correlação um com o outro de modo a capturar a epidemiologia e o planejamento/administração para o campo das ciências sociais. Esses eixos articulam a saúde como um objeto concreto na medida em que a designam como uma evidência em termos de fenômeno enfermidade/saúde, com uma forma de controle sobre essa evidência, ou seja, a produção dos serviços em saúde. Entretanto essa evidência torna-se uma problemática na medida em que passa a ser objetivada pelas ciências sociais e não apenas como uma questão médico-jurídica, quando o coletivo fissa o público.

A correlação dessas três séries - epidemiologia, planejamento/administração e ciências sociais - no dispositivo de publicização engendrará o objetivo de eficiência, eficácia e equidade na saúde. O coletivo no território público provoca-o em termos da posição do Estado como regulador das políticas em saúde, entretanto não por meio de políticas compensatórias de caráter médico-jurídico, mas de ações de saúde em termos de eficiência, eficácia e equidade. Esse dever do Estado apenas torna-se possível quando a saúde e os serviços em saúde deixam de ser subordinados à doença e à medicina e passam a ser transversalizados pelas ciências sociais. A reforma da saúde foi possível na medida em que outras disciplinas passaram a operar no interior do dispositivo e agregaram ao dever do Estado a problemática da saúde como um objeto que se encontra nos limites entre o biológico e o social, determinado pela produção social e organização dos serviços em saúde. O coletivo faz o público defrontar-se com o borramento de fronteiras entre o social e o biológico/jurídico (PAIM; ALMEIDA 2000).

Essa descontinuidade implica na reforma da saúde como sistema. O sistema de saúde passará a ser operacionalizado tanto em termos de unificação quanto de descentralização, articulando uma rede de objetos como correlatos do dever - universalização, equidade e integralidade. Esse exercício amplia a população a ser assistida pelas políticas em saúde; não se volta mais, unicamente, para os trabalhadores e suas derivadas mas compreendendo que a categoria “não trabalhador” diz respeito a um indicador de saúde da população. Os “restos da existência” desfilados do trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente, da renda, da educação, do transporte, do lazer e do acesso aos bens e serviços essenciais serão contemplados como um dever do Estado. Essa reforma na saúde, segundo Mendes (1999, p. 42) “é um projeto que somente se corporifica num ambiente democrático onde se encontram a emergência de novos sujeitos políticos, a liberdade do dissenso e o governo dos cidadãos”.

A formulação de um Estado de dever em que o público passa a articular-se com o civil diz respeito à ampliação do conceito de saúde provocado pelo coletivo no dispositivo de

publicização. O adicionar anos à vida e vida aos anos constitui uma forma de vida, uma forma de viver mediante suportes sociais para a vida e não apenas ausência de doença. A vida passa a ser dependente das condições de vivê-la, no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde²⁵:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (PORTAL, 2005).

A articulação da saúde no plano da democracia, das lutas cotidianas, da organização social da produção e das desigualdades nos níveis de vida apenas seria possível, como aponta Foucault (2003a), se fosse enraizada no nível da vida cotidiana, se utilizasse como uma grande estratégia as pequenas técnicas locais e individuais, ou seja, era necessário deslocar-se do âmbito acadêmico e dos órgãos governamentais para a sociedade civil. A VIII Conferência Nacional de Saúde apresenta-se como um acontecimento no campo da saúde pública em que o sujeito público/indivíduo é convocado a envergar sobre si mesmo a experiência de um sujeito civil. Civil como aquele que é tomado como indivíduo-cidadão e não indivíduo-público unicamente. Indivíduo-cidadão como aquele que constitui o território público e não apenas é objetivado pelo mesmo.

Essa Conferência diferencia-se das outras tanto pela participação de um número expressivo de representantes dos diversos grupos sociais, bem como por se configurar, inicialmente, em conferências municipais e estaduais para, posteriormente, compor uma conferência nacional. O público do dever provoca o sujeito público à conquista da saúde em suas lutas cotidianas; a saúde passa a ser considerada em relação às condições de vida, portanto engendrando um sujeito civil/cidadão, um enfrentamento entre o público e o coletivo. Relaciona-se, desse modo, a saúde com o conceito de luta na medida em que é um dever do Estado, uma possibilidade de vida e uma forma de subjetividade civil.

A VIII Conferência Nacional de Saúde torna-se uma estratégia biopolítica que investe tanto no que concerne à execução de políticas em saúde quanto na legislação das políticas em saúde. Os efeitos desse acontecimento aparecem na Constituição de 1988 quando se redigem os princípios doutrinários e organizativos da saúde: integralidade, equidade, universalidade,

²⁵ Esta Conferência ocorreu no ano de 1986.

descentralização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 2001), um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (LEI 8080). O Sistema Único de Saúde-SUS, passa a ser considerado de “relevância pública” (BRASIL, 2001, p. 299),

é atribuída ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo [...] este poder pode ser traduzido como autoridade e responsabilidade sanitárias [...] à saúde faz parte de um sistema mais amplo, o Sistema de Seguridade Social²⁶ (BRASIL, 2001, p. 299).

O público é formulado e experimentado tanto como uma questão de regulação, fiscalização e controle quanto de responsabilidade em termos de seguridade social. A agência pública localiza-se nos órgãos do Estado, mas também na sociedade civil, entretanto, quando a saúde passa a ter “relevância pública” não se trata apenas de colocá-la como um dever do Estado, mas, também como um dever da sociedade civil. O aparecimento da sociedade civil baseia-se em princípios democráticos de participação e regulação social.

A emergência de um sujeito civil encontra condições de possibilidade na experiência de que “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (LEI 8080). A articulação desse enunciado, em uma organização social neo-liberal, no que tange a práticas cotidianas, encontra-se na idéia de valorização da sociedade civil em detrimento do Estado. A sociedade civil seria, segundo Pinto (2004, p. 33), uma forma de controle do Estado, opondo-se a este em termos de “princípio do bem, à não corrupção”. A produção do sujeito civil, dessa organização, torna-o substituto da figura do Estado o que se encontra, segundo a autora, “facilmente nas funções de assistência social” (PINTO, 2004, p. 33).

O dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade engendrará ações por meio de voluntariados, associações de bairro, de clubes, de organizações não-governamentais, certificações de compromisso social, em torno das questões de saúde, educação, fome, etc. Essas funções que seriam os suportes sociais pelos quais o Estado deveria responsabilizar-se, quando coladas à figura do sujeito civil, herdeira do público/indivíduo, acabam por desresponsabilizar o Estado, tornando-o mínimo, e recrudescer a individualização.

²⁶ “Conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2001, p. 299)

O público como um dever articula-se no campo da saúde coletiva na experiência de democracia. Entretanto, a idéia de democracia quando formulada pela emergência da sociedade civil, no neo-liberalismo, como agência de transformação social forja formas de subjetivação que calcadas em uma substância moral, aproximam-se da esfera da caridade, “homens e mulheres de boa-vontade. Estas pessoas seriam as pessoas boas, pessoas dedicadas ao próximo” (PINTO, 2004, p. 22). Isso acontece porque o sujeito político não é produzido nessa formulação, os projetos políticos são tensionamentos na disputa entre si, na busca de adesão e desconstrução do outro, na racionalidade da pura liberdade neo-liberal e não na tensão entre liberdade e igualdade, na medida em que, nesta concepção, a “igualdade pressupõe aumento de poder para os desiguais” (PINTO, 2004, p. 23).

Desse modo, a participação da sociedade civil, em um agenciamento do público como dever, não se efetua como instância de regulação do Estado, mas como bem-estar social. A participação popular prevista na constituição da reforma da saúde encontra-se nesse campo de lutas, de formas de subjetivação, nas quais a figura é a do indivíduo e não do político. A participação entra na esteira de substituição das funções do Estado, entra como uma questão do indivíduo e não do cidadão.

Pensa-se isso tanto no sentido das ações que operacionalizam a lógica da “bem-estar”, em termos assistencialistas, para com o outro: a cesta básica para o acesso aos serviços de saúde, os vales-transportes para a presença em certas formas de assistência, a internação em emergências para aqueles que passam fome. Quanto das práticas cotidianas que capturam a possibilidade da participação direta: formas de minimização do controle dos conselhos de saúde, pouca preparação dos conselheiros, investimentos na saúde do trabalhador em termos de cesta básica de medicamentos.

O público do dever não objetiva o outro na medida em que a implantação do SUS encontra-se com o público/indivíduo e não com o cidadão, mesmo em se tratando de um público que se mistura à figura do civil. A diferença constitutiva dos processos de saúde compreendidos por meio da equidade, da universalidade e da regionalização é experimentada como o outro que não valoriza aquilo de que o Estado dispõe. Essas formas de subjetivação implicam uma relação com o outro a partir da lógica da tutela, da bem-estar.

O dever do Estado é considerado pelo trabalho na saúde como uma bem-estar social à população e não como um direito. Essa produção se dá na medida em que a resposta de um si, de um sujeito constituído no campo da saúde ao outro é uma resposta individual e não ética, pois esse outro não é uma provocação da alteridade e sim uma figura formada pela biopolítica (FOUCAULT, 2005). A biopolítica estabelece uma cesura a partir das condições de vida.

Essas condições de vida são formas de qualificação do outro e o outro da saúde é o público tutelado, os restos da existência.

