

### O CONCEITO DE COLETIVO NO CAMPO DA SAÚDE

*The Concept of Collective in the Health Field*

*El Concepto Colectivo en el Campo de la Salud*

*Le Concept de Collectif dans le Domaine de la Santé*

10.5020/23590777.rs.v22i2.e9184

---

#### **Roberto Henrique Amorim de Medeiros**

Professor Dr. Associado do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (DESCOL/UFRGS) e do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da UFRGS.

#### **Leonardo Veiga Guarnieri**

Psicólogo. Historiador. Mestre em Psicanálise pela Clínica e Cultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atua como Psicólogo Clínico e pesquisa o tema da Escrita e da Leitura na Teoria Lacaniana.

---

#### **Resumo**

O presente estudo discute os conceitos de coletivo em jogo na constituição da *saúde coletiva* como prática e disciplina no campo da saúde. Para tanto, é feito um levantamento bibliográfico inicial de produções da área e, em um segundo momento, procuradas referências em autores como Hannah Arendt, Deleuze e Guatarri, Norbert Elias e Canguilhem. A partir desses questionamentos, são abordadas as disputas internas e as relações *entre saúde pública e saúde coletiva*, bem como as possibilidades de verdadeiras mudanças nas práticas de saúde, visando-se um distanciamento do modelo medicalizante baseado nas noções tradicionais de *público, população e grupo* como multiplicidade de individualidades. Em oposição a esse, e a partir de um diálogo com a psicanálise, o *coletivo* é retomado como um agenciamento relacional que revela o sujeito como irreduzível à categoria do indivíduo. É nesse conceito de coletivo como campo estruturado de relações que a saúde coletiva encontra suporte para uma prática e uma epistemologia críticas de sua própria origem e de seu lugar no campo de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Saúde Pública; Coletivo; Clínica; Psicanálise.

#### **Abstract**

*The present study discusses the concepts of collective at stake in the constitution of community health as a practice and discipline in the health field. For this, an initial bibliographic survey of productions in the area is made, and, in a second moment, references are sought from authors such as Hannah Arendt, Deleuze and Guatarri, Norbert Elias, and Canguilhem. Based on these questions, internal disputes and the relationship between public health and community health are addressed, as well as the possibilities of concrete changes in health practices, aiming at a distancing from the medicalizing model based on traditional notions of public, population, and group as a multiplicity of individuals. In opposition to this, and from a dialogue with psychoanalysis, the collective is resumed as a relational agency that reveals the subject as irreducible to the category of individual. In this concept of the collective as a structured field of relationships, community health finds support for critical practice and epistemology of its origin and place in the health field.*

**Keywords:** community health; public health; public; clinic; psychoanalysis.

### **Resumen**

*El presente estudio discute los conceptos de colectivo en juego en la constitución de la salud colectiva como práctica y disciplina en el campo de la salud. Para tanto, se hace una búsqueda bibliográfica inicial de producciones del área y, en un segundo momento, se buscan referencias en autores como Hannah Arendt, Deleuze y Guattari, Norbert Elias y Canguilhem. A partir de estos cuestionamientos, son enfocadas las disputas internas y las relaciones entre salud pública y salud colectiva, como también las posibilidades de verdaderos cambios en las prácticas de salud, buscando un alejamiento del modelo medicalizante basado en las nociones tradicionales de público, población y grupo como multiplicidad de individualidades. En oposición a este, y a partir de un diálogo con el psicoanálisis, el colectivo vuelve como un agenciamiento relacional que revela el sujeto como irreductible a la categoría del individuo. Es en este concepto de colectivo como campo estructurado de relaciones que la salud colectiva encuentra soporte para una práctica y una epistemología críticas de su propia origen y de su lugar en el campo de la salud.*

