

SOBRE O PAPEL DA HISTÓRIA NA FORMAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DO PENSAMENTO MÉDICO*

Tiago Santos Almeida
Prof. Dr. UFG/ PNPd/ CAPES
E-mail: tsalmeida@ufg.br

Resumo:

Esse artigo propõe uma reflexão sobre as linhas de pesquisa abertas por Sergio Arouca, Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves na busca de bases epistemológicas adequadas ao desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva brasileira, enfatizando sua relação com os aportes teóricos e metodológicos procurados na obra do filósofo e historiador do pensamento médico Georges Canguilhem. Com isso, pretendemos mostrar como esses autores se inserem numa tradição de pensamento que atribuía um papel fundamental à História na formação médica, mais especificamente, que via na História um elemento fundamental para a determinação dos meios teóricos e práticos da medicina em sua busca pela resolução das carências em saúde da população.

Palavras-chave: Henry Sigerist, Georges Canguilhem, Saúde Coletiva, Sergio Arouca, Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves.

ON THE ROLE OF HISTORY IN THE FORMATION AND TRANSFORMATION OF MEDICAL THOUGHT

Tiago Santos Almeida

Prof. Dr. UFG/ PNPd/ CAPES

E-mail: tsalmeida@ufg.br

Abstract:

This article proposes a reflection on the lines of research opened by Sergio Arouca, Cecilia Donnangelo and Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves in the search for epistemological bases suitable for the development of the field of Collective Health in Brazil, emphasizing its relationship with the theoretical and methodological contributions sought in the work of the philosopher and historian of medical thought Georges Canguilhem. With this, we intend to show how these authors took part in a tradition of thought that recognized a fundamental role to History in medical education, more specifically, that saw in History a fundamental element for the determination of the theoretical and practical means of medicine in its search for the resolution to the health needs of the population.

Keywords: Henry Sigerist, Georges Canguilhem, Collective Health, Sergio Arouca, Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves.



No livro *Histoire des sciences médicales*, publicado em 1870, Charles Daremberg lembra que, na França, na Escola de Saúde reorganizada pela Revolução, existiam três cadeiras dedicadas ao estudo histórico da medicina: “Medicina legal e história da medicina”, “Bibliografia médica” e “Doutrina Hipocrática”. Em 1823, essas três cadeiras foram reunidas em uma só, “Bibliografia médica”, extinta em 1830, com a morte do seu Professor Titular, Moreau de la Sarthe. De qualquer forma, para Daremberg, “esse ensino da história [da medicina], criado com as melhores intenções, não prestou grandes serviços; ele deixou apenas fracas vestígios e ainda mais fracas lembranças” (DAREMBERG, 1870, p. 04). Em 1837, Eugène Dezeimeris, então bibliotecário da Faculdade de Medicina e fundador, ao lado de Littré, da revista médica *L'Expérience*, reivindicou por meio de uma carta pública o restabelecimento do ensino de História da Medicina, argumentando que sua necessidade era manifesta pelo fato de ser a medicina uma disciplina “na qual a experimentação é proibida pela própria natureza do seu objeto”. A ideia foi ganhando simpatia entre os círculos médicos de Paris e uma moção favorável chegou a ser aprovada pelo Congresso Médico de 1845. No entanto, a ascensão da medicina experimental e o pouco caso de Claude Bernard pela história da medicina – que, em sua opinião, nada exibia senão os erros e os fracassos dos sistemas médicos do passado – dificultaram a sustentação daquele argumento e frearam os esforços para o estabelecimento da disciplina.

A cadeira de História da Medicina na Universidade de Paris só seria criada em 1870, por pressão dos Positivistas, notadamente de Émile Littré, que jogou um importante papel para a nomeação de Daremberg ao cargo. No *Essai sur la détermination et les caractères des périodes de l'histoire de la médecine*, Daremberg, ecoando as ideias de Comte, afirmava a existência de uma lei do desenvolvimento necessário do espírito humano. Para ele, “se a ciência da medicina não quer ser rebaixada à categoria de ofício, ela deve se ocupar da sua história e preservar os velhos monumentos que lhe foram legados pelos tempos passados” (DAREMBERG, 1850, p. 375). Para Daremberg, o objetivo do historiador da medicina era “seguir o desenvolvimento do espírito humano no tempo”, demonstrável em sua relação com o desenvolvimento das outras ciências. Assim, fazendo provas desse desenvolvimento do espírito, a história da medicina na França era, na virada do século, uma disciplina digna de grandes honrarias. Em pouco tempo, esse sucesso institucional chegaria a outros países da Europa e atravessaria o Atlântico em direção aos Estados Unidos. É aí que entra em cena uma personagem bastante conhecida da

historiografia médica brasileira: a *Rockefeller Foundation*¹.

Nas palavras de José Ricardo Ayres, “quem quer que se proponha a compreender as práticas de saúde brasileiras, seja em sua atualidade, seja no seu processo de conformação técnica e institucional ao longo do século XX, sempre encontrará uma referência ineludível: a *Fundação Rockefeller*” (AYRES, 2013, *Prefácio*). O alcance da Fundação estadunidense criada em 1913 sobre as práticas de saúde, notadamente de saúde pública, não se limita aos seus aspectos científicos e institucionais, mas também atinge, ainda nas palavras de Ayres, sua “própria concepção filosófica, política e técnica”. Uma das várias provas disso foi o interesse da Fundação pela profissionalização da história da medicina nos Estados Unidos.

Em 1925, William Henry Welch escreveu sua “Proposal for the establishment of an Institute of the History of Medicine at the Johns Hopkins University”. A construção de um instituto de história da medicina no interior de uma das mais importantes faculdades médicas do Continente tinha, para Welch, um duplo objetivo: fazer frente ao sentimento triunfalista da medicina do período e à crescente especialização dos médicos. Welch temia que a nova geração que sucedia a antiga e erudita geração de médicos estadunidenses transformasse a figura do médico na de um mero técnico especialista, “desprovido da formação cultural e intelectual tão necessária para o alargamento da influência do médico”. Para ele, a história da medicina garantiria o “toque humano” na formação científica, necessário para “fazer do médico um *gentleman* da cultura” (Cf. FEE e BROWN, 1997, p. 151).

O Conselho de Educação Geral da Fundação Rockefeller aprovou a proposta de Welch e garantiu o financiamento para a criação do *Hopkins Institute of the History of Medicine* e, em 1929, do *Department of the History of Medicine*, mais antigo e tradicional departamento de história da medicina do Continente e do mundo anglófono. Num primeiro momento, por exigência do Conselho, o próprio Welch dirigiu o Instituto, enquanto procurava um diretor permanente. Henry Sigerist foi a terceira opção, depois que Charles Singer e Harvey Cushing recusaram o convite. Quando assumiu a direção do Instituto, em 1932, Sigerist tentou reproduzir nos Estados Unidos o programa que havia desenvolvido para o Instituto de História

¹ Cf., a propósito dessa questão, mais especificamente para o caso paulista, o livro *Caminhos e trajetórias da filantropia científica em São Paulo: A Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952)*, organizado por Maria Gabriela S.M.C. Marinho e André Mota, publicado em 2013 como terceiro volume da “Coleção Medicina, Saúde e História”, editada pelo Museu Histórico da Faculdade de Medicina da USP.

da Medicina em Leipzig, e até conseguiu levar um de seus mais proeminentes alunos, Owsei Temkin, para trabalhar como seu assistente e dividir as responsabilidades de ensino. No primeiro ano nos Estados Unidos, Sigerist ofereceu seminários sobre problemas de história da medicina, da anatomia e da fisiologia e, claro, sobre a relação entre civilização e doença, dando continuidade às investigações parcialmente publicadas no livro *Einführung in die Medizin*, de 1930.