A publicização da saúde, quando pensada em relação à biopolítica no SUS, engendra uma distinção entre gestores, médicos, trabalhadores da saúde e usuários. A questão em si não seria a distinção, pois o campo de inteligibilidade da saúde coletiva inscreve a experiência da diferença²⁷, mas a forma como essa é operada pela biopolítica. Esse outro com o qual essas categorias - gestores, médicos, trabalhadores da saúde e usuários - encontram-se são objetivados como indivíduo/privado. O que implica operar dentro de um campo de responsabilização, de adesão e utilização individual.

5.2 DIREITO À VIDA: CIDADANIA E SOBERANIA

É inútil determinar se Zenóbia deva ser classificada entre as cidades felizes ou infelizes. Não faz sentido dividir as cidades nessas duas categorias, mas em outras duas: aquelas que continuam ao longo dos anos e das mutações a dar forma aos desejos e aquelas em que os desejos conseguem cancelar a cidade ou são por esta cancelados (CALVINO, 1990, p. 36).

Quando se considerou, anteriormente, o público do dever correlato do Estado, pretendia-se pensá-lo não como um atributo do Estado, mas como uma das operações que estatizam as formas de governo. Neste sentido, o público do dever é um dos elementos que se produziu na ordem jurídica, econômica e social. Por ser uma das operações, entendendo esta como um conjunto de aparelhos e normas, o público do dever terá como correlato um público de direito, pois este também se produz na mesma ordem jurídica, econômica e social (FOUCAULT, 2003a). Ou seja, um torna-se condição de possibilidade para o outro: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (LEI 8080).

O público do dever coexistirá com um público de direito, a partir da compreensão de que um dispositivo não é em si um conjunto homogêneo, pois apresenta elementos que se reforçam, que se antagonizam, que se dispersam. Essas duas formas do público tornam-se possíveis, justamente, na formação histórica que começa a desenhar-se no país e são eles

²⁷ O conceito de diferença é inspirado em Deleuze (1999, 1992 a). Dessa forma, opera-se com a idéia de outro e alteridade, como aquilo que possibilita ao sujeito diferir de si mesmo, não como diferença codificada, mas como outriedade.

mesmas possibilidades para esta: a utopia de democratização do país, crise orgânica do Estado, movimentos sociais. Ou seja, apenas é possível articular-se em termos de movimentos sociais e de utopia de democratização quando novas formas de subjetividade são forjadas: é preciso que se produza um assujeitamento ao direito e ao dever para que a resposta ao poder sobre a vida seja a potência política da vida, que segundo Pelbart (2003, p. 83) “faz variar suas formas e reinventa suas coordenadas de enunciação”.

É nesse cenário que ao equalizar condições de vida à saúde, o público de direito engendra a possibilidade de enunciabilidade: “o direito à saúde, nesta visão, se confunde com o direito à vida” (BRASIL, 2001, p. 298). Não se trata apenas de um dever, mas de um direito, ou nas palavras de Calvino (1990, p. 36), “aquelas que continuam ao longo dos anos e das mutações a dar forma aos desejos e aquelas em que os desejos conseguem cancelar a cidade ou são por esta cancelados”. O direito torna-se um mecanismo de luta política, uma possibilidade de vida quando equalizado à saúde, um conjunto de condições para a vida, uma potência de vida.

A possibilidade de “dar forma aos desejos” é uma prática mediante a qual o sujeito público/indivíduo entra em um outro jogo de verdades, mediante o qual se constitui uma possibilidade de exercício de si sobre si mesmo, que transforma um modo de ser (FOUCAULT, 2004a). O sujeito público/indivíduo que no público do dever começa a transmutar-se para um sujeito civil, mesmo com toda a herança do primeiro, encontra uma forma de potência política no direito. Ou seja, é por meio desse público de direito que se criam práticas de liberdade. Neste sentido, o direito torna-se um princípio da democratização do País bem como da saúde: não se trata apenas da saúde ser um “direito fundamental”; ela tem que ser universal, com igualdade de acesso e qualidade de atenção para todos (BRASIL, 2001).

Esse processo de universalização e equidade da saúde é uma resposta política aos movimentos sociais que emergem na década de setenta e oitenta. Equalizar saúde com o direito e com a igualdade apenas é possível em uma nação democrática, que opera com o público como uma questão de cidadania. Entram na ordem do discurso o público, o direito e a cidadania frente ao que o dever já colocava: a seguridade social. Ao estabelecer-se um Sistema de Seguridade Social como conjunto de ações de responsabilidade e de dever do Estado, articula-se o direito à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 2001). A seguridade social quando formulada como uma questão de direito e tratando-se de uma rede entre saúde, previdência e assistência, precisa do sujeito cidadão, precisa do sujeito de direito. O direito publiciza a saúde como um suporte para a existência.

Quando a reforma sanitária formula a saúde como “devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (PORTAL, 2005), a objetiva tanto como um processo ativo e permanente - lutas diárias -, quanto derivada do acesso a suportes para a vida acontecer. O direito, então, será articulado à experiência de luta e de suporte. A diferença em relação às primeiras formulações da saúde pública diz respeito à experiência de propriedade. A propriedade na saúde pública estava colada à figura do privado, ou seja, a saúde era uma propriedade privada da indústria médica e do Estado, entendendo-se que para acessá-la, ou se fazia por meio da propriedade, dos meios de produção, ou pela relação de dependência/tutela dos bens do Estado, era necessário filiar-se a um modo ou ao outro. A reforma sanitária retoma a questão do direito, mas o coloca em relação à propriedade social. A propriedade social é discutida por Castel (2003) como um conjunto heterogêneo de suportes sociais que tornam possível uma independência da propriedade privada no sentido de deixar de ser propriedade de alguém (como na relação senhor/vassalo) ou de ter a propriedade de algo (meios de produção), mas que se caracterizam como “*instancias sobre las que puede apoyarse la posibilidad de desarrollar estrategias individuales*” (CASTEL, 2003, p. 19).

A questão que se coloca é: se o sujeito de direito é um artefato da publicização da saúde como um direito universal, que mecanismos transformam a experiência de um público que opera com um indivíduo tutelado para um público que agencia um cidadão? A diferença encontra-se na formulação da cidadania. Diferentemente do que se encontrava na antigüidade clássica, em que cidadãos eram os homens-livres, ficando fora dessa categoria mulheres, crianças, escravos, estrangeiros e trabalhadores de subsistência, o cidadão, na contemporaneidade, passa a ser todos aqueles que habitam a geografia nacional. É uma forma de estabelecer a qualidade da relação entre o indivíduo privado e o Estado, ou seja, migra-se da economia doméstica para a economia política: não se é mais o pai, a mãe, o filho, o marido, a esposa, etc., mas todo aquele que habita a nação, e por conta disso, estabelece uma outra relação com o Estado. Segundo Pinto (2004, p. 70):

A cidadania é uma noção que está historicamente ligada à idéia de Estado Nacional moderno e à noção de igualdade. Esta última condição é atribuída a todos os cidadãos independente de suas vidas privadas, profissão, religião, sexo, etc. E esta relação é uma relação de direitos e deveres, que não toma conhecimento se o indivíduo é homem ou mulher, se é mãe ou filha, casado, divorciado ou solteiro, se é culto ou inculto, alfabetizado ou analfabeto, se tem religião ou não. Portanto é uma relação que, em princípio, deve ser absolutamente igualitária.

Cidadania e igualdade como exercícios do sujeito de direito apresentam-se quando de um estado de dominação, como o da ditadura militar das décadas de sessenta e setenta, emergem práticas de liberdade produzidas, entre outros, pelo movimento da reforma sanitária. No campo da saúde, a saúde coletiva foi uma das formas de tornar móvel os fatos que impediam e cristalizavam as relações de poder por meio de procedimentos militares (FOUCAULT, 2004a). A saúde coletiva enfrenta-se com a saúde pública mediante estratégias que estabelecem a saúde como uma questão de direito, como uma questão plural (BRASIL, 2001). A saúde, então, é tomada como um princípio de “redemocratização”, torna-se necessária, enquanto prática de governo, para mostrar que o País entrava em uma nova ordem social. Desse modo, foi fundamental colar saúde ao direito, pois é nessa operação que se tornava possível o sujeito experimentar-se como um cidadão, um sujeito de direitos que se dá a conhecer mediante um território público. O público de direito mobiliza o sujeito em relação ao Estado.

O mecanismo político é considerar um sujeito privado, uma existência privada que, ao relacionar-se com o Estado, ou seja, estabelecer uma existência pública, apresenta-se como cidadão, cidadão de direitos. O poder sobre a vida é uma estratégia que pressupõe, agora, a relação entre o privado e o público por meio da cidadania. A luta política da saúde coletiva, no território da saúde pública, é tanto uma prática de liberdade, quando a saúde é um direito, quanto uma estratégia de governo para que o capital se reproduza²⁸. É preciso oferecer políticas para a questão social, mas, como o personagem que emerge da ditadura militar é o militante dos movimentos sociais, as estratégias de governo precisam formular o cidadão e não o tutelado.

O cidadão é um efeito das práticas de liberdade que abrem espaço para ações refletidas. Essas práticas de liberdade, segundo Foucault (2004a), são condições ontológicas da ética. Essas práticas, no campo da saúde, são formas de lutas contra o assujeitamento de subjetividades. São exercícios que colocam a população brasileira no campo do que Silva e Nardi (2005, p. 101) referem como “lutas contra as formas de assujeitamento que produzem a submissão e a serialização da subjetividade”.