**Palabras clave:** salud colectiva; salud pública; colectivo; clínica; psicoanálisis.

### **Résumé**

*La présente étude traite les concepts de collectif en jeu dans la constitution de la santé collective comme pratique et discipline dans le domaine de la santé. Pour ce faire, une première analyse bibliographique des productions du domaine est réalisée et, dans un second temps, des références sont recherchées chez des auteurs tels que Hannah Arendt, Deleuze et Guattari, Norbert Elias et Canguilhem. À partir de ces questions, les conflits internes et les rapports entre santé publique et santé collective sont abordés, ainsi que les possibilités de réelles évolutions des pratiques de santé, visant à s'éloigner du modèle médicalisant fondé sur les notions traditionnelles de publique, population et groupe comme une multiplicité d'individus. En opposition à cela, et à partir d'un dialogue avec la psychanalyse, le collectif est repris comme une instance relationnelle qui révèle le sujet comme irréductible à la catégorie de l'individu. C'est dans cette conception du collectif comme domaine structuré de relations que la santé collective trouve le support d'une pratique et d'une épistémologie critiques de sa propre origine et de sa place dans le domaine de la santé.*

**Mots-clés :** santé collective ; santé publique ; collectif ; clinique ; psychanalyse.

---

A Saúde Coletiva é uma invenção. Efeito de um grande agenciamento de enunciação coletiva nutrido pelo desejo de democracia no Brasil, cujo embrião fora incubado nos anos da ditadura civil-militar e só retomado em seu desenvolvimento efetivo a partir da falência do regime autoritário, em meados dos anos 80 do século passado. Tal agenciamento gerou discursos de mudança em vários setores, em especial a expansão da participação popular nos variados registros do planejamento e gestão pública. Na saúde, esse processo foi identificado sob a expressão Reforma Sanitária e resultou em mudanças de pensamento, práticas, serviços, na aquisição de direitos e na formulação de políticas de saúde para o povo brasileiro.

A novidade ali surgida implicava o reconhecimento da determinação social da saúde, além do paradigma da determinação biológica, bem como seus efeitos nos campos da gestão, da atenção, da formação e da participação cidadã nos rumos das diretrizes e práticas de cuidado para as populações, famílias e indivíduos (Ceccim, 2012). O processo histórico nomeado Reforma Sanitária envolveu diversos setores da sociedade e suas instituições, em especial: os departamentos acadêmicos de medicina social e preventiva; o movimento estudantil de renovação médica e residentes de medicina comunitária; a docência e pesquisa em pós-graduações de saúde coletiva que promoveram o marco teórico e o referencial ideológico para os movimentos populares pela democracia, que retomavam força a partir do declínio do governo ditatorial (Escorel, 1999). O retorno gradual da possibilidade de organização popular promoveu encontros de cidadãos, organizados ou não em movimentos sociais, em assembleias por todo o território nacional para trocas, discussões e preparação de pautas, cujo princípio norteador foi a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A materialização desse agenciamento coletivo resultou na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na inscrição de suas principais diretrizes na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990.

Entretanto, a Saúde Coletiva, tendo emergido como produto singular desse processo histórico de reorientação conceitual, ideológica e pragmática no setor da saúde, não se configura como campo homogêneo. Assim, passadas algumas décadas de seu acontecimento, persiste uma disputa de sentidos práticos e teóricos num campo que se organiza pela integração de áreas da *saúde pública (SP)*, da *saúde preventiva e social*, da *epidemiologia social* e da *inter-relação saúde e sociedade*. Ou seja, a integração destes campos prévios de conhecimento e atuação com um novo projeto de sociedade mais democrática, com formulações de conceitos mais amplos de saúde e doença (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1978), com a

preocupação global da gestão financeira dos sistemas de saúde não resolutivos baseados em hospitais e procedimentos clínicos da medicina (Ministério da Saúde [MS], 2002; Lalond, 1981), não dissolvem a disputa interna de concepções sobre objetos, ênfases e práticas da saúde, especialmente naquilo que pode ser pouco conciliatório nesse processo entre as concepções de uma centenária saúde pública e sua crítica na saúde coletiva. Para os interesses deste artigo, situaremos uma parte dessa disputa com uma revisão crítica e conceitual acerca dos sentidos do conceito de coletivo.