No ano universitário 1934-1935, Sigerist já havia organizado diferentes cursos para cada ano da formação em medicina, verticalmente estruturados, começando pela medicina grega e seguindo por diferentes aspectos da história da medicina e da farmacologia. Em 1935-1936, Sigerist obteve uma bolsa da Fundação Rockefeller para a criação de duas novas disciplinas: “Aspectos sociais da medicina” e outra organizada em seminários², nos quais os estudantes elaboravam pesquisas originais sobre o tema. Nesse mesmo ano, novamente sob os auspícios da Fundação Rockefeller, Sigerist criou um “Fórum de Problemas Sociais”, para discussões de temas contemporâneos em relação à saúde pública e aos aspectos sociais e econômicos da organização dos serviços de saúde, um assunto caro aos médicos nos Estados Unidos naqueles anos da Grande Depressão. Foi nesse período que Sigerist lançou o *Bulletin of the Institute of the History of Medicine* que, pouco mais tarde, viria a se tornar o órgão oficial da *American Association of the History of Medicine*.

Nos primeiros anos da década de 30, quando presidia e lecionava no Instituto de Leipzig, Sigerist já era reconhecido em toda a Europa pelo seu engajamento na institucionalização e elevação da história da medicina a disciplina de primeiro escalão nas universidades. Mas foi a polêmica inaugurada por George Sarton em 1935, através da revista *Isis*, periódico pioneiro na área de história da ciência, fundado pelo próprio Sarton, que ajudou a consolidar definitivamente o nome de Sigerist como “pai” da moderna história da medicina, tanto por sua intervenção decisiva na guinada social da disciplina, quanto pela ênfase dada à sua autonomia

² Sigerist levou para o ensino de História da Medicina nos Estados Unidos o modelo do seminário desenvolvido, primeiro, na Alemanha e logo espalhado pelas universidades europeias. Sobre a adoção do seminário como modelo de ensino nas universidades europeias e seu significado para a construção da concepção moderna de objetividade, cf. DASTON, Lorraine. “Imparcialidade e Objetividade. Virtudes epistêmicas nas humanidades”. In: _____. *Historicidade e Objetividade*. Tiago Santos Almeida (org.). Trad. Derley M. Alves; Francine Iegelski. São Paulo: Editora Liber Ars, 2017. - (Coleção Epistemologia Histórica). Ainda sobre a “transnacionalização” do modelo do seminário e sua relação com o método em História, cf. OLIVEIRA, Itamar Freitas de. “Seminário e método entre historiadores que visitaram a Alemanha (1877 - 1909)”. *Varia história* [online]. 2017, vol.33, n.62, pp.491-521.

enquanto campo de pesquisa, independente da história da biologia. No editorial da *Isis* intitulado “The History of Science *versus* the History of Medicine”, Sarton ressentiu-se do fato de que, apesar dos seus esforços, a história da ciência conhecia uma estagnação nas universidades dos Estados Unidos (onde Sarton, nascido na Bélgica, partiu em exílio definitivo pouco após o início da Primeira Guerra), enquanto a história da medicina, ao contrário, ganhava cada vez mais financiamento para a criação de novos espaços institucionais. Sarton acusava Sigerist de uma autoindulgência com seu trabalho que o levava a praticamente defender uma preeminência da história da medicina em relação à história da ciência, enquanto, em sua opinião, “o centro da história da ciência não deveria ser a história da medicina, mas a história da matemática e das ciências matemáticas, e que os outros ramos das ciências deveriam ser trabalhados a partir de seus conteúdos matemáticos” (SARTON, 1935, p. 317).

As duas questões – a criação de espaços institucionais de pesquisa dedicados à disciplina e a importância atribuída por Sigerist à história da medicina – estão evidentemente relacionadas (e existe ainda uma terceira, o estatuto epistemológico da medicina), mas não foi apenas o debate teórico sobre o papel das ciências médicas e das ciências matemáticas que ajudou a promover a institucionalização da história da medicina. Poucos meses depois, no quarto número do *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*, Sigerist publicou sua resposta. Se Sarton falava de história das ciências *versus* história da medicina, Sigerist apostou na complementaridade: “The History of Medicine *and* the History of Science” foi o título do editorial assinado por ele.

Sigerist respondeu que Sarton estava equivocado já de início, por acreditar que a história da medicina era uma disciplina popular e bem financiada: “É preciso pouquíssimo dinheiro para fazer de um instituto histórico-médico um valioso departamento. Mas você não tem ideia de como é difícil encontrar pouquíssimo dinheiro” (SIGERIST, 1936, p. 4). Sigerist concedia a Sarton que a História da Medicina era geralmente praticada, naquele momento, de forma amadorística: “Eu iria mesmo além, e diria que muitos desses artigos e livros [de história da medicina] são não apenas inúteis, mas criminosos. Eles perpetuam velhos erros e acrescentam novos”, escreveu. “Eles são ainda mais perigosos porque são geralmente escritos por médicos eminentes – eminentes em qualquer outra coisa, menos no campo histórico –, o que confere a esses livros e artigos grande autoridade e popularidade”. Não obstante, é preciso dizer, Sigerist nunca pretendeu que a história da medicina devesse ser tarefa de qualquer outro profissional

que não o médico. Anos mais tarde, no primeiro volume de sua monumental e inacabada obra *A history of Medicine*, descreveu a figura do historiador da medicina como “um médico, treinado na pesquisa dos métodos da história, que assume um papel ativo na vida do seu tempo e está em contato próximo com os problemas médicos do seu tempo”. Isso porque, para Sigerist, a história da medicina “não é apenas história, mas também medicina, parte da teoria da medicina” (SIGERIST, 1951, p. 31-32).

Encontramos em Sigerist, portanto, algo em comum com os filósofos-historiadores das ciências agrupados no centro de pesquisa fundado, em Paris, por Henri Berr, o *Centre international de synthèse* – do qual Sigerist era um ativo membro –, na primeira metade do século passado: a preocupação com o valor que a história pode ter para o desenvolvimento do conhecimento científico. Por isso, para Sigerist, a história da medicina não deveria ser escrita nem por amadores, nem por eruditos descolados da prática e dos problemas reais da profissão médica, entendida não apenas do ponto de vista clínico, mas também social, econômico e político:

É óbvio que um médico pode tratar com sucesso um paciente que sofre de pneumonia, de sífilis ou de qualquer outra doença sem qualquer conhecimento da história geral ou da medicina. A única história que ele deve conhecer é a do seu paciente. No entanto, o momento em que planejamos uma campanha de vacinação contra doenças venéreas ou contra a tuberculose, ou serviços médicos para um distrito rural, ou seja lá o que for – o momento, para dizer em outras palavras, em que dirigimos nossos esforços não para um indivíduo, mas para um grupo –, é quando mais precisamos de conhecimento histórico. O sucesso ou fracasso de nossos esforços pode muito bem depender do fato de termos ou não uma apreciação correta de muitos fatores não-médicos, sociais, econômicos, políticos, religiosos e filosóficos que determinam a situação, uma apreciação que podemos adquirir apenas como resultado de uma análise histórica. (...) Em resumo, podemos dizer que a história médica não é apenas a preocupação da história, não apenas a preocupação em produzir uma imagem mais completa da história da civilização, mas que ela também é medicina, uma abordagem para os problemas da medicina. E o historiador, servindo à verdade enquanto historiador, está se esforçando para contribuir com os progressos da medicina (SIGERIST, 1951, p. 32-33).