O público de direito, diferentemente do dever, agencia práticas de liberdade e cidadania, não está mais colado ao Estado, mas ao cidadão, não se refere mais apenas aos “restos da existência”, mas à cidadania. O direito formula uma tecnologia política, uma

²⁸ Como foi assinalado anteriormente, o País, na década de oitenta, passa por uma recessão e empobrecimento que implicam modificações nas políticas tanto econômicas quanto sociais.

biopolítica que transforma a experiência de população em experiência de cidadania como elemento de um Estado (FOUCAULT, 2004c). O direito à vida é um direito à cidadania. As técnicas de governo das biopolíticas passam a operar segundo um conjunto específico de ações de cidadania. Essas práticas dão uma forma concreta à nova racionalidade política e à relação entre Estado e indivíduo. A cidadania produzida pelo público de direito apresenta uma utilidade política, pois promove a experiência de mudança na forma como o Estado posiciona-se em relação ao direito à vida. Nessa racionalidade, o outro do Estado seria a cidadania.

A questão está, então, em como o público de direito forja esse cidadão, na medida em que a saúde na década de setenta foi uma fonte de enriquecimento do capital privado? O enfrentamento entre saúde pública e saúde coletiva encontra-se tanto com a saúde como saber: ausência de doença ou condições de acesso às possibilidades de vida; quanto com a saúde como prática: de domínio do Estado ou de domínio da instituição médica. Como ausência de doença, a saúde é um direito das práticas em medicina, é um domínio médico; como possibilidades de vida a saúde é um direito do cidadão, é uma questão de seguridade social, uma questão plural que envolve outras áreas além da medicina²⁹. A forma seria compor com ambas as formações: “Esta lei³⁰ regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (LEI 8080). Para tanto, a saúde passa a ser compreendida como um sistema que não se refere apenas aos órgãos do Estado, mas a parceria destes com “o setor privado contratado e conveniado, que interagem para o mesmo fim” (BRASIL, 2001, p. 300). Coloca-se, como foi assinalado anteriormente, o estreitamento das fronteiras entre público e privado. Então, a saúde será uma rede de ações que contemplam tanto os órgãos estatais quanto os órgãos privados, contudo, com uma operacionalidade única: princípios doutrinários e organizativos³¹ do SUS.

²⁹ Ampliação das profissões da saúde, como aparece nas residências em saúde coletiva bem como nos currículos da formação de profissionais: enfermagem, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, artes, educação física, nutrição, psicologia.

³⁰ SUS.

³¹ Universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular.

5.2.1 Cidadania e outriedade

O dispositivo de publicização agencia procedimentos, práticas por meio dos quais os indivíduos tornam-se sujeitos cidadãos. Da massa vulnerável, perigosa, emergem sujeitos que se ocupam de si-mesmos, visto as transformações de formas de objetivação: na Antiguidade a questão que se colocava era a relação do humano com o mundo, na modernidade a questão que se coloca é a relação do humano consigo mesmo.

A “construção de cidadania” mediante tecnologias políticas torna-se uma condição para o governo da massa vulnerável. Mas, para atingir a massa, é preciso forjar sujeitos, produzir identidades, o que se engendra nos procedimentos de filiação e desfiliação ao dispositivo de publicização. Os processos de filiação e desfiliação organizam-se por meio de práticas despóticas e de cuidados que marcam e determinam o modo como os sujeitos se percebem, sentem, vivem. Publicizar a saúde torna-se um vetor de controle sobre o próprio indivíduo e não apenas sobre a massa. A filiação da massa ao campo da saúde, por meio do dispositivo de publicização, assegura a possibilidade de coesão social. Entretanto, assegurar um modo de filiação não significa uma sobreposição do sujeito em relação às tecnologias de saúde e sim uma subposição operatória auxiliar dos mecanismos de saúde.

É uma subposição operatória auxiliar na medida em que o outro, que agora torna-se cidadão, sujeito de direitos, coloca em cena a produção de verdades sobre outriedade e cidadania. O que não quer dizer o mesmo que constituição de alteridade, visto que, ao incluir também exclui no momento em que as estratégias de inclusão tornam o outro um igual e suprime-se a diferença. Tornar-se igual, ou constituir territórios identitários mediante codificações de cidadania e de direitos, produz um outro que não é o “ser-outro do outro” (TÉLLEZ, 2001, p. 80), mas um outro que deve ser equalizado pela reprodução do mesmo.

Dessa forma, apresenta-se a necessidade da figura do indivíduo privado para se estabelecer uma relação com o Estado em termos de cidadania, bem como a necessidade do setor privado como complementar às ações do Estado. Torna-se essencial para as biopolíticas na saúde operarem com essa parceria. Isso implica na própria formulação do público de direito, pois o direito se constituirá também por enunciados de soberania e privilégios. São formas de subjetivação que se colam à figura do sujeito de direito. Foucault (2005, p. 43), analisa esta relação entre a legislação do direito, as formas de soberania e mecânicas de poder correlatas:

Temos, pois, nas sociedades modernas, a partir do século XIX até os nossos dias, de um lado uma legislação, um discurso, uma organização do direito público articulados em torno do princípio da soberania do corpo social e da delegação, por cada qual, de sua soberania ao Estado; e depois temos, ao mesmo tempo, uma trama cerrada de coerções disciplinares que garante, de fato, a coesão desse mesmo corpo social.

O que está em jogo são os direitos universais, os direitos civis, uma democracia, segundo Pinto (2004, p. 23) da pura liberdade do neoliberalismo: “as pessoas devem ser livres, devem ter garantidas suas liberdades e os governos devem garantir estas liberdades”. Mas como as liberdades trazem as diferenças é necessário políticas que utilizam a igualdade como forma de soterramento da diferença, da alteridade, por meio de práticas identitárias. As biopolíticas passam a operar com o indivíduo, tomado pelo coletivo, no campo da saúde, visto ser por meio das objetivações em um conjunto de população que a epidemiologia tenta se deslocar de bases mercadológicas para bases coletivas. As ações em saúde direcionam-se para as comunidades.

A comunidade, como objeto de governo, de formas de governo, vem a ser utilizada por caracterizar-se de modo mais específico que a população. Segundo Mendes (2004), o tropo da população em comunidades ampara-se na heterogeneidade que os grupos representam dentro de uma população. Quando Foucault (1999) propõe o conceito de biopolíticas para problematizar as formas de investimento e controle da população, trata-a como um objeto homogêneo. A população caracterizava-se pelos fenômenos que a objetivavam: natalidade, moradia, habitação, mortalidade, etc. Assim, a noção de comunidade vem a demarcar a heterogeneidade da população como forma de controle. As comunidades são os diferentes grupos que conformam uma população, nas palavras de Mendes (2004, p. 58):

São vários os mecanismos de controle contemporâneo em torno das comunidades de risco, comunidades de rap, comunidades gays, comunidades de jogadores. Essas e outras comunidades identificam grupos de sujeitos sob os mais diversos objetivos para a conduta [...] contudo, essas conceituações e administrações, como também as comunidades a elas ligadas, não existem a priori; existem, sim, como invenções momentâneas que constantemente mudam de configuração e sentidos.

Nesse caso, as biopolíticas voltam-se para os grupos: saúde da mulher, saúde do trabalhador, DST/ AIDS, usuário de drogas, adolescentes gestantes, entre outros, que vão desenhar comunidades. É nas comunidades que as biopolíticas passam a investir, visto o conceito de saúde ampliar-se como condições e acesso a possibilidades de vida e não mais apenas ausência de doença. Comunidade, aqui, é formada por coletivos da periferia, usuários

e trabalhadores da rede pública de saúde que se tornam focos de estratégias políticas (controle e prevenção) e produção de conhecimento (epidemiologia e qualidade de vida).

A questão que se coloca é que as práticas de liberdade que possibilitaram esses coletivos aparecerem como sujeitos de direitos são capturadas no momento em que deixam de constituir-se como diferença, como alteridade e tornam-se igualdade. Esse processo se dá na medida em que a alteridade passa a ser descrita e codificada, formulada dentro de um território de condutas e não mais como um termo do exterior que modifica aquilo que a descreve. As práticas de vigilância sanitária e epidemiológica (LEI 8080) são ações que registram o outro em categorias identitárias.

O direito, na saúde coletiva, não está mais restrito ao exercício político do “voto” e da dependência do Estado, ou seja, o direito articula-se aos “Direitos Humanos Universais” relacionando o político, o civil e as condições de vida. Isso configura um campo de práticas que pulverizam o sujeito de direito em uma série de categorias e a política sobre a vida irá investir sobre o elemento constitutivo da população.

Desse modo, o direito fragmenta o tecido social e as ações serão específicas para cada agrupamento iluminado pelas estratégias biopolíticas, de modo que o princípio de soberania do corpo social e de sua soberania ao Estado será operacionalizado em evidências individuais: o jovem será objetivado em relação à gravidez na adolescência, DST/AIDS, drogadição; a criança será objetivada pelo pré-natal, pela amamentação, pelo acesso à escolarização e controle do trabalho infantil; a mulher será objetivada como gestante, negra, índia, trabalhadora, etc; bem como os incentivos fiscais e financeiros para a indústria médico/farmacológica. A fratura do tecido social encontra-se na diferença em termos de necessidades. A diferença diz respeito aos programas de saúde para os grupos constitutivos da população dependente do Estado: a multiplicação de cartões/bolsa, sejam eles família, escola, cesta básica; e os incentivos para que o capital privado se reproduza: como na indústria farmacêutica e nos exames de alta tecnologia. O direito passa a conversar com o privilégio.