Dentre as variadas possibilidades de concepções de saúde no campo da saúde coletiva, parecem menos problemáticas ou discutidas aquelas que a entendem como um bem, um direito ou um estado que se atinge a partir de elementos e condicionantes sociais, culturais e psíquicos, além dos fisiológicos, sem que um se reduza ao outro. Entretanto, o termo “coletiva” – que marca diferença em relação à *saúde pública* e suas práticas tradicionais preventivistas, por vezes higienistas e frequentemente medicalizadas – não constitui uma unidade de sentidos não contraditória, mesmo internamente a esse campo.

### Construção e desconstrução do conceito de Coletivo na Saúde Coletiva

A palavra resiste às tentativas de aprisionamento pelo sentido. Mesmo sendo proferida, escrita no papel, contextualizada no código, ainda assim pode produzir efeitos múltiplos de enunciado e enunciações. A palavra é, antes de tudo, um significante, algo que resiste ao útil e ao domável. Uma nova *práxis* emergente no campo vasto da saúde precisou de um novo significante que a representasse ao conjunto dos demais significantes da língua portuguesa. Assim, a saúde coletiva se diferenciou da saúde pública.

Mas, afinal, trata-se de uma nova saúde pública ou a saúde coletiva instaura um corte, um rompimento crítico, e novos paradigmas? Qual preço paga por derivar historicamente da primeira? Que efeitos o mercado de trabalho impõe em suas propostas de formação, ocasionando na reprodução de paradigmas anteriores? Que resultados a disciplina atingiu em sua tarefa de incluir um atravessamento do discurso social no contexto dominado pelo biológico? Que reduções têm cometido, a seu turno, quando inflaciona em sua *práxis* o registro do social? Enfim, que sentidos têm sido dados à palavra “coletiva” quando essa surge adjunta à palavra saúde?

O que segue é um esforço associativo realizado por meio de um percurso bibliográfico de produções teóricas e conceituais clássicas e tradicionais da filosofia, sociologia, psicanálise e da própria saúde coletiva, no sentido de recortar noções do conceito de coletivo que possam elucidar perspectivas em disputa no campo em questão.

Embora nascida da saúde pública, direcionada às grandes populações e cuja base epidemiológica e campanhista produz práticas preventivistas ou frequentemente higienistas, o discurso da saúde coletiva (SC) tenta instaurar uma leitura crítica do projeto médico-naturalista, estabelecido com o advento da sociedade industrial (Birman, 2005). Os estudos proporcionados pelo materialismo histórico contribuíram para que a noção puramente biológica da saúde fosse atravessada pela crítica desde o campo social, o que parece ter criado condições privilegiadas para estruturar um âmbito fundamentalmente multidisciplinar e constituir para a SC uma diversidade de objetos e de teorias não necessariamente hierarquizadas (Birman, 2005).

Como argumentamos no início, a SC se identifica com as lutas por democracia, o que lhe coloca em posição crítica acerca de certos pilares da estrutura social capitalista. No que diz respeito às práticas em saúde, resiste às políticas que a tomam como um bem de consumo e redefine a patologia, relativizando-a como suposto desajuste ou objeto de necessária readaptação aos cânones estruturais cada vez mais acirrados de produtividade, competitividade e consumo – fontes de sofrimento físico e psíquico subjetivos.

Nessa interface, alguns autores tentam formalizar o campo temático e os objetos da saúde coletiva. Segundo Fleury (1985), o objeto da SC são as práticas e os saberes em saúde referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significação. Parece importante perceber o acento no aspecto relacional que a definição de Fleury estabelece. O coletivo aparece ali como um campo estruturado de relações de onde podem advir as significâncias do que seja a doença.

Encontramos, em outros autores, o mesmo esforço em dar estatuto de campo do conhecimento inédito à SC. Para chegar a sua definição, Paim e Almeida (1998) consideram a SC como uma ampla proposta de reforma social que relaciona a saúde às condições de vida e às formas de organização da sociedade, o que marca sua diferenciação de uma medicina puramente preventivista, vinculada ao Estado liberal, cuja base faz uso da fisiologia e da patologia, buscando conter epidemias em grandes parcelas de uma população. Com isso, os autores afirmam que o objeto da SC deve ser construído nos limites do biológico e do social, compreendendo, portanto, a investigação dos determinantes sociais das doenças e da organização dos serviços de saúde, bem como do estudo da historicidade do saber e das práticas. As ações em saúde, por sua vez, são práticas sociais que trazem consigo influências dos relacionamentos de grupos sociais.