Sigerist, em nota a esse texto, comenta que sempre falou sobre os princípios e métodos da história da medicina em momentos decisivos da sua carreira: na sua aula inaugural na Universidade de Zurique, em 1922, na sua aula inaugural em Leipzig, em 1926, no VIII Congresso Internacional de História da Medicina, em 1930, e, finalmente, em 1938, numa conferência para a *New York Academy of Medicine*. Em todos esses momentos, escreveu, seu objetivo era dizer o mesmo que havia respondido a Sarton, isto é, que a “história da medicina não é um mero capítulo na história da ciência, mas tem problemas próprios” (SIGERIST, 1951,

p. 34, n. 9). De fato, em 1936, a resposta de Sigerist a Sarton, em forma de carta aberta, assumiu ares de manifesto: “A medicina não é um *ramo da ciência* e nunca será. Se a medicina é uma ciência, então ela é uma ciência social” (SIGERIST, 1936, p. 4-5). Ele explica: “A história da medicina é, em grande sentido, a história das relações entre médico e paciente, entre a profissão médica (...) e a sociedade (...). A mortalidade de um dado período, em outras palavras, a tarefa com a qual o médico está confrontado, é o resultado de infinitos fatores econômicos e sociais. Se você quer entender o desenvolvimento da medicina no século XIX, você terá que estudar primeiro a revolução industrial” (SIGERIST, 1936, p. 5).

Além de Temkin, outro importante historiador da medicina levado por Sigerist para os Estados Unidos foi Erwin Ackerknecht. Autor de uma vasta e original obra, foi a partir da sua aproximação com Sigerist, de quem foi aluno em Leipzig, que ele buscou aprofundar aquela compreensão da medicina como ciência social, sem nem por isso abandonar o cuidado erudito com as ideias e os textos. Na França, para onde partiu em exílio por conta da ascensão do partido nazista na Alemanha, Ackerknecht estudou antropologia na Sorbonne, sob orientação de Marcel Mauss, cujas contribuições para o campo da antropologia da saúde são bem conhecidas pelos pesquisadores na área³. A partir daí, ele começou de fato a construir sua boa reputação entre os historiadores da medicina europeus, após pesquisas e publicações sobre as teorias médicas, a história da terapêutica e a história da clínica. Quando partiu para os Estados Unidos, em 1941, Ackerknecht, graças à influência de Sigerist, passou a integrar o “grupo alemão” de médicos-historiadores da Johns Hopkins, logo se tornando um dos seus mais prolíficos membros. Sobre esse percurso em direção aos Estados Unidos, vale a pena citar um trecho do relato de Charles Rosenberg sobre sua aproximação pessoal e intelectual com Ackerknecht:

A carta de recomendação de Sigerist mencionou que Ackerknecht teve que deixar a Alemanha depois da ascensão de Hitler ao poder porque ele tinha sido membro ativo do ‘Movimento Estudantil Liberal’ - um eufemismo ingênuo para sua liderança no movimento trotskista alemão, no qual Ackerknecht tinha operado sob codinome [Bauer]. Tampouco Sigerist mencionou a participação anterior do jovem no Partido Comunista, ou a breve estada de Ackerknecht com Trotsky na Turquia antes de sua mudança para Paris, onde estudou etnografia com Lucien Lévy-Bruhl, Paul Rivet e Mauss. Com a eclosão da guerra, Ackerknecht foi alistado como cidadão estrangeiro e serviu em um batalhão de trabalhadores antes de encontrar seu caminho para os Estados Unidos. Chegou na sexta-feira, 13 de junho de 1941, mais ou menos sem

³ Cf. o artigo de Maria Cecília de Souza Minayo, “Contribuições da antropologia para pensar a saúde”, publicado em CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012. - (Saúde em debate; 170)

dinheiro – mas, como ele disse mais tarde, pelo menos não estava preocupado com blecautes ou preocupado em encontrar o suficiente para comer e evitar a polícia (ROSENBERG, 2007 p. 514).

Em Baltimore, Ackerknecht publicou seus primeiros trabalhos sobre a chamada “medicina primitiva”, o que lhe garante um papel pioneiro, naquele país, na história da chamada Etnomedicina ou Antropologia Médica, ao lado de Ruth Benedict, com quem trabalhou a partir de 1945, quando deixou a Johns Hopkins para assumir um posto de curador assistente em antropologia física no *New York's American Museum of Natural History*⁴. Um pouco mais tarde, Ackerknecht deixou Nova Iorque para ocupar a primeira cadeira de história da medicina da *University of Wisconsin*, onde permaneceu por dez anos, antes de retornar à Europa, para ensinar história da medicina em Zurique. Foi nesse período americano que Ackerknecht realizou as pesquisas materializadas em seus livros de maior sucesso editorial: *A short history of medicine*, de 1955, e *Medicine at the Paris Hospital*, de 1967. A partir dos Estados Unidos, Ackerknecht contribuiu de modo decisivo tanto para a institucionalização universitária da história da medicina quanto para o processo de profissionalização do historiador da medicina, marcado pela superação daquela exigência de que a história da medicina deveria ser escrita por médicos com treinamento histórico. De fato, Ackerknecht não se limitou a reforçar a importância da história para a formação médica, ele ajudou a formular a ideia de que a história da medicina pode auxiliar no entendimento das complexas relações sociais, instituições e formas de pensamento de determinadas sociedades.

A escola germano-estadunidense de médicos-historiadores se estabeleceu, como vimos, nos principais institutos de história da medicina na Europa e América, de Zurique a Leipzig até Baltimore, de onde Sigerist, Temkin e Ackerknecht ajudaram, através de uma guinada sociológica, a constituir a história da medicina enquanto disciplina histórica autônoma e, ao mesmo tempo, considerada de grande relevância para a formação do profissional médico. A história desse grupo de pesquisadores ajuda a entender por que, nos Estados Unidos, os primeiros e mais importantes institutos de História da Medicina foram criados no interior das faculdades de medicina, e assim se mantiveram mesmo depois que a primeira geração de médicos-historiadores começou a ser substituída por historiadores profissionais. É o caso, novamente, do Instituto de História da Medicina da Johns Hopkins, que, após a aposentadoria

⁴ Os principais trabalhos desse período estão reunidos em ACKERKNECHT, E. *Medicine and Ethnology. Selected Essays*. Baltimore: Johns Hopkins, 1971.

de Sigerist, passou a ser dirigido por Richard Harrison Shryock, que não tinha nenhum treinamento médico e havia concluído seu doutorado em História Americana. À frente do Instituto, Shryock, pioneiro entre os historiadores profissionais que se dedicaram à medicina e à saúde pública nos Estados Unidos, aprofundou a guinada sociológica iniciada por Sigerist, que o descreveu como “um historiador social de visão (...), que olhava para a medicina e via muitas coisas que os historiadores da medicina profissionais nunca haviam notado” (SIGERIST, 1951, p. 193). Ocupando a Cadeira que recebia o nome de William Welch, Shryock, enquanto historiador numa faculdade de medicina, deu continuidade às expectativas do criador do Instituto. Claro, não se tratava mais de “fazer do médico um *gentleman* da cultura”, mas de, através dos estudos históricos, integrar a medicina e o profissional médico a um processo mais amplo de desenvolvimento cultural, econômico e social.

É importante dizer que, para Sigerist, “a moderna história da medicina teve seu ponto de partida na França. Littré e Daremberg são seus porta-vozes” (SIGERIST, 1930, p. 382)⁵. Para essa avaliação, considerou tanto o nascimento do gênero de história erudita que esses autores inauguraram, mas também a sua institucionalização nas Faculdades de Medicina e, conseqüentemente, ao fato de que foi na França que nasceu essa ideia de que a história da medicina é parte da formação médica, parte da teoria da medicina, como escreveu. Ideia que, apesar de ter esmorecido em seu país de origem, proliferou na Alemanha e também na Polônia – a obra de Ludwik Fleck, por exemplo, nasceu no interior de uma tradição em história e filosofia da medicina que emerge nas universidades polonesas no final do século XIX, dedicada ao estatuto epistemológico do saber médico, à classificação das doenças e à interação entre ciência e sociedade. E é justamente essa ideia da história da medicina como parte fundamental da formação do pensamento e da prática médica, considerados em toda sua espessura social, que acreditamos encontrar numa filiação brasileira de pesquisadores do campo da saúde, frequentemente associada à própria constituição da Saúde Coletiva.