A soberania pressupõe uma indiferenciação entre os bens do Estado e os bens do indivíduo privado: tanto na tutela quanto nos subsídios estatais para a manutenção dos meios de produção privado. Como existência privada deve ter o privilégio de acesso aos bens do Estado. Essa racionalidade captura o público: tanto no sentido da pura liberdade de mercado que minimiza o Estado tornando-o apenas uma agência de fomento à iniciativa privada, quando da idéia de excesso de direitos concedidos aos cidadão/comunidade e que, numa formação capitalista, não se está mais disposta a conceder na medida em que a garantia de direitos não é mais necessária para o capital se reproduzir. O que se produz como discurso é

que o direito é um privilégio, “esta é a crise da cidadania, que chamo de crise por excesso, o cidadão tem direitos demais e as reformas do Estado estão indo na direção de diminuir estes direitos, que foram ressignificados nos discursos dos governos como privilégios” (PINTO, 2004, p. 73). Mas o privilégio é considerado para aqueles grupos dependentes dos suportes do Estado em termos de alimentação, escolarização, habitação, saúde. Os grupos que caracterizam o desenvolvimento tecnológico/industrial do país não são tomados como privilegiados e sim como ocupados com o crescimento econômico na medida em que contribuem com tributos.

O sujeito de direito produzido pelo dispositivo de publicização está colado também ao direito à propriedade privada; esse é o direito civil e político que se convencionou no liberalismo. Junto a isso, o sujeito dotado de direitos é uma objetivação jurídica, segundo Foucault (2004a), um assujeitamento a aspectos mais formais de direitos individuais. Dessa forma, quando a saúde é formulada como direito à vida, nessa lógica, torna-se uma decorrência de direitos individuais e privados na medida em que produz essa figura jurídica do sujeito de direito. Aquilo que possibilitou a problemática do direito à vida aparecer - a cidadania -, é transformada em um objeto jurídico por meio de biopolíticas, e investida em termos de propriedade privada por meio do assistencialismo. O Estado, atualmente, responde à população com ações indenizatórias que se originam dessa relação de direito e soberania. Ao produzir essa forma de subjetividade, as biopolíticas passam a defrontar-se com exercícios de um sujeito de direito soberano que processa o Estado porque não encontra no comércio um “*shampoo*” específico para o seu tipo de cabelo, na medida em que isso implicaria na promoção de saúde para este sujeito (FÓRUM, 2006). A promoção de saúde da biopolítica engendra essa experiência de um direito individual sobre o Estado e não uma resposta coletiva a uma forma de governamentalidade.

O jogo é investir na lógica do direito individual para capturar a potência política da cidadania. Uma das formas do direito individual recrudescer encontra-se nas práticas que vão engendrar essa conformação do público de direito, cujas estratégias referem-se ao modo como o personagem “outro” é tomado no campo da saúde. Ou seja, a resposta que se dá à emergência da cidadania, das lutas de potências políticas, é a objetivação do outro como um sujeito de direitos ou não. Nessa formação encontram-se maneiras de considerar, por exemplo, o usuário da rede de saúde como aquele que, além de ter privilégios demais, pois as biopolíticas são compensatórias (bolsa família, bolsa escola, cesta básica), não reconhece que tem acesso à saúde “gratuitamente”. Dessa forma, ao posicionar-se como cidadão quando se mobiliza em relação ao que tem direito – promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde -,

o sujeito passa a ser tomado como um indivíduo privado pelo outro, um sujeito com privilégios demais e que, portanto, não poderia reclamar pelo direito à vida, na medida em que apenas é beneficiário e não parte da produção de riqueza.

Outro conjunto de práticas que operam com o sujeito de direito diz respeito ao modo como a instituição médica posiciona-se em relação ao SUS. Em uma articulação com os meios de comunicação de massa, as práticas médicas investem na fragilização do sistema de saúde. As ações são tanto no sentido da disponibilidade e envolvimento com a proposta de saúde sustentada pelo SUS em termos de integralidade, pois a medicina continua sendo um campo de especialidades, quanto com a distorção da proposta de qualificação do SUS, como em nota publicada em um jornal por um grupo de sindicatos e associações médicas:

Nada indica que a superlotação do serviço (Emergência), onde diariamente mais de cem pessoas disputam 50 camas, vá ser alterada já que o número de leitos da nova unidade continuará o mesmo. Nos últimos 10 anos, os leitos públicos tiveram redução de 17% na Região Metropolitana, enquanto a população não parou de crescer. Paralelamente a isso, não foi implementada a Participação Complementar do SUS, com tabela adequada de remuneração dos serviços, mantida insuficiente até hoje e incapaz de induzir à ampliação das vagas nos hospitais. Ademais, na nova emergência a direção do GHC explicita um fato discriminatório: mulheres da Zona Norte de Porto Alegre e da Região Metropolitana ficarão sem atendimento ginecológico que há três décadas vinha sendo prestado à comunidade (CORREIO DO POVO, 19 abr. 2006, p. 7).

O jogo de força está no conjunto de regras de produção de verdades, quando se situa que é essencial o aumento de leitos hospitalares e que estes não acontecem por uma inadequada tabela de remuneração, que existe uma ação discriminatória em termos de atenção frente a um trabalho que sempre foi prestado à população. A política de verdades que está em jogo opera tanto com o conceito de saúde produzido pela saúde pública: saúde como ausência de doença e a forma de tratamento é médico-hospitalar, aumento de leitos e exame ginecológico em emergências; quanto com o direito que a população tem a esses serviços, se ela aumenta, esses serviços devem aumentar. O discurso toma o cidadão como um sujeito de direitos de acesso aos serviços médico-hospitalares. Atrelado a isso, ao que se coloca como fragilidade do sistema de saúde, aumenta o número de seguros de saúde privados, ao se incitar uma figura de insegurança frente à possibilidade de acesso à saúde.

A política de insegurança que se engendra pelo dispositivo do público de direito é herdeira da noção de Estado mínimo e de enunciados sobre eficiência, competitividade, leis de mercado e privatizações. Captura o cidadão e o torna um sujeito de direitos, um indivíduo privado na medida em que age nas existências individuais (COIMBRA, 2003).

O se dar a conhecer mediante a relação com o público, nesse modo de territorialização de subjetividades, é colocado como um lugar de vulnerabilidade. Tornar-se público é produzir uma certa experiência de que “os desejos conseguem cancelar a cidade ou são por esta cancelados” (CALVINO, 1990, p. 36). O outro da saúde é a vulnerabilidade e o indivíduo privado.

O que ocorre é a forma como a saúde foi problematizada pelo público a partir de um certo momento e de certos processos de vulnerabilidade decorrentes de uma racionalidade privada. A saúde, então, quando se torna um objeto do público, deixa de ser um conjunto de práticas de cuidados de si para o exercício político, como um dos elementos das artes de governo de si e do outro, para entrar em um território de regulação da vida no sentido de fazer viver ou deixar morrer. O público, então, produz essa figura do indivíduo privado e não do sujeito que se dá a conhecer por meio das relações de troca e filiação social. O público, constitui-se como um território que filia o desfiliação à saúde, não em termos de práticas de liberdade, mas de práticas de recrudescimento da miséria humana. Isso porque o público não é um termo do exterior na relação com o privado e sim encontra nesta sua possibilidade. A saúde coletiva emerge como um acontecimento no dispositivo criando abalos na forma de territorialização da publicização da saúde. O direito e o dever enfrentam-se com o sujeito/público e multiplicam os personagens da saúde. Não é apenas a saúde que passa a ser uma questão plural, o sujeito da saúde também pluraliza-se. Entretanto essa possibilidade de configurar a saúde como um direito e um dever encontra-se com as formas de soberania produzidas pela publicização. O plural da saúde coletiva encontra o soberano da saúde pública, o que incita a formação de subjetividades tuteladas não apenas em relação à doença, mas, sobretudo, às condições de vida. O território de experiência que se produz ao mesmo tempo que individualiza as condições de vida as torna dependentes, na medida em que transforma práticas de liberdade em um termo capital de investimento e controle. O público não se interessa pela desfiliação, mas na forma como o poder pode investir na desfiliação que funciona no interior do sistema político-econômico, ou seja, na sua rentabilidade e utilidade política.

O público, ou a publicização, é aquilo que dá condições de visibilidade e enunciabilidade à saúde e, portanto, estabelece seus jogos de verdade e utilização. Esses jogos de verdade são tanto o instrumento que permite colocá-la em análise quanto um campo de produção de subjetividades no contemporâneo.

6 PSICOLOGIA E O SISTEMA INDIVÍDUO DE SAÚDE

A psicologia, em contrapartida, nasce neste ponto no qual a prática do homem encontra sua própria contradição (FOUCAULT, 2002a, p.134).

Este capítulo volta-se para uma discussão do público no que tange às formas pelas quais a Psicologia articula-se ao campo da saúde. Trata-se de uma provocação ao pensamento no sentido das práticas psicológicas que agenciam tanto a forma de olhar quanto a forma de falar do público. A colocação do público como uma problemática no campo psicológico estabelece um estranhamento, na medida em que esta problemática engendra-se das próprias contradições que as práticas psicológicas produzem e tentam dominar. A análise não diz respeito a uma arqueologia da ciência psicológica, neste momento, mas pensar de que modo as formulações do público discutidas nos capítulos anteriores encaminham para problematizar a Psicologia no contemporâneo.