Nessas definições, reaparece o aspecto relacional no conceito de coletivo, mas também se faz presente a ideia de grupo social. Considerando que o “público” no contexto da SP se refira a um grupo populacional vinculado a um estado, país ou cidade, fazer referência a grupos sociais como sendo o objeto da SC a diferenciaria suficientemente? Ou talvez a solução

deste problema de delimitação entre SP e SC esteja no sentido relacional referido ao conceito de coletivo? Em que medida a relação social afeta ou é influenciada pelo individual?

Norbert Elias foi um sociólogo cujos trabalhos a respeito das constituições culturais e jurídicas dos Estados, assim como da crítica a respeito das relações entre indivíduo e sociedade, constituem referenciais clássicos. Para Elias (1994), sinteticamente, a concepção de uma pessoa como um “eu” destituído de um “nós” produz um potencial muito limitado para o entendimento dos fenômenos que envolvem indivíduo e sociedade. Não há um abismo entre os dois termos, posto que resta pouca dúvida de que os indivíduos formam a sociedade ou de que toda sociedade é uma *sociedade de indivíduos*. Seria, portanto, insustentável admitir que um indivíduo seja menos importante do que a sociedade, ou que ele constitua um meio e a sociedade, o fim. Há uma relação implícita no processo que engloba a ambos. Apenas assim é possível compreender como indivíduos formam uma “sociedade” que pode se modificar de modos tão singulares a ponto de forjar uma história que segue um curso não pretendido ou planejado por qualquer dos indivíduos que a compõem (Elias, 1994).

Esse curso não planejado bem pode ser elucidado pelos três elementos da vida ativa, conforme proposto por Hannah Arendt na obra *A Condição Humana* (2007). Essa condição não se trata de uma natureza humana, de algo que podemos prever, que esteja programado, ou seja, instintivo. A vida humana seria a vida ativa, compreendida pela relação entre o que a autora designa como o labor (o processo que sustenta a vida biológica), o trabalho (a durabilidade e a permanência do humano por meio de sua transformação do mundo) e a ação (o que produz o novo, o elemento político do estar entre os demais, a condição de produção da história da humanidade). A vida ativa, fundamento da condição humana, é o que torna complexa e imprevisível sua forma de existência no mundo. Se o labor é a base biológica da vida humana, o trabalho desnatura o humano ao presentificá-lo no mundo, enquanto a ação mostra-se tão singular quanto relacional, pois, embora sejamos todos humanos, haveria uma impossibilidade de que alguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que já existiu ou venha existir. Somos também agenciamentos em redes de relação, uns com os outros, constituindo-nos, a partir desses encontros, de maneira singular.

Está posta, assim, uma encruzilhada conceitual com efeitos críticos para a concepção de práticas no campo da SC. A consideração do fator puramente biológico reduz a condição humana ao registro do labor – redução na qual se situa a medicina tradicional. É interessante observar que o campo da SP, cujo paradigma é médico-biológico, chega a admitir em seu escopo o segundo aspecto arendtiano da vida ativa, a saber, o trabalho. No entanto, sua prática opera como meio e modo de restituir o ser biológico do labor ao trabalho. Parece que podemos admitir que seria da alçada da SC, por sua vez, reunir estes dois âmbitos ao da ação política e histórica na constituição da condição humana, resgatando em suas práticas e concepções de saúde o amplo registro da vida enquanto vida ativa.

A atuação dos profissionais da saúde deveria, por esse viés, pautar-se pelo esforço de alargar os limites nos quais a vida é possível (Mattos, 2008). Qual a posição do profissional em saúde frente a essa afirmação? Pode ele limitar-se a restituir a capacidade física e psíquica do corpo para que o indivíduo retorne a produzir, ou impõe-se que aquele profissional seja um agente político e promova a capacidade de ação do indivíduo e dos corpos sociais?