A construção da Saúde Coletiva

⁵ Sobre as contribuições de Daremberg à história da medicina, Cf. BRAUNSTEIN, Jean-François. “Daremberg et les débuts de l’histoire de la médecine en France”. In. *Revue de l’histoire des sciences*. 2005, Tome 58, nº 2, pp. 367-387.

Em 2015, como parte das comemorações dos 20 anos da revista *Ciência & Saúde Coletiva* e dos 35 anos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Gilberto Hochman, da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, e Everardo Nunes, da Unicamp, organizaram uma série de artigos intitulada “Os construtores da Saúde Coletiva”. Os editores explicam que “o objetivo é publicar um conjunto de artigos sobre personagens/atores que contribuíram decisivamente – com ideias e ações – para a construção do campo da saúde coletiva no Brasil.” Os construtores da Saúde Coletiva, eles seguem explicando, “foram homens e mulheres que, de diferentes maneiras, pensaram, escreveram, discursaram, agiram, organizaram, administraram e, fundamentalmente, desejaram e imaginaram instituições, associações, políticas e sistemas de saúde mais públicos, nacionais, inclusivos e igualitários” (HOCHMAN e NUNES, 2015, p. 137). Sérgio Arouca, Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves sem dúvida pertencem a esse grupo, tanto por suas contribuições epistemológicas quanto pelos compromissos sociais que orientavam sua ação.

É importante destacar que estamos de acordo com Hochman e Nunes quando afirmam que a Saúde Coletiva “foi construída historicamente por uma multiplicidade de indivíduos, grupos e instituições em várias áreas do conhecimento e de prática profissional”. Mais ainda, trata-se de um “processo historicamente polifônico e polissêmico que, por isso mesmo, constringe monopólios – sejam eles interpretativos, institucionais ou políticos” (HOCHMAN e NUNES, 2015, p. 137). O que nos atrai particularmente para os trabalhos de Arouca, Donnangelo e Mendes-Gonçalves – para além do reconhecimento da importância de seus trabalhos pelos profissionais da área – é sua clareza sobre a tarefa de constituição da Saúde Coletiva como campo de conhecimento e prática, bem como a proposta epistemológica na qual se apoiava tal ambição, francamente tributária daquela compreensão da História como parte determinante da produção de novos conhecimentos e práticas de intervenção sobre o processo saúde-doença. No entanto, embora não fossem estranhos aos trabalhos da escola germano-estadunidense de história da medicina, foi da França que vieram as principais contribuições para o desenvolvimento dessa consciência histórica entre os três pesquisadores brasileiros.

José Ricardo Ayres defendeu que o diálogo de Arouca, Donnangelo e Mendes-Gonçalves com a epistemologia histórica francesa – particularmente com os trabalhos do médico, filósofo e historiador francês Georges Canguilhem – abriu a possibilidade de uma reflexão crítica sobre as potencialidades e limitações da Saúde Coletiva, bem como uma reflexão sobre as “estratégias

para aperfeiçoá-la, tanto em seus característicos investimentos críticos sobre as ciências e técnicas da saúde, quanto em seus compromissos práticos e tarefas instrumentais” (AYRES, 2016, p. 140). Ayres reconhece que, nessas quatro décadas de existência oficial da Saúde Coletiva no Brasil (considera como marco a fundação da ABRASCO, em 1979), a importância de Canguilhem entre os pesquisadores foi diluída. No entanto, sustenta que a leitura de Canguilhem, sobretudo de *O normal e o patológico*, “acompanhou o projeto acadêmico da Saúde Coletiva desde seu início”. Esse diálogo, segundo Ayres, se estabeleceu, por um lado, em relação com os conceitos filosóficos de Canguilhem, como “caráter normativo da vida e de seu conhecimento, a descontinuidade qualitativa entre os fenômenos normais e patológicos e a definição de saúde orientada pela noção de valor” e, de outro lado, sua metodologia histórica, “focada no desenvolvimento racional dos conceitos como núcleo da pesquisa histórico-epistemológica, o reconhecimento das influências ‘externas’ sobre os desenvolvimentos científicos, tais como condições sociais e tecnológicas, e o papel positivo atribuído aos obstáculos, falhas e acidentes no progresso das disciplinas científicas” (AYRES, 2016, p. 140). A história epistemológica da construção do campo da Saúde Coletiva, portanto, deve ser escrita a partir de uma perspectiva que aceite a coextensão entre o racional e o social. Consideremos a seguinte definição proposta por Jairnilson Paim, Lilia Blima Schraiber e Lígia Maria Vieira da Silva:

A *Saúde Coletiva* pode ser definida como um campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da *saúde* e a explicação de seus *determinantes sociais*, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua *promoção*, além de voltadas para a *prevenção* e o *cuidado* a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos, mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto a *coletividade* (VIEIRA DA SILVA, PAIM e SCHRAIBER, 2014, p. 3).

Nesse mesmo texto, encontramos aquilo que seus autores chamaram de “quadro teórico de referência” da Saúde Coletiva. Em primeiro lugar, a ideia de que “a saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômicas e político-ideológicas, apresentando, portanto, uma historicidade”. Em segundo lugar, a ideia de que “as ações da saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais”. O terceiro elemento desse quadro teórico de referência é a ideia de que “o objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços

de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os determinantes”. Ainda sobre esse ponto, dizem os autores, “o caráter interdisciplinar desse objeto [da Saúde Coletiva] sugere uma integração no plano do conhecimento, e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações”. Por fim, a ideia de que o ensino de Saúde Coletiva envolve a crítica histórica permanente da Reforma Sanitária, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, ou seja, a crítica “dos sucessivos projetos de redefinição das práticas de saúde surgidos nos países capitalistas, que tem influenciado a reorganização do conhecimento médico e a reformulação de modelos de prestação de serviços de saúde” (VIEIRA DA SILVA, PAIM e SCHRAIBER, 2014, p. 8).

A compreensão da constituição da Saúde Coletiva como campo de produção de conhecimento exige, portanto, atenção àquilo que Paim, Schraiber e Vieira da Silva chamaram de suas “condições de possibilidade histórica”, ou seja, os “fatos e processos históricos” que possibilitaram a sua emergência e consolidação. Esse recurso permite explicar uma “inflexão” ocorrida no conhecimento médico, que, durante muito tempo voltado para as condições individuais da saúde e da doença, passou a se interessar pela saúde como fato social. As formas desse interesse também têm uma história: destacam-se como marcos modernos a *Higiene*, constituída como disciplina médica na virada do século XVIII para o XIX, a *Medicina Social*, desenvolvida na França em meados do século XIX, e a *Saúde Pública*, nascida no mesmo período, alcançando sua forma mais típica inicialmente na Inglaterra⁶. O que essas disciplinas introduzem, arriscamos dizer que de maneira definitiva, no pensamento médico é uma ideia de saúde como a condição e o produto do homem em uma comunidade social. Característica da Modernidade e sua ambição de conhecer para intervir, a ideia de saúde apreendida nos projetos sócio-político-ambientais de intervenção sobre as coisas não-naturais, isto é, sobre a própria civilização, foi articulada à exigência de uma medicina científica a partir das novas relações que ela passa a manter com a biologia. Assim, essa nova medicina seria chamada pelo Estado moderno a cumprir uma determinada *função* na organização do espaço público, ao mesmo tempo em que buscava elaborar os meios teóricos e técnicos para fazê-lo. Daí que, em *Epidemiologia e emancipação*, Ayres argumente que é a retomada dessa preocupação com o social da saúde típica da medicina social nascida na França pós-revolucionária, agora “rearranjada sobre novos axiomas”, que explica o alcance do campo da Saúde Coletiva na

⁶ Cf. AYRES, José Ricardo. "A saúde coletiva e o espaço público moderno: raízes histórico-sociais da ciência epidemiológica". Projeto História (PUCSP), São Paulo, v. 23, n. nov., p. 83-103, 2001.