A questão não é tomar o público como uma evidência no campo psicológico, mas o modo como, pelas contradições daquilo que a Psicologia produz em termos de práticas do humano, tornam o público um dispositivo que investe no controle dessas contradições. Essa discussão ampara-se na leitura que Foucault (2002a, p. 135) faz da Psicologia:

Sem forçar uma exatidão, pode-se dizer que a psicologia contemporânea é, em sua origem, uma análise do anormal, do patológico, do conflituoso, uma reflexão sobre as contradições do homem consigo mesmo. E se ela se transformou em uma psicologia do normal, do adaptativo, do organizado, é de um segundo modo, como que por um esforço para dominar essas contradições.

É essa segunda configuração das práticas psicológicas, “uma psicologia do normal, do adaptativo, do organizado” que a colocam na esteira das biopolíticas. A Psicologia migra e integra-se ao campo da saúde no momento em que as leis da natureza que explicavam o fenômeno humano encontram-se com as relações que os humanos travam consigo mesmos e com os outros, escapando às leis da natureza. Cria-se a necessidade de compreensão do humano enquanto tal e não apenas como um ser vivente, humano que se expressa em seu comportamento, na consciência de si mesmo e na história que o constitui. É preciso inventar uma “natureza humana” na medida em que a Psicologia defronta-se com a problemática da condição humana. A objetivação da condição humana pelas práticas psicológicas implica migrar dos espaços artificiais de laboratórios para o ambiente e para a história.

6.1 PRÁTICAS PSICOLÓGICAS: DO ORGANISMO PARA A HISTÓRIA

Os exercícios da Psicologia, de ser vivente para ser humano, apresentam distintas operações na produção do sujeito psicológico. O sujeito psicológico como ser vivente é objetivado como aquele que faz parte de um processo de evolução dos seres vivos no que tange à seleção natural, aquele mais apto em termos de aparato neurológico. Este sujeito é compreendido em um vácuo, porque as condições de sua existência são explicadas pelo desenvolvimento dos seres vivos e não dos seres humanos, ou seja, em um primeiro momento as práticas psicológicas objetivam um humano como organismo que se desenvolve à mercê da história e das relações que o circundam. O processo de desenvolvimento é individual. Não há, nessa racionalidade, uma relação entre humanos e sim entre seres vivos na busca de sobrevivência. As práticas psicológicas são voltadas para uma topologia cerebral, para aquilo que torna o humano uma espécie mais evoluída. O ambiente é ao mesmo tempo o espaço geográfico no qual a vida se desenrola e o local de lutas pela sobrevivência por meio de princípios adaptativos.

O que se quer apontar com isso é que nessa configuração do campo psicológico, não é possível formular uma experiência privada nem tampouco uma experiência pública. A possibilidade de aproximação é quando o privado equaliza-se a uma topologia cerebral. Isso, seguindo os rastros de Foucault (2002a), é o que cria para a Psicologia uma problemática: a noção de evolução implicada nesse processo de objetivação do humano por meio de seu aparato cerebral. Ou seja, a possibilidade de uma topologia cerebral mais desenvolvida caracterizaria o apogeu da espécie humana enquanto ser vivo. Essa topologia, quando apreendida pela memória é o que causa, na compreensão do humano, uma contradição, pois, segundo Foucault (2002a, p. 138), o evolucionismo

mostra que o fato psicológico não tem sentido senão com relação a um futuro e a um passado, que seu conteúdo atual assenta-se sobre um fundo silencioso de estruturas anteriores que o carregam de toda uma história, mas que ele implica, ao mesmo tempo, um horizonte aberto sobre o eventual.

A relação com a percepção de um passado e um futuro torna-se uma condição de possibilidade das práticas psicológicas migrarem o fato psicológico para o plano das significações que o humano constitui.

Esse plano que começa a engendrar-se coloca a Psicologia na direção da produção de um sujeito dotado de um “mundo interno”, de um “mundo de representações”, que forjam a figura do sujeito privado. O sujeito privado difere do sujeito privado da economia política, pois não se trata de localizar essa experiência do privado, em um primeiro momento, no âmbito da economia doméstica, no âmbito do lar, e sim de localizá-lo em um espaço interior, um espaço dentro do sujeito não específico da atividade cerebral, do organismo do ser vivo, mas específico da condição humana, de sua relação com o passado e com o futuro. Trata-se de examinar o humano naquilo que o difere das noções de natureza: a experiência de interioridade.

A formulação de interioridade é a possibilidade da Psicologia aproximar-se do campo da saúde, na medida em que o fato psicológico como experiência interna apresenta os descaminhos do humano em relação ao processo de desenvolvimento natural do ser vivo. São os fenômenos de adoecimento que empurram a Psicologia para uma ciência humana e não natural. Os fenômenos de adoecimento serão considerados na sua articulação com um plano de representações e significações mentais que formulam, de um lado, a estrutura do sujeito psicológico, figuras neuróticas, psicóticas, perversas; de outro lado, a relação dessa estrutura com aquilo que é exterior à interioridade do sujeito, a família. De acordo com Rose (2001), essa produção das práticas psicológicas interpela o sujeito como um “eu” dotado de uma subjetividade interna e individualizada, um sujeito em profundidade, que circunscreve o seu próprio “eu” pelo “envelope da pele” (idem, p.144). Essa problemática da interioridade para o campo psicológico irá intensificar as formas de governo das vidas. Ou seja, na medida em que a interioridade cria descaminhos pelas relações que estabelece com a família que a constitui, de modo a tornar a psicopatologia uma forma de objetivação das formas de viver, abre-se um espaço de investimento governamental sobre a interioridade e a família.

As formas de governo da interioridade e da família tornam-se possíveis, pois, aliam-se aos ideais modernos da saúde como uma questão de polícia (FOUCAULT, 1995). O que a Psicologia contribui nesse agenciamento é a formulação de um “eu” interior que mediante o controle de si e da família torna-se regulável, adaptável. São os fenômenos de adoecimento que possibilitam a formulação de uma interioridade e da contradição que reformula as práticas psicológicas, de modo a entrar na esteira das práticas disciplinares e biopolíticas. Desse modo, as práticas psicológicas tornam-se um elemento operativo no interior dos jogos de biopoder.

Poderíamos pensar, então, que essa entrada, via psicopatologia no campo do biopoder seria uma forma da Psicologia tornar-se mais um dos elementos do dispositivo de publicização? O que ocorre é a Psicologia nutrir-se das problematizações do público para

solidificar e territorializar uma experiência do privado. A Psicologia apresenta-se como uma possibilidade de salvaguardar individualidades, na medida que é nessa figura que investe, é a possibilidade de objetivação do indivíduo que dá à Psicologia um status, um regime de verdades.

O processo de objetivação da saúde, no campo da Psicologia, parte das disfunções individuais para os efeitos dessas no conjunto da população. As práticas de governos “psi” forjam o privado e o justificam como uma forma de proteção do conjunto da população. Nesse sentido, a saúde pública, como formulada pela Medicina, não é objeto da Psicologia, na medida em que o que está em jogo é a saúde do indivíduo. A maneira da Psicologia subsidiar os jogos de biopoder diz respeito à intensificação da privatividade do indivíduo por meio de práticas e procedimentos que o tornam não apenas responsável pelos processos de adoecimento, mas o mantém responsabilizável. Essa manutenção do responsabilizável torna-se um dos mecanismos biopolíticos da Psicologia.

Esse mecanismo será articulado no interior do espaço doméstico, daquilo que se estabelece como família nuclear. A família nuclear é a via pela qual se torna possível objetivar uma economia psíquica. É por meio do governo (práticas de exame e confissão, tribunal de condutas, condicionamentos) da economia psíquica que a Psicologia começa a tornar-se uma estratégia de controle das populações. A economia psíquica é a forma pela qual às práticas psicológicas inscrevem o “eu” individualizado e interiorizado como a base de uma narrativa histórica. Isso implica voltar-se para os efeitos dessa economia no que tange à problemática da conduta do sujeito sobre si mesmo ou sobre os outros. A inteligibilidade e a visibilidade que as práticas psicológicas produzem possibilitam tanto a necessidade de administração da economia psíquica quanto a forma personalizada como será administrada. A economia psíquica será uma das formas da Psicologia articular-se à saúde pública no que tange a tecnologias do “eu” despóticas e epistemológicas (ROSE, 2001a). Por tecnologias despóticas o autor compreende as formas de controle de si mesmo (controlar ação, controlar afeto, controlar fantasias). Por tecnologias epistemológicas entende-se a relação que o sujeito é levado a ter consigo mesmo em termos de conhecimento de si. Poder-se-ia pensar que essas tecnologias apareciam nas práticas gregas analisadas por Foucault (1987) como constitutivas de uma substância ética, o que as diferenciaria das práticas psicológicas modernas? A diferença encontra-se na questão de que os gregos não tinham a formulação de um “eu” soberano e privado, as tecnologias de si eram estratégias para envergar a força sobre um si e constituir-se como um sujeito político, não um “eu” privado administrado por uma ética normativa. A ética normativa das práticas psicológicas será possível pela articulação da

economia psíquica com a epidemiologia psíquica.

O que possibilita a Psicologia tornar-se um mecanismo de poder são justamente as condições de sua emergência: uma sociedade de normalização. É por meio da norma que se investirá um conjunto de tecnologias de governo tanto em um corpo individual quanto em uma população, é por meio da norma que se abre para as práticas psicológicas um espaço de expressão na economia política (FOUCAULT, 2005). A relação com a economia política diz respeito à formulação de um sujeito governável pela política, um “eu” privado, elemento de uma população, administrável por meio de uma economia psíquica e não como o faziam os gregos que objetivavam a relação entre economia política e sujeito político. O instrumento de normalização é encontrado nas práticas de higiene mental.