As práticas da medicina tradicional podem ser analisadas a partir da noção admitida de corpo. Esse corpo que se desenha por meio das teorias, práticas e políticas hegemônicas da área da saúde é tributário de uma construção maquínica, individualizada e (re)produtiva. Fruto da articulação do discurso cartesiano que orientou a medicina científica e os efeitos simbólicos da Revolução Industrial que solidificaram o capitalismo, que remodela o corpo a exemplo de uma máquina normalizada e automática. Entretanto, o biológico do corpo é enlaçado por imaginários e simbologias que coabitam a cultura corporal. Além da coisa física e orgânica a ser potencializada para a (re)produção, há a noção já presente em Platão do corpo como instrumento da alma. Há, ainda, a concepção espinoziana que nos leva a perguntar pela potência desse corpo em ser afetado, onde a ênfase está na relação dele com outros corpos. Por fim, há também o corpo fenomenológico, que nos fornece a pergunta sobre o que faz desse corpo individual ou coletivo (Orlandi, 2004).

### **Uma Contribuição Psicanalítica: O Relacional como Abertura para o Coletivo**

Ao considerarmos as contribuições da teoria psicanalítica acerca do tema do coletivo, é crucial denunciar o caráter errôneo da noção de que o inconsciente se refira a uma suposta “profundidade” ou “interioridade”, ou que remeta a uma individualidade. Encontramos a marcação dessa diferença em um dos aforismas tradicionais de Lacan, que define o estatuto do inconsciente como ético, em oposição a um estatuto ôntico (Lacan, 2008). Dessa maneira, não haveria que procurar um suposto núcleo do inconsciente nas profundezas psíquicas ou mesmo cerebrais; seria necessário, por outra via, apreendê-lo a partir de suas manifestações – os sonhos, chistes, atos falhos, sintomas. Essa apreensão, todavia, necessitaria de uma interlocução. Portanto, haveria inconsciente a partir de um ato de escuta direcionada a suas formações – ou seja, o laço aparece como condição *sine qua non* de qualquer surgimento ou abordagem possível do inconsciente. Nasio (1993, p.76) situa as consequências dessa premissa de maneira clara, afirmando que “graças a essa concepção lógica de um inconsciente

estendido entre dois sujeitos, rompemos com três preconceitos intuitivos: o do tempo cronológico, o do espaço euclidiano e o da *unidade indivíduo* (grifo nosso)”.  
 Esse caráter relacional do inconsciente, sublinhado por Lacan, já pode ser encontrado em Freud, que, ao situar a pulsão entre o psíquico e o somático (Freud, 1915/2013), abria caminho para uma desnaturalização do corpo biológico e, com isso, apontava para além do indivíduo. A pulsão se organiza como uma montagem cujo suporte está no corpo físico, mas que estabelece uma exigência ininterrupta de trabalho psíquico, no sentido da satisfação dos seus apetites. O corpo em psicanálise é o corpo pulsional, constituído pela borda corporal a partir da qual esse impulso em direção à satisfação busca seu objeto com a finalidade de apaziguamento. Para a psicanálise, enfim, o corpo orgânico e fisiológico não garante o acesso à vida sem que se instaure a pulsão que convida ao estabelecimento de relações e conexões com os objetos externos.

O ponto de principal interesse para nossas reflexões, porém, está em como se instaura a pulsão no sujeito. Tanto Freud quanto Lacan marcam com cores vivas a necessidade da presença do outro como convocante desse corpo. O aforisma conhecido que define o bebê como não mais que “meia libra de carne” marca a insuficiência do biológico na condição humana, na qual não é o instinto, a programação de ciclos vitais e reprodutivos, que preside a vida, mas a pulsão. O trabalho investigativo do psiquiatra infantil de formação psicanalítica, René Spitz, nos anos após a Segunda Guerra Mundial, quando estudou o fenômeno da morte de bebês institucionalizados em hospitais onde apenas recebiam suporte adequado de subsistência orgânica, chamado hospitalismo, sustenta essa tese.