América Latina (AYRES, 1995, p. 28).

É justamente por causa desses determinantes que a crítica permanente dos modelos de prestação dos serviços de saúde assumiu, nas obras de Arouca, Donnangelo e Mendes-Gonçalves, o caráter de crítica histórico-epistemológica. Foi assim na tese de doutorado “*O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*”, apresentada por Arouca à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em 1974. Apesar de ter sua publicação proibida pela ditadura, *O Dilema Preventivista* circulou clandestinamente entre os pesquisadores em saúde de diferentes escolas e foi fundamental para a construção de uma teoria social da saúde, que (ao lado dos trabalhos de Donnangelo, Mendes-Gonçalves e outros “construtores da Saúde Coletiva”) serviu de base teórica para a organização do movimento pela Reforma Sanitária da década de 80 e, segundo alguns intérpretes, teria se concretizado na incorporação da declaração do direito à saúde na Constituição de 1988. Em outras palavras, credita-se a Arouca ter lançado, com sua crítica da Medicina Preventiva, as bases conceituais da Saúde Coletiva que articularam o debate político sobre a saúde no Brasil nos anos seguintes, do qual ele participou ativamente, sobretudo a partir do seu ingresso na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, em 1976. Na tese de Arouca, vemos claramente a preocupação com as relações entre medicina e sociedade nascida do encontro entre marxismo e epistemologia histórica na França, na década de 60. Atenta aos conceitos, mas também às suas condições históricas de emergência, um dos temas mais caros a essa filiação foi a relação entre *ciência* e *ideologia*. O vigor da tese de Arouca se deve muito ao seu esforço de desvelamento das ideologias e práticas ideológicas que estão na origem das insuficiências da Medicina Preventiva: “a Medicina Preventiva, mais do que a produção de novos conhecimentos, mais do que mudanças na estrutura da atenção médica, representa um movimento ideológico”, afirmou logo na Introdução (AROUCA, 2003, *Introdução*).

Em 1974, Arouca publicou, na *Revista de Educación Médica y Salud*, da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), o artigo “La arqueologia de la medicina”, que ele descreveu como “uma breve introdução à nova disciplina criada por Michel Foucault – a história arqueológica – concretamente no aspecto relativo à medicina”. O artigo sobre Foucault (cujo livro *O nascimento da clínica* também constitui uma importante referência teórica para Arouca, Donnangelo e Mendes-Gonçalves) começa com uma referência a Canguilhem: “Según Canguilhem, la historia de las ciencias se define en relación con el discurso metódico que

constituye su objeto científico”. Nestas condições, Arouca continua, “la ciencia tiene su propio aspecto, su ritmo y, para expresarnos mejor, su temporalidad específica; procede por reorganizaciones, rupturas y mutaciones; pasa por puntos críticos en los que el tiempo se acelera o se hace más pesado, efectúa bruscas aceleraciones y retrocesos repentinos” (AROUCA e MARQUEZ, 1974, p. 331). Apoiado por essa compreensão do objeto da história das ciências, Arouca argumentou, em sua tese, que não se deve confundir as “condutas preventivas” de sociedades afastadas de nós no tempo e no espaço com as medidas da medicina preventiva como conhecemos. A história da Medicina Preventiva – “um novo fenômeno no campo conceitual da área médica” –, deve ser escrita como a história dos conceitos sobre os quais se desenvolve sua prática. Ou seja, ainda segundo Arouca, “trata-se de determinar, em dado contexto social, a que tipo de racionalidade o conceito pertence” (AROUCA, 2003, p. 32). Nessa elaboração de Arouca, que, tal como Canguilhem, privilegia a história dos conceitos, não há desprezo pela história das práticas, mas uma qualificação, inspirada pela historiografia ao estilo francês, derivada daquela especificidade das ideias, da sua posição estratégica nos campos discursivo e não-discursivo.

Sobre o caráter prático, do ponto de vista da transformação dos serviços de saúde no Brasil, dessas críticas históricas e epistemológicas apoiadas na obra de Canguilhem, vale a pena citar o artigo “Medicina de comunidade: implicações de uma teoria”, publicado por Arouca e Anamaria Tambellini no mesmo ano de 1974. O texto, inicialmente apresentado à Unicamp como um dos documentos básicos para um projeto de medicina de comunidade, pretende mostrar as implicações práticas e teóricas do livro *O normal e o patológico*, “no que se refere à teoria de Canguilhem e à medicina de comunidade” (AROUCA e TAMBELLINI, 1974, p. 20). Arouca e Tambellini (1974, p. 23) explicam que seu posicionamento em relação a essa questão representa “o caminho embasado numa dada leitura do autor [Canguilhem]” e que acreditam “que um trabalho multidisciplinar, apoiado nas obras do autor escolhido, possa revelar outros caminhos extremamente inovadores para a prática e a educação médicas”. Para eles, a “crise da saúde” no Brasil, mais particularmente, “da organização dos serviços de atenção, juntamente com a educação médica”, tinha como pano de fundo uma “amputação” do conceito de vida e de seus desdobramentos – saúde/doença, normal/patológico –, que determinava sua consideração pelos médicos e professores de medicina puramente em sua dimensão de objeto da ciência, desconsiderando seu caráter social. “Em síntese”, defendem, “as ideias de Canguilhem fornecem os elementos para uma alternativa à crise do setor saúde, que

se fundamenta, por um lado, em um reencontro da medicina com sujeitos concretos (a comunidade) e, por outro, em uma apropriação pelos sujeitos concretos do conhecimento sobre as suas experiências do modo de andar a vida [saúde/doença]” (AROUCA e TAMBELLINI, 1974, p. 23).

Do ponto de vista da medicina, a alternativa à crise do setor saúde, dizem Arouca e Tambellini, implicaria, tal como proposto por Canguilhem, em “devolver à medicina como prática sua posição de técnica”. Com isso, dizem, seria possível “reverter o sentido do conhecimento, isto é, privilegiar uma prática, que, através de seu relacionamento com sujeitos concretos historicamente determinados, coloque à ciência os problemas do sofrer vividos concretamente por tais sujeitos”. Já do ponto de vista da educação em saúde, trata-se de “assumir a dupla face dos acontecimentos de saúde, segundo a experiência dos sujeitos concretos, e, portanto, planejar a educação nesta articulação dialética que define as possibilidades e a crítica do conhecimento científico existente e o lugar e a importância da experiência vivida”. A crise da saúde passaria, portanto, por uma dupla transformação, primeiro na racionalidade médica, valorizando seu caráter de técnica, em seguida na promoção de uma educação universitária que se faça numa prática organizada segundo esses novos princípios buscados em *O normal e o patológico*, “obedecendo portanto a um conjunto de racionalidades que podem ter origem em várias fontes, quais sejam, aquelas das ciências e das relações sociais, devendo-se entender que estas relações sociais pertencem a um determinado modo de produção e estão submetidas às suas determinações” (AROUCA e TAMBELLINI, 1974, p. 23).