A Psicologia adentra o território público, a experiência de público, mediante uma epidemiologia psíquica administrada pela higiene mental. Os serviços de higiene mental, segundo Bleger (1984), é que ampliam as práticas psicológicas, migrando-se do espaço reservado dos consultórios para o espaço da saúde pública:

A função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente terapia e sim a saúde pública e, dentro dela, a higiene mental. O psicólogo deve intervir intensamente em todos os aspectos e problemas que concernem à psico-higiene e não esperar que a pessoa adoça para recém intervir (BLEGER, 1984, p. 20).

A saúde pública, ao interrogar as práticas psicológicas, as modifica em termos de ações sobre a vida cotidiana no que tange à promoção de saúde formulada como profilaxia e pedagogia dos comportamentos. Segundo o autor, encontrar-se com a saúde pública implica estreitar as ações psicológicas com a “organização estatal” (BLEGER, 1984, p. 26), o que produziria uma relação de dependência desta. Entretanto, sugere-se que os profissionais percebam-se também como um “poder público” (BLEGER, 1984, p. 26). Dessa forma, as práticas psicológicas constituem um status e um lugar na saúde pública mediante a elaboração de um projeto de investimentos biopolíticos, que torna o profissional psicólogo um elemento constitutivo do que se elabora como público.

A história e as formas de significação serão coladas aos comportamentos do cotidiano, mediante a psico-higiene, engendrando uma articulação do indivíduo privado com o dispositivo de publicização. Um público forjado pela conduta diária da população em seu conjunto:

O psicólogo clínico deve sair em busca de seu cliente: a pessoa no curso de seu trabalho cotidiano. O grande passo em psico-higiene consiste nisto: não esperar que a pessoa doente venha consultar e sim sair a tratar e intervir nos processos psicológicos que gravitam e afetam a estrutura da personalidade e - portanto- as relações entre os seres humanos, motivando com isso o público para que possa concorrer a solicitar seus serviços em condições que não impliquem em doença. Isto abre uma perspectiva ampla e promissora para a saúde da população e uma fonte de profunda gratificação para o profissional (BLEGER, 1984, p. 27).

As práticas psicológicas permitem criar uma fronteira entre o público e o privado, objetivando o primeiro como população/pobreza/Estado organizados em comunidades periféricas e o segundo como o “eu interior” envelopado pela pele. Esse processo apresentará uma contradição para o campo psicológico, na medida em que sua ligação com o público lhe impõe uma contaminação da economia política. Uma problemática, como sugere Foucault (2002a), com a qual ela não cessará de se deparar e tentar dominar. Para tanto, a figura do psicólogo começa a constituir o grupo de profissionais da saúde na rede pública, conjuntamente com médicos, enfermeiros, odontólogos, etc.. A abertura desse espaço se dá nos serviços de higiene mental por meio da profilaxia das condutas e do cotidiano, ou seja, as práticas psicológicas começam a entrar no cotidiano das comunidades mediante tecnologias de bem-estar social. O bem-estar social será administrado a partir de dois domínios pelas práticas psicológicas: os reformatórios psíquicos e as ressocializações psíquicas.

Os reformatórios psíquicos dizem respeito à gama de práticas de clausura, sejam elas manicomiais, educativas, prisionais, industriais que encontram nas terapêuticas sua forma de controle. Terapêutica não no sentido estrito de psicoterapia, como escreve Rose (2001, p.188) mas

no sentido de que a relação consigo mesmo é, ela própria, dobrada em termos terapêuticos - problematizando a si mesmo de acordo com valores de normalidade e da patologia, diagnosticando nossos prazeres e desgraças em termos psi, buscando retificar ou melhorar nossa existência cotidiana por uma intervenção em um mundo interior que temos dobrado como sendo tanto fundamental para a nossa existência como humanos quanto, entretanto, tão próximo à superfície de nossa experiência do cotidiano.

As figuras formuladas por essas práticas são os indivíduos que não cessam de aparecer nas populações: as crianças e os jovens, os “psicopatológicos”, os “criminosos” e suas vítimas, os “subversivos”, os operários. Os reformatórios psíquicos investem no indivíduo privado. Neste sentido, as práticas de privação vem ao encontro dessa figura para reforçá-la e responsabilizá-la. O privado torna-se uma condição para salvaguardar o público, para este não ser contaminado.

A ressocialização psíquica é a forma pela qual às práticas psicológicas voltam-se para os fenômenos de população, configura-se como uma biopolítica: pobreza, natalidade, mortalidade, habitação. O fenômeno da vida, no campo psicológico, é objetivado a partir das condutas expressas no cotidiano produzidas por um aparato psíquico, interno. A ressocialização psíquica é a tecnologia mediante a qual as práticas psicológicas sobem “os morros”, migrando dos espaços de privação. Aquilo que é retirado dos espaços do cotidiano precisa ser reintegrado, precisa ser ressocializado. A ressocialização investe no cotidiano da população em termos de regras de conduta. O foco não é propriamente o interior do sujeito, mas a forma de manifestação desse interior em termos de comportamento, de conduta, de hábitos diários, um território no qual a saúde do indivíduo torna-se inteligível e praticável segundo um modelo equilíbrio social. Aqui a operação é sobre as práticas de saúde, de higiene social, de adaptação às condições de vida.

Dessa forma, trabalha-se não com a problematização do público, mas com a adaptação do indivíduo privado ao público. É importante mostrar para a população que, se as condições de sua vida são precárias, é porque não houve um investimento privado para modificá-las; desse modo trata-se de uma questão de escolhas pessoais. As enunciações psicológicas articulam-se à economia política, incitam à experiência de que pobreza seja ela “material ou espiritual”, é por uma questão individual. Investe-se em figuras que, ao batalharem cotidianamente, conseguem descer dos morros: “sou brasileiro e não desisto nunca”³².

Os exercícios das práticas psicológicas operam com uma racionalidade que, ao mesmo tempo, recrudescem a figura do “eu” privado, quando o objetivam em termos de elemento da população, ao passo que, como elemento desta população, caracteriza-se como um “eu” precarizado, empobrecido. Ou seja, a supremacia do indivíduo privado, nas práticas psicológicas, é correlata da fragilidade desse “eu” em termos de economia psíquica. Essa fragilidade sustenta a necessidade perene da figura do *expert*, da autoridade, do outro não como alteridade, mas como elemento regulatório dessa fragilidade. As práticas psicológicas não se voltam especificamente para os fenômenos da pobreza enquanto característica de processos sociais forjados pelo capitalismo. As práticas psicológicas se ocupam e formulam a pobreza psíquica do indivíduo privado. Essa pobreza psíquica, que leva o sujeito indivíduo/privado a atos de conduta que desorganizam o tecido social, justifica a necessidade da tutela.

³² Enunciação de uma propaganda do Estado.

A tutela conjuntamente com a higiene mental são o solo das práticas psicológicas na saúde pública. A saúde pública, no espaço das práticas psicológicas é formulada como controle da pobreza psíquica, pois da doença, da psicopatologia, o sujeito privado nunca está livre, é uma subjetividade que carece de ideais de economia psíquica: pai alcoolista e desempregado; mãe prostituta e empregada doméstica; pais e mães ausentes; pais violentos e mães submissas; mães que se tornam pais e pais que desaparecem; famílias desestruturadas. A tutela permite que esse indivíduo privado seja governável para compreender que sua história repetirá a história de seus pais, portanto deve responsabilizar-se em controlar essas faltas internas para modificar a sua história.

A Psicologia oferece para a saúde pública a interioridade do sujeito público e a racionalidade técnica para seu governo. De que modo, então, as práticas psicológicas constituirão o enfrentamento entre saúde pública e saúde coletiva, que passam de uma inteligibilidade da saúde como ausência de doença para a saúde como uma questão plural?

6.2 PSICOLOGIA, SAÚDE E POLÍTICA

Discutir o modo como a Psicologia entra na esteira dos enfrentamentos entre a saúde pública e a saúde coletiva implica pensar que problemáticas apresentam-se como contradições no campo psicológico para se formular uma outra racionalidade. Como o dispositivo de publicização opera modificações dentro do campo da Psicologia alinhando-a à problemática da saúde coletiva? Dois eixos são objetivados nesta discussão: a fragmentação do “eu” privado e a política como analisador das práticas psicológicas.

A fragmentação do “eu” privado anuncia-se no campo psicológico por meio da proliferação de teorias que o objetivam. As problemáticas com as quais as práticas psicológicas se encontram a partir daquilo mesmo que produzem determinam modificações teórico-metodológicas. A soberania do “eu” não cessa de se defrontar com aquilo que o fragiliza: a vida como fato e como forma. A finitude do fato da vida e a multiplicidade de histórias de vida apresentam para o campo da Psicologia a necessidade de estender categorias como família, escola e trabalho para os fenômenos de população. Segundo Rose (2001), novas imagens de subjetividade são agenciadas: socialmente construída, dialógica, inscrita na superfície do corpo, espacializada, nômade, descentrada.

O “eu” passa a ser mais um dos equipamentos constitutivos dessas subjetividades e não apenas o equipamento. Isso não quer dizer que a Psicologia abandone o “eu” privado, mas que se intensifiquem as formas de governo sobre ele. Essa intensificação se dá mediante a produção de um “eu” como a base narrativa da história, “como *locus* de direitos e reivindicações legítimas, como um ator que busca empresariar sua vida e seu eu por meio de escolha” (ROSE, 2001, p.140). Essa racionalidade prática de empresariar a própria vida traz consigo um campo de lutas relacionadas às formas de sujeição da subjetividade. Ou seja, aquilo que se torna efeito das tecnologias psi, o empreendedorismo e a responsabilidade sobre si mesmo, agencia efeitos de resistência. Essas formas de resistência não são uma grande recusa, como assinala Foucault (1995a), mas uma derivada do próprio campo, um movimento centrífugo.