Além disso, a criança não se torna sujeito de sua cultura, inscrevendo-se na linguagem, caso a palavra, a demanda e a invocação de um outro não se estabeleçam. É na relação com o adulto, ao carregar em sua voz e em suas palavras todos os signos da cultura a ser transmitida, que o corpo pulsional se estabelece como exigência de construção psíquica, determinando a condição de que o *infans* seja mais do que um corpo orgânico. É nesse sentido que Costa (1998) aponta o equívoco da expressão sexualidade “infantil”, quando se trata, na verdade, de uma sexualidade compartilhada no laço estabelecido entre cuidador primário e bebê, resultando em um corpo conjugado.

Novamente, o aspecto relacional emerge como central à conceituação psicanalítica. Questionamos, a partir disso, se haveria um sentido de coletivo suposto na teoria do corpo pulsional. Por que um corpo adequadamente satisfeito em suas necessidades fisiológicas não desenvolve seu potencial subjetivo a menos que conte com o suporte do corpo do outro? Há algo da ordem da afetação, necessária à vida, na condição humana?

No âmbito desse questionamento, a *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (Freud, 1921/2011), onde Freud tematiza a questão do coletivo a partir da noção de massa, torna-se uma referência fundamental. A problemática é tratada, na obra, sob dois ângulos diferentes que buscam estabelecer um paralelo entre as operações do inconsciente e aquelas do social: as relações estabelecidas entre a massa e seu líder e aquelas constituídas entre os próprios membros dessa massa. As últimas são descritas como laços oriundos de processos de identificação, compreendida como uma forma de relação anterior à libidinal. Esses processos identificatórios seriam fundamentais para o desenvolvimento psíquico, como podemos ler tanto na *Psicologia das Massas* como nas considerações de Lacan acerca do estádio do espelho (Lacan, 1998a).

Apesar de suas diferenças teóricas significativas, ambos insistem na importância da saída dessa dualidade identificatória ambivalente, que seria pontuada pela agressividade. Afinal, a aniquilação do objeto se faz condição necessária para que se concretize a meta de tornar-se o próprio objeto. Essa saída se faria possível pelo laço constituinte da triangulação edípica. Trata-se aí da possibilidade de se superar o dois – a relação dual *infans*/corpo do cuidador primário – passando-se a contar três, movimento fundamental ao desenvolvimento neurótico.

Como podemos aproximar esses desenvolvimentos psicanalíticos das questões aqui colocadas acerca do coletivo? Ao abordar a relação entre identificação e histeria, Freud apresenta o caso das meninas de um pensionato que, ao presenciarem uma das amigas em uma reação sintomática diante do ciúme provocado pela carta que recebera de um amante, sofrem um contágio (termo empregado no texto) e reagem da mesma maneira. Para Freud, “trata-se de uma identificação, baseada em querer ou poder colocar-se na mesma situação” (Freud, 1921/2011, p. 49). Esse movimento surge como uma tentativa de estabelecimento de um traço em comum, ou apenas de *um comum*, possibilitado pelo “encontro da singularidade com algo que faça laço, algo que possa interessar ao outro” (Costa, 1998, p. 47). Costa (1998, p. 20) também aponta que esse caráter relacional em jogo no inconsciente configura-se como a abertura necessária para o coletivo, não havendo “nada de intrínseco, interno, próprio ou privado ao sujeito que não passe por um externo, coletivo ou público”.

Para sustentar sua afirmação, a autora parte do sofisma dos três prisioneiros, proposto por Lacan (1998b) quando da elaboração do tempo lógico. Em uma penitenciária, com a promessa da conquista da liberdade, três presos são apresentados a um desafio. Cinco discos são apresentados a eles, dois pretos e três brancos. Em seguida, um disco branco, escolhido intencionalmente, é afixado nas costas de cada prisioneiro, sem que estes sejam informados da cor que portam. Por fim, o diretor da prisão comunica aos prisioneiros que o primeiro a deduzir a cor do disco às suas costas, sem que eles possam se comunicar entre si, deverá correr à porta, informá-la ao guarda e, estando correto, ganhar sua liberdade.

Confrontados com uma pergunta sobre a própria identidade, os três experimentam um instante inicial de indeterminação, capturados no olhar do outro e dependentes dele para a determinação sobre si, que Lacan chama de instante de ver. Ao ver que os outros dois portam discos brancos às suas costas, é impossível que o terceiro consiga concluir sobre si, podendo estar munido tanto do terceiro