Essa institucionalização nas universidades dos debates sobre os aspectos históricos, técnico-científicos e sociais que envolvem a consolidação da Saúde Coletiva pode ser explicada pelo quadro das transformações nos campos da Medicina Social e da Saúde Pública experimentado na América Latina a partir da década de 50, com mais ênfase a partir dos anos 60. Nesse momento, a preocupação com o “social da saúde”, isto é, com “a determinação social dos carecimentos de saúde e com os meios de sua satisfação ampliada e democrática” (AYRES, 1995, p. 26), se torna uma questão internacional, impulsionada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pela OPAS, que, segundo Everardo Duarte Nunes, passam a promover “inúmeras discussões a fim de introduzir um modelo de ensino que fosse além da centralidade biomédica. Assim, as ciências sociais aparecem no cenário da medicina e os primeiros sociólogos são contratados” (NUNES, 2008, p. 916). No artigo “Saúde Coletiva: história de

uma ideia e de um conceito”, Nunes afirma que

(...) até final dos anos 60 e início dos 70, inclusive sob o impacto da Reforma Universitária (1968), aparecem iniciativas que procuram reatualizar a formação de recursos, mas também é na década de 70 que se verifica o aparecimento de alguns trabalhos que estabelecem uma contundente crítica às formulações e às práticas que na década anterior haviam se voltado contra o modelo médico hegemônico, assim como se discutem as diferenças entre medicina preventiva, medicina social e saúde pública (NUNES, 1994, p. 8).

Na Universidade de São Paulo, esse processo deve muito à atuação de Guilherme Rodrigues da Silva. Ele participou ativamente da construção da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) que, ao lado do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), travou a luta comum pelo direito à saúde e pelo fim da ditadura. Rodrigues da Silva foi Vice-presidente da primeira gestão da ABRASCO (1979-81) e Presidente da entidade entre 1987 e 1989, tendo participado ativamente do movimento pela Reforma Sanitária, inclusive com papel de grande destaque na VIII Conferência Nacional de Saúde (presidida por Arouca), realizada em 1986, onde foram elaboradas as diretrizes para incorporação do direito à saúde na Constituição de 1988. O início da sua relação formal com a USP foi em abril de 1967, quando venceu concurso para tornar-se Catedrático da recém criada (1965) Cátedra de Higiene e Medicina Preventiva. Com a Reforma Universitária de 1968 e a extinção das Cátedras, Rodrigues da Silva tornou-se professor titular e assumiu a tarefa de constituição do Departamento de Medicina Preventiva, onde buscou implementar, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação, “programas de formação profissional absolutamente comprometidos com o progresso da ciência e com a qualidade de vida da população brasileira”⁷.

⁷ Cf. GOLDBAUM, Moisés. “Guilherme Rodrigues da Silva: a formação do campo da Saúde Coletiva no Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, n. 7, pp. 2129-2134, 2015. Segundo Goldbaum (p. 2132), a atuação de Rodrigues da Silva na USP “se destaca ao lançar de modo pioneiro e ousado o programa de pós-graduação em Medicina Preventiva, em 1973, congregando grupo de professores de alta qualificação de diversas áreas disciplinares. Assim, sob sua liderança, conjuntamente com Cecília Donnangelo e Euclides Castilho, são reunidos pesquisadores da área de educação, sociologia, epidemiologia, estatística, clínica médica, nutrição e administração em saúde propiciando estabelecer as bases dos nascentes programas de pós-graduação em Saúde Coletiva. Sob sua orientação direta ou indireta, o programa de Medicina Preventiva tem a oportunidade de desenvolver pesquisas de alta importância visando à realidade sanitária brasileira, bem como no desenvolvimento da metodologia epidemiológica, seja nos seus aspectos quantitativos, seja nos aspectos qualitativos e na articulação de ambas as estratégias de pesquisa. Igualmente, e como decorrência dessa atividade, tem a oportunidade de formar e gerar recursos humanos que vieram e vêm ocupando cargos de alta qualificação e responsabilidade tanto na esfera acadêmica quanto na executiva do setor saúde. Entre outros tantos de seus alunos do programa de pós-graduação, formou expoentes como Eleutério Rodriguez Neto, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Ricardo Lafetá Novaes. Sua influência, por todos conhecida e reconhecida, é sentida nas ações e implementações que se observam na moderna e atual pós-graduação em Saúde Coletiva, área na qual se insere o programa.”



Em 1969, Cecília Donnangelo, que vinha de uma trajetória intelectual e profissional na pedagogia e na sociologia, foi convidada por Rodrigues da Silva para ajudar na estruturação do recém-criado Departamento de Medicina Preventiva. Foi também no quadro desse Departamento que Donnangelo obteve seus títulos de Doutorado, em 1973, e de Livre-Docência, em 1976. Ayres e Mota avaliam que “esses dois estudos, publicados respectivamente como *Medicina e Sociedade* e *Saúde e Sociedade*, foram verdadeiros marcos na construção do campo da Saúde Coletiva e são até hoje obras de referência” (AYRES e MOTA, 2012, p. 128-129). Em *Saúde e Sociedade*, Donnangelo parte do princípio de que “a prática médica enquanto ato terapêutico não se confunde com uma prática científica, com a elaboração de uma ciência. Tem uma especificidade, em sua dimensão de interferência sobre um objeto particular” (DONNANGELO, 1976, p. 16). Apoiada em Canguilhem, Donnangelo afirma a precedência da clínica sobre a patologia para fazer a crítica da “tendência à indistinção analítica entre ciência e prática médica cientificamente fundada”, que, ainda segundo Donnangelo, “leva frequentemente a ignorar a especificidade dos meios de trabalho médico para reduzi-los a um conjunto de recursos tecnológicos e, mais que isso, de tecnologia material” (DONNANGELO, 1976, p. 17). Ao fazer a crítica dessa tendência, Donnangelo, ainda apoiada em Canguilhem, também faz a crítica do que chamou de “centramento da medicina no corpo anátomo-fisiológico e na forma pela qual ele é conceptualizado no interior de um dado campo científico” (DONNANGELO, 1976, p. 23).

Para Donnangelo, Canguilhem, através de seus estudos histórico-epistemológicos sobre as normas e a normalização, foi o responsável por mostrar que “o corpo, como objeto da prática médica, não se esgota em sua dimensão anátomo-fisiológica” e que é justamente a “dimensão extracientífica da norma e do corpo normal que a medicina enfrenta em sua prática concreta, reconheça-o ou não no plano das formalizações teóricas que orientam essa interferência” (DONNANGELO, 1976, p. 24). Em suma, para Donnangelo:

Na medida em que a multiplicidade das determinações que marcam o corpo diz respeito à forma pela qual o homem se relaciona com o meio físico e com outros homens, e ainda às formas assumidas historicamente por essas relações, o corpo anátomo-fisiológico aparece como um corpo investido socialmente. É através das normas elaboradas na vida coletiva que o corpo se dimensiona e adquire significado por referência à especificidade da estrutura social. A normatividade social com relação ao corpo pode ser apreendida e expressa, em sua generalidade, pela presença, em qualquer sociedade, de concepções sociais sobre o corpo e seu uso adequado, bem como dos mecanismos que ela aciona ainda, pelos efeitos de tais concepções e mecanismos, entre eles a

própria duração da vida. Mas ao tratar dessa normatividade social, e ao tomá-la como ponto de referência para compreender o objeto da prática médica, é necessário precisar o sentido dessa normatividade para uma dada forma de organização social e identificar os níveis da estrutura social a partir dos quais o corpo é fundamentalmente determinado (DONNANGELO, 1976, p. 25).