Esse movimento centrífugo aproxima mais uma vez a racionalidade *psi* da política. Aproxima mais uma vez, pois já havia uma composição na medida em que as práticas psicológicas, ao tornarem-se uma forma do poder se exercer sobre a vida, uma biopolítica por meio dos reformatórios e ressocializações psíquicas, forjava, conjuntamente com outras tecnologias de governo, uma política de individualização. Contudo, a aproximação, agora, se dá por meio de uma militância política. A militância política é uma forma de inflexão das linhas de força que colocam as próprias práticas psicológicas em análise. Do “eu” privado, a Psicologia parte para a reflexão sobre as tecnologias que produz e que investem nessa privatização e individualização do “eu”. É um movimento de estranhamento dentro do próprio campo e engendra uma outra problemática para as práticas psicológicas: por um lado, a afirmação da diferença, da multiplicidade de histórias de vida e dos modos de singularização; por outro lado, a captura dessas diferenças em termos de identidades, de marcadores que cingem o tecido social e fragmentam a vida coletiva (COIMBRA, 2002).

A problemática que se engendra entre a política da individualização e a militância política coloca as práticas psicológicas não apenas na esteira das formas de governo da população, mas na esteira das discussões sobre as próprias formas de governo da população. Da economia psíquica parte-se para a economia política. Do indivíduo como elemento constitutivo da população formula-se a questão da população como um coletivo de forças, que forjam diversos status, lugares e posições que devem ser ocupados em regimes particulares para que algo se torne inteligível e operável (FOUCAULT, 2000).

Esses regimes particulares produzem, no campo psicológico, uma outra racionalidade, uma outra forma de inteligibilidade, que se volta para os dispositivos que edificam e mediam a relação que o humano estabelece consigo mesmo. A analítica de dispositivos também

possibilita às práticas psicológicas aceder à saúde coletiva. Em um regime em que saúde é tomada como ausência de doença cabe às práticas psicológicas tomarem o fato psicológico por meio de uma economia psíquica e justificar um plano de ações a partir de um dispositivo que formula um sujeito público/indivíduo incapaz de gerir a si mesmo. Por outro lado, ligar as práticas psicológicas a um regime de verdade em que a saúde é considerada como uma questão plural e tributária da organização social de um País, cria a necessidade da fabricação de um outro sujeito psicológico, ou seja, implica tanto a necessidade de problematizar os dispositivos que fabricavam a experiência de um sujeito público/indivíduo quanto a construção de outros dispositivos que modifiquem essas subjetividades, de modo a fragmentar o sujeito das práticas psicológicas.

A forma pela qual a Psicologia encontra-se com a política é herdeira do Movimento da Luta Antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica estabelece um campo possível de articulação das práticas psicológicas na medida em que objetiva o sujeito psicológico. Desse modo, o adoecimento também é a via pela qual a Psicologia entra em uma outra esteira discursiva, de modo a considerar a loucura não apenas em relação à experiência que o sujeito louco faz de si mesmo, mas que ela apenas é possível em uma sociedade, como escreve Foucault (2002b, p. 163), “ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam”. A demarcação de um território psicológico é fundamental para a Psicologia considerar que um determinado regime discursivo, como o da saúde, também faz parte de seu repertório. Desse modo, voltar-se para a saúde mental assegura às práticas psicológicas um *status*, um lugar e uma posição inteligível e operável, pois ali está a zona privada de seus investimentos: o sujeito psíquico.

É a partir dessa relação entre zona privada das práticas psicológicas com militância política da Reforma Psiquiátrica que o sujeito psíquico constitutivo do sujeito público/indivíduo irá se fragilizar, fragmentar-se em outras figuras existenciais. Desse modo, os restos da existência característicos da lógica manicomial serão articulados ao que, no capítulo anterior, foi analisado como público de dever e de direito. A inteligibilidade da saúde como um dever do estado e um direito de todo o cidadão brasileiro abre para às práticas psicológicas um outro território: o das políticas públicas. Esse território não diz respeito ao trabalho especificamente na rede pública, mas à participação na formulação das políticas que operacionalizam as ações na rede pública:

No que se refere às articulações das entidades da categoria, encontramos o registro de 1985, quando o Conselho Regional de Psicologia, a Sociedade de Psicologia e o Sindicato dos Psicólogos do Rio Grande do Sul constituíram uma Comissão de Saúde que buscava conhecer o trabalho dos profissionais de Psicologia na saúde (Comissão de Saúde Interentidades, 1985/1986). Esta tinha como cenário a discussão de uma Política Nacional de Saúde e a demanda para participação em Conferências e Comissões Interinstitucionais, potencializadas com o Movimento da Luta Antimanicomial (NASCIMENTO, 2004, p. 11).

O campo de lutas que se conforma na Psicologia diz respeito à operacionalização desse sujeito privado/psíquico com o sujeito do direito e do dever. Se, em um primeiro momento, as práticas psicológicas subsidiam as formas do poder se exercer sobre a vida ao objetivar o elemento constitutivo da população - o sujeito privado; em um segundo momento, as práticas psicológicas se defrontam com os efeitos desse sujeito em termos de práticas de liberdade. O sujeito privado, quando se subjetiva pela experiência de uma subjetividade relativa à soberania agenciada pelo dispositivo de publicização, provoca a Psicologia a investir não apenas em uma interioridade, mas no campo de relações em que essas interioridades aparecem para além dos reformatórios psíquicos. Embora esse além não diga respeito à população em seu conjunto e sim ao sujeito político que emerge da Saúde Coletiva, como foi apontado no capítulo anterior: a produção de um sujeito político em termos de cidadania mobiliza-o em relação ao Estado. Como as práticas que se produzem voltam-se para as formas de captura desse sujeito político e o investimento no sujeito tutelado, os jogos que encontramos nas práticas psicológicas articulam esse enfrentamento.

Essas contradições apresentam-se na própria formação em Psicologia, de modo que os currículos contemplam tanto um processo de subjetivação voltado para uma lógica interna/privada subsidiada por nosografias psiquiátricas e seus desdobramentos em termos de psiconeurologia, psicofarmacologia, psicossomática, quanto por uma lógica subsidiada pela reforma psiquiátrica. O plural da saúde nas práticas psicológicas da formação de psicólogos não se encontra propriamente naquilo que se estabelece constitucionalmente, na medida em que a saúde coletiva não entra nos currículos como uma norma e sim como uma iniciativa privada de alguns cursos de formação em Psicologia. Os efeitos dessa forma de incorporação da reforma sanitária como discurso constitutivo e reflexivo das práticas psicológicas encontra-se no modo de objetivação da saúde como uma questão integral e plural. O plural é a gama de inteligibilidades que definem a saúde pelo comportamento adaptado, a saúde pela ausência de sintomas, a saúde como condições de trabalhar, a saúde como condições de aprender, a saúde como bem-estar da comunidade. A integralidade diz respeito a considerar que a experiência privada do sujeito opera marcas em seu corpo, ou seja, que existe um paralelismo psicofísico.

Desse modo, o corpo é interpretado como a expressão da interioridade.

As contradições operam no campo psicológico um embate político, um jogo de força que tenta a todo momento tornar a saúde uma evidência ou um problema. Evidência quando tomada como fato psicológico, problema quando formulada como forma de vida. Esse enfrentamento torna-se útil para a publicização na medida em que as regras de existência para os objetos que se encontram nomeados, descritos, designados nesse território são leis de possibilidade para as relações que são afirmadas ou negadas no campo da saúde. Essas relações afirmadas ou negadas referem-se às formas de intervenções psicológicas que tanto operam na interioridade do sujeito/indivíduo/privado necessárias para delimitar o domínio das práticas psicológicas quanto na problematização por parte das formas de subjetivação pela saúde. O que se quer dizer com isso é que a contradição das práticas psicológicas define as possibilidades de aparecimento e delimitação do sujeito indivíduo, pois os exercícios de fragmentação criam as condições de racionalidade que justificam uma série de ações que vão ao encontro da saúde pública ou da saúde coletiva, mas que, no entanto, não são excludentes na medida em que se misturam no cotidiano.

Essa mistura é agenciada pelas diferentes formas de compor um sistema de saúde no que tange à formulação do sujeito soberano do direito. A necessidade que se cria de tornar os direitos universais pulveriza esses direitos em categorias identitárias e em programas de saúde específicos para cada grupo que compõem as comunidades. Desse modo, as práticas psicológicas, ao tornarem uma evidência as diversas formas de vida, acabam por incitar uma racionalidade de direito específico a cada taxionomia social: programas voltados para a saúde da mulher desdobrados em gestantes, adolescentes gestantes, vítimas de violência doméstica, mulheres oncológicas, etc.; programas voltados para DST/AIDS desdobrados em homossexuais, drogaditos, mulheres casadas, adolescentes, prostitutas, etc.; programas voltados para educação em saúde desdobrados em coleta de lixo, reciclagem de lixo, utilização da água, utilização de medicamentos, cuidados com a alimentação, etc. Essa gama de objetos encontram suas possibilidades de aparecimento na saúde coletiva, mas a necessidade de personalização é tributária também da racionalidade da saúde pública quando, mediante as operações das práticas psicológicas, reforça a figura do sujeito/indivíduo como elemento da população.