Foi Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, ele mesmo um dos principais pesquisadores e articuladores teóricos da Saúde Coletiva no Brasil, o primeiro a escrever sobre a existência de uma “escola de pensamento, investigação e prática educacional” (MENDES-GONÇALVES, 1995, p. 15) em Saúde Coletiva atuando no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, a partir dessas ideias que Donnangelo desenvolveu seguidas à sua leitura de *O normal e o patológico*:

Creio não andar longe da objetividade ao afirmar que, a partir dos trabalhos de Maria Cecília Ferro Donnangelo, se constituíram várias “escolas” na saúde coletiva brasileira, que se foram diferenciando, amadurecendo, desdobrando e, eventualmente, desaparecendo. Uma dessas escolas foi a que prosseguiram e mantiveram seus auxiliares mais diretos na própria instituição em que ela realizou seu trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1995, p. 15).

André Mota e Lilia Blima Schraiber, no artigo “O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo”, afirmam que a obra de Donnangelo “representa caminhos teóricos e epistemológicos novos”, que ela “foi referência original para escolas de pensamento; contribuiu para a reflexão em todas as três subáreas da Saúde Coletiva (a epidemiologia, as ciências sociais e humanas em saúde, e a política/planejamento/ gestão/avaliação em saúde)” (MOTA e SCHRAIBER, 2015, p. 1468). Para Everardo Duarte Nunes, “a presença de Cecília [Donnangelo] será sempre lembrada pelo seu pioneirismo na construção do campo das ciências sociais em saúde” (NUNES, 2008, p. 914). E, também concordando com a existência de “escolas” tributárias dos trabalhos de Donnangelo, avalia que as “influências de Cecília foram distribuídas e apreendidas pelos seus seguidores dentro de uma perspectiva que garantiu a eles avanços e inovações, dentro do espírito que norteou a sua presença intelectual – contribuir para a reflexão crítica e elaboração teórica” (NUNES, 2008, p. 915).

Pela própria natureza do objeto de investigação do campo da Saúde Coletiva, Donnangelo, Mendes-Gonçalves e seus alunos mais diretos nas décadas de 70 a 90 passaram a refletir sobre as condições políticas, econômicas, mas também epistemológicas em que se desenvolvia a prática médica, da qual se exigia uma intervenção socialmente determinada, mas cientificamente orientada, sobre fenômenos que, desde Canguilhem, não poderiam mais ser

entendidos como puramente biológicos, como as relações normal-patológico e saúde-doença. Foi assim quando Ayres – ele mesmo aluno de Mendes-Gonçalves e responsável pela apresentação do antigo professor naquela coleção sobre os construtores da Saúde Coletiva organizada por Hochman e Nunes – apresentou sua crítica histórico-epistemológica da epidemiologia na dissertação de mestrado “*A epidemiologia e o projeto emancipador nas práticas de saúde: a crítica da razão instrumental na constituição histórica da ciência epidemiológica*”, publicada em 1995 sob o título “*Epidemiologia e Emancipação*”. Segundo Ayres, a Epidemiologia, “nascida das transformações ocorridas nas práticas de saúde quando do nascimento das sociedades modernas, (...) tornou-se o saber que mais positivamente metabolizou os ideais revolucionários da medicina social”. Falando em termos canguilhemianos, Ayres conclui que “a epidemiologia foi o canal através do qual a *ideologia científica* da medicina social encontrou sua mais expressiva e legítima identidade entre as ciências da saúde” (AYRES, 1995, p. 28)⁸. Para Ayres, é dessa origem que resultam as principais dificuldades de estabelecimento do perfil epistemológico da Epidemiologia, desde a constituição do seu objeto até a elaboração de um método para produção de conhecimento. É a tentativa de produzir, por meio de procedimentos científicos muitas vezes tomados por empréstimo das ciências biológicas ou físico-químicas, um conhecimento válido sobre um objeto que carrega de forma indelével as marcas do seu nascimento histórico que constituem, nas palavras de Ayres, “a nobreza e a miséria” da Epidemiologia. Tanto mais porque a compreensão do “social” não é uma tarefa inerente a esse saber que dele se reclamava como objeto de conhecimento e intervenção. Conforme Cecília Donnangelo, em qualquer vertente da Epidemiologia contemporânea, “o social vai variar em função das próprias conceptualizações de social presentes no conhecimento sobre o social prévios à própria epidemiologia” (DONNANGELO, 2014, p. 47).

A obra de Canguilhem assume uma centralidade teórica nos trabalhos de Mendes-Gonçalves já na dissertação de mestrado *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*, defendida em 1979 junto à Faculdade de Medicina da USP. Apoiado em *O normal e o patológico*, Mendes-Gonçalves formula a hipótese de que “os meios de trabalho empregados na medicina tendem a ser compreendidos como um conjunto de recursos tecnológicos menos ou mais

⁸ “Ideologia científica” é um conceito elaborado por Georges Canguilhem para designar o modo como um determinado saber reivindica o estatuto de ciência mimetizando técnicas e critérios de racionalidade empregados por ciências já estabelecidas. Cf. CANGUILHEM, Georges. *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*. 2ª ed. rev. e cor. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 2000. – (Problemes & Controverses).

complexos cuja historicidade se perde tanto no caráter científico em si, suposto como fruto de um desenvolvimento linear, como no obscurecimento que esse caráter científico, conceitualmente simplificado, promove da sua função de instauração de uma relação particular entre o médico e o objeto de sua prática” (MENDES-GONÇALVES, 1979, p. 60). No prefácio ao livro *Saúde, Sociedade e História*, dedicado à obra de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Naomar de Almeida Filho sintetizou nos seguintes termos essa dupla exigência de atenção ao racional e ao social para a fundamentação epistemológica da Saúde Coletiva:

Para estruturar com rigor e precisão uma epistemologia subsidiária da epistemologia histórica de base canguilhemiana, Ricardo [Bruno Mendes-Gonçalves] formula uma hipótese central: o desenvolvimento histórico de um corpo de conhecimentos abstratos de natureza científica ocorre como resposta à necessidade colocada por uma prática social que procura responder a situações e problemas concretos. Em sua trajetória histórica, a prática científica sistematiza as questões colocadas pelas teorias explicativas, sempre limitadas pelas racionalidades vigentes, o que possibilita a instrumentalização de novas técnicas de atuação, mas não permite desconhecer a “natureza peculiar da prática, dada por sua condição de trabalho humano imbricado em uma estrutura social e pela natureza particularizada de seu objeto” (ALMEIDA FILHO, 2017, p. 19-20).

Em outras palavras, havia, na obra de Mendes-Gonçalves, um projeto, subsidiário da epistemologia histórica tal como formulada por Georges Canguilhem, de elaboração dos meios teóricos e práticos para o cumprimento, pela Saúde Coletiva, das exigências impostas pelos problemas concretos da realidade social brasileira. Isso nos permite entender porque Mendes-Gonçalves afirmou a existência de uma “escola de pensamento, investigação e prática educacional”. Para além dos vínculos institucionais, para ele, o que marcaria esse caráter de “escola” seria a existência de um projeto coletivo articulado a partir de “um certo número (...) de construções conceituais, organizadas ao redor e por dentro de certos valores históricos” (MENDES-GONÇALVES, 1995, p. 16). Assim, trata-se de compreender em que medida os quatro pontos do quadro teórico referencial que destacamos anteriormente correspondem aos quatro “conceitos ou categorias racionais” que Mendes-Gonçalves identificou como marcas das suas pesquisas: *historicidade*, *socialidade*, *estrutura* e *totalidade*, organizados “por dentro e ao redor” dos dois “valores que neles anseiam objetivação”: a *confiança na racionalidade* e a *virtude da esperança* (MENDES-GONÇALVES, 1995, p. 18). Aqui, a superação da falsa dicotomia entre social e racional, a partir de um projeto epistemológico e de ação, pode se efetivar. Afinal, segundo Mendes-Gonçalves, a *confiança na racionalidade* dos seres humanos

“como poder capaz de re-organizar e re-orientar suas intervenções práxicas no mundo, na vida, na sociedade, na história, no conhecimento” e a *esperança*, entendida “menos como norma moral que como valor histórico objetivo para os seres humanos, pois escolhemos um caminho que impugna a plena realização de nossos valores nos prazos de nossas vidas individuais e de execução do nosso trabalho coletivo”, almejavam a um patamar de objetividade por meio de conceitos e categorias racionais compartilhados que, por sua vez, são mobilizados em nome de uma prática social que procura responder a situações e problemas concretos.

Foi de modo deliberado que delimitamos a segunda parte do artigo a esse grupo específico de pesquisadores, para o qual não se reivindica “representar a”, mas “fazer parte da” história da Saúde Coletiva. Esse olhar interno a uma vertente determinada de construção conceitual de inspiração canguilhemiana localizado, contudo, em um contexto de práticas sócio-politicamente configurado exige a adoção de um método capaz de superar a dicotomia entre o racional e social. Aqui, fazemos coro com a epistemóloga e historiadora das ciências Lorraine Daston em sua denúncia do “caráter particularmente estéril da oposição entre o ‘social’ e o ‘racional’ que tanto preocupou os historiadores, os sociólogos e os filósofos das ciências” (DASTON, 2017, p. 77). Assumimos como orientação metodológica plena a proposição, ao mesmo tempo epistemológica e historiográfica, segundo a qual o fato de que “uma teoria científica ou que uma técnica tenha origens, significações ou funções sociais nada diz sobre sua validade” (DASTON, 2017, p. 77). Dito de outra maneira, não há oposição *a priori* entre a validade objetiva de um saber, no caso, a Saúde Coletiva, e o fato de que ele foi elaborado em resposta às exigências de uma realidade histórico-social concreta. Antes, propomos que são essas relações entre o conteúdo e a função de um saber que determinam a sua historicidade e, portanto, a sua objetividade. Fazendo isso, acreditamos reafirmar um alinhamento com nosso próprio objeto de investigação, escolhendo falar dele a partir de sua própria perspectiva sobre a história e sobre seu papel na formação e na prática médicas. Dessa maneira, concluímos que é apenas pela articulação entre história e epistemologia, com atenção aos conceitos, práticas e valores (ou “virtudes epistêmicas”, para retomar um conceito de Daston⁹) mobilizados para a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira, que podemos compreender os meios teóricos e técnicos propostos por Arouca, Donnangelo e Mendes-Gonçalves, a partir de sua leitura da obra histórico-epistemológica de Canguilhem, para a concretização da esperança de breve

⁹ Cf. DASTON, Lorraine. *Historicidade e objetividade*. Tiago Santos Almeida (org.). Trad. de Derley M. Alves / Francine Iegelski. São Paulo: Ed. Liber Ars, 2017. – (Coleção Epistemologia Histórica).

realização da tarefa da Reforma Sanitária: a satisfação ampliada e democrática das carências em saúde da população brasileira.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Tiago Santos; CAMOLEZI, Marcos. "Entrevista com Jean-François Braunstein". *Intelligere*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 156-171, maio 2016.

ALMEIDA FILHO, Naomar. "Por uma epistemologia bruniana: dilemas de um prefácio". In: MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Saúde, Sociedade e História*. (Organização José Ricardo C. M. Ayres e Liliana Santos). São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Ede Unida, 2017, p 15-38.

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Ed. UNESP, 2003.

AROUCA, Sérgio; MARQUEZ, Miguel. "La arqueología de la medicina". *Revista de Educación Médica y Salud*, OPAS, 1974.

AROUCA, Sergio e TAMBELLINI, Anamaria. "Medicina de comunidade: implicações de uma teoria". *Saúde em Debate* 1, 1 (1976): 20-23.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Epidemiologia e emancipação*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

_____. "Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira". *Intelligere, Revista de História Intelectual*, v. 2, n. 1, p. 139-155, maio 2016.

_____. "Prefácio". In: MARINHO, Maria Gabriela S.M.C.; MOTA, André (orgs.). *Caminhos e Trajetos da Filantropia Científica em São Paulo. A Fundação Rockefeller e suas Articulações no Ensino, Pesquisa e Assistência para a Medicina e Saúde (1916-1952)*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; UFABC, Universidade Federal do ABC; CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013.

AYRES, José Ricardo de C. M.; MOTA, André. "Departamentos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Memórias e Histórias". In: MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. e MOTA, André. *Trajetória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: aspectos históricos da "Casa de Arnaldo"*. FMUSP: São Paulo, 2012.

DAREMBERG, Charles. *Histoire des sciences médicales : comprenant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale : depuis les temps*

historiques jusqu'à Harvey. Tomo1. Paris: J.-B. Baillièrre, 1870.

DAREMBERG, *Essai sur la détermination et les caractères des périodes de l'histoire de la médecine*. Paris: Baillièrre, 1850.

DASTON, Lorraine. “Uma história da objetividade científica”. In: _____. *Historicidade e objetividade*. Tiago Santos Almeida (org.). Trad. de Francine Iegelski. São Paulo: Ed. Liber Ars, 2017, pp. 69-78. – (Coleção Epistemologia Histórica).

FEE, Elizabeth e BROWN, Theodore M. “Using medical history to shape a profession”. In: _____ (ed.). *Making medical history: the life and times of Henry E. Sigerist*. The Johns Hopkins University Press: Baltimore/Londres, 1997.

DONNANGELO, Cecília. “A conceptualização do social na interpretação da doença: balanço crítico”. In: CARVALHEIRO, José da Rocha *et al.* *O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014, p. 47-84.

_____. “A pesquisa em saúde coletiva no Brasil: a década de 70”. In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983. v. 2, p. 17-35.

_____. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

_____. *Medicina e Estrutura Social*. São Paulo. Tese de Livre-docência, Faculdade de Medicina da USP, 1976.

_____. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina da USP, 1973.

HOCHMAN, Gilberto e NUNES, Everardo Duarte. “Abertura de uma nova seção na RC&SC”. *Ciência & saúde coletiva*, vol. 20, n. 1, 2015.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. “O médico e seu trabalho: limites da liberdade” (Resenha). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol.1, n.1, pp.176-177, 1994.

_____. “Prefácio”. In: AYRES, *Epidemiologia e emancipação*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

_____. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP, 1979.

MOTA, André e SCHRAIBER, Lilia Blima. “O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo”. *Ciência & saúde coletiva*, vol. 20, n. 5, pp.1467-1473, 2015.

NUNES, Everardo Duarte. “Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito”. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

_____. “Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde”. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.13, n.3, pp.909-916, 2008.

ROSENBERG, Charles E., "Erwin H. Ackerknecht, Social Medicine, and the History of Medicine", *Bulletin of the History of Medicine*, Volume 81, Number 3, Fall 2007, pp. 511–532.

SARTON, George. "The History of Science versus the History of Medicine", *Isis*, v. 23, 1935.

SIGERIST, Henry E. *A History of Medicine*. Vol. 1: Primitive and Archaic. Medicine. NOVA Iorque: Oxford University Press, 1951.

_____. "Littré über Daremberg". In: *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin*, [vol.] XXIII, 4, out., 1930.

_____. "Review of Richard Harrison Shryock, *The Development of Modern Medicine and American Medical Research, Past and Present*". In: *Bulletin of the History of Medicine*, v. 25, 1951.

_____. "The History of Medicine and the History of Science". *Bulletin of the History of Medicine*, v. 4, 1936.

VIEIRA DA SILVA, Lígia Maria; PAIM, Jairnilson S.; SCHRAIBER, Lilia Blima. "O que é saúde coletiva?" In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. (Orgs.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.