O que se quer apontar com isso é que a publicização das práticas psicológicas atualiza a saúde pública como mais um dos territórios de intervenção psicológica dentro da racionalidade do público como restos da existência e do indivíduo como elemento governável desse território. De modo que a lógica de saúde que fundamenta as práticas psicológicas

encontra-se nessa como ausência de doença e presença de equilíbrio social. A saúde coletiva entra como uma derivada das práticas em saúde pública e torna-se um elemento do encontro da Psicologia com a política, embora não em termos de uma modificação da racionalidade do público, da saúde e da população e sim como uma forma de resistência, de práticas reflexivas, que a todo momento convocam novas formas do poder se exercer. Ou seja, há um exercício constante de reforma das práticas psicológicas que reforçam a lógica da técnica sob a lógica da reflexão sobre as técnicas.

O dispositivo de publicização alarga as tecnologias psicológicas no sentido de capturar as potências de vida que escapam a essas formas de subjetivação – pobreza psíquica e tutela. Articular-se ao campo da saúde coletiva torna-se uma necessidade para as práticas psicológicas no que tange a invenção de novas tecnologias de governo psíquico. O coletivo é uma ameaça à racionalidade técnica das práticas psicológicas na medida em que como conjunto de forças fragiliza as possibilidades de controle psicológico sobre a vida. Um dos modos como isso aparece no campo psicológico é a forma de posicionar-se em relação ao Ato Médico. A provocação deste Ato era tomada em relação a propriedade do controle da pobreza psíquica e das taxionomias psiquiátricas, via pela qual se sustenta a necessidade da Psicologia no campo da saúde. O Ato Médico não figurava, propriamente, como um ato inconstitucional em relação à saúde e recrudescimento do sujeito-público, mas como uma ameaça ao direito individual de operar sobre a vida psíquica.

Neste sentido, o coletivo não é um conceito-problema no campo psicológico apenas um outro modo de designação da população e bem-estar social na medida em que o Sistema Único de Saúde é objetivado como uma estratégia voltada para a população que não tem acesso à rede privada e carente de recursos psíquicos para modificar a sua condição de vida. Para o pensamento técnico das práticas psicológicas, o Sistema Único de Saúde é tomado como espaço geográfico de localização da pobreza psíquica da população, é a topologia, por excelência, dos marcadores identitários da carência do psiquismo em relação às possibilidades de vida. O Sistema Único de Saúde é considerado, pelas práticas psicológicas, como evidência da racionalidade das práticas psicológicas, é nele que se encontram as justificativas para o sujeito tutelado.

REFERÊNCIAS

ALTOÉ, Sônia. **René Lourau: analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

ARENDT, Hanna. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense, 1989.

BAUMAN, Zygmund. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BLANCHOT, Maurice. **A conversa infinita**. São Paulo: Escuta, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

CALVINO, Ítalo. **As cidades invisíveis**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. **Las Trampas de la exclusión: trabajo y utilidad social**. Buenos Aires: Topía, 2004.

_____. **Propriedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo**. Rosario: Homo Sapiens, 2003.

COIMBRA, B, Cecília. Doutrina de Segurança Nacional e Produção de Subjetividade. In: Rauter C.; Passos, E.; e Barros, R. B. **Clinica e Política: Subjetividade e Violação dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Franco Basália e Tecorá, 2002. p. 25 - 38.

_____. Historicizando a relação entre psicologia e direitos humanos. In: Jacó-Vilela, A. M.; Cerezzo, A. C.; Rodrigues, H. B. C.. (Org.). **Paradigmas - historiografia, psicologia, subjetividade**. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará/FAPERJ, 2003, v. 1, p. 235-246.

COUTO, Rita Cristina Carvalho de Medeiros. **Eugenia, loucura e condição feminina no Brasil: as pacientes do Sanatório Pinel de Pirituba e o discurso dos médicos e leigos durante a década de 30.** Tese de mestrado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

CORREIO DO POVO. Porto Alegre: Caldas Júnior, p. 7, 19 abr. 2006.

DELEUZE, Gilles. **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. **Conversações.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992a.

_____. **Bergsonismo.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

DUSSEL, Inés. Foucault e a escrita da história: reflexões sobre os usos da genealogia. In: **Educação & Realidade.** Porto Alegre, v-29, n.1, p. 45-68, jan./jun., 2004.

FARIA, Lina Rodrigues. Os primeiros anos da Reforma Sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). In: **PHYSIS Revista de saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, v.5, n.1, p.109-129, 1995.

FLEURY, Sônia. **Palestra de abertura das atividades acadêmicas da Fundação Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FÓRUM DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia, sétima região - CRP/07, 9 de set. 2006.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas.** Lisboa: Portugalia, [ca. 1970].

_____. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro, **Cadernos da PUC**, p. 6- 33, 1974.

_____. **História da sexualidade III:** o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Hermeneutica del sujeto.** Madrid: Las ediciones de La Piqueta, 1987.

FOUCAULT, Michel. Tecnologias del yo. In: _____. **Tecnologías del yo y otros textos afines**. Barcelona: Paidós, 1990, p. 45-94.

_____. A vida dos homens infames. In: _____. **O que é um autor?** Lisboa: Veja, Passagens, 1992, p. 89-128.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense, 1995a.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. Nietzsche, a Genealogia e a História. In: _____. **Ditos e escritos II**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000a, p. 260-261.

_____. Prefácio à Edição Inglesa. In: _____. **Ditos e escritos II**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000b.

_____. A loucura só existe em uma sociedade. In: _____. **Ditos e escritos I**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002a, p. 162-164.

_____. A Psicologia de 1850 a 1950. In: _____. **Ditos e escritos I**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002a.

_____. Arrancados por intervenções enérgicas de nossa permanência eufórica na história, pomos as “categorias lógicas” a trabalhar. In: _____. **Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. Poder e Saber. In: _____. **Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003a.

FOUCAULT, Michel. A governamentalidade. **Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b.

_____. “*Omnes et Singulatim*”: uma crítica da razão política. **Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003c.

_____. A filosofia analítica da política. **Ditos e escritos V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. **Ditos e escritos V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

_____. Política e Ética. **Ditos e escritos V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.

_____. A tecnologia política dos indivíduos. **Ditos e escritos V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004c.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2005.

GUATARRI, Félix; ROLNIK, Sueli. **Micropolíticas**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

LATOUR, Bruno. **A esperança de Pandora**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

LEI 8080. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/legislação>>. Acesso em: 03 ago. 2005.

LISPECTOR, Clarice. **Um sopro de vida**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

LUZ, Madel Terezinha. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

LUZ, Madel Terezinha. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma**: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **Foucault, a filosofia e a literatura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

MARTÍN, Alfredo. René, os analisadores históricos, as loucas da praça de maio...In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; ALTOÉ, Sônia. **SaúdeLoucura: Análise Institucional**. Rio de Janeiro: Hucitec, n.8, 2004, p.165- 189.

MENDES, Cláudio. (2004) **Controla-me que te governo**: os jogos para computador como formas de subjetivação e administração do “eu”. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1999.

NARDI, Henrique Caetano. **Ética, trabalho e subjetividade**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

NASCIMENTO, Célia. Construindo processos de organização dos psicólogos em saúde pública. In: NASCIMENTO, Célia et al. **Psicologia e Políticas Públicas**. Porto Alegre: CRP/07, 2004, p.11-16

NIETZSCHE, Friedrich. **Além do bem e do mal**: prelúdio a uma filosofia do futuro. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

ORTEGA, Francisco. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

PAIM, Jairnilson; ALMEIDA, Naomar. (2000) **A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAL PELBART, Peter. **Vida Capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

_____. **A vertigem por um fio**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

PINTO, Céli. Foucault e as Constituições brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. **Educação & Realidade**. Porto alegre, v. 24, n. 2, p. 33-56, jul./dez., 1999.

_____. **Teorias da democracia**: diferenças e identidades na contemporaneidade. Porto alegre: EDIPUCRS, 2004.

PORTAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/legislação>>. Acesso em: 03 ago. 2005.

RAMMINGER, Tatiana. (2004) **A Reforma Psiquiátrica e seus trabalhadores: organização do trabalho, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Porto Alegre: UFRGS. Projeto de dissertação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, 2004.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; SOUZA, Vera Lúcia Batista de. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: SAIDON, Oswaldo; KAMKHAGI, vida Rachel. **Análise institucional no Brasil: favela, hospício, escola, FUNABEM**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987, p.17- 35.

ROSE, Nicolas. Inventando nossos eus. In: SILVA, Tomáz. **Nunca fomos humanos**: nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

_____. Como se deve fazer a história do Eu? In: **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 33-57, jan/jun, 2001a.

SANTANA, Denise. **Corpos de Passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade 2002.

SERRES, Juliane. É preciso cuidar da lepra: políticas sanitárias no Rio Grande do Sul nas primeiras décadas da República. In: **Boletim de Saúde**. Porto Alegre: SES/ESP, v.17, n. 1, p. 84- 97, 2003.

SILVA, Rosane Neves, NARDI, Henrique Caetano. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, Neuza, HUNING, Simone (Orgs). **Foucault e a psicologia**. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005, p.93-105.

SILVA, Rosane Neves. **Cartografias do Social**: estratégias de produção do conhecimento. Porto Alegre: UFRGS. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-graduação em Educação, 2001.

TÉLLEZ, Magaldy. A paradoxal comunidade por-vir. In: LARROSA, Jorge; SKLIAR, Carlos (Org). **Habitantes de Babel**: políticas e poéticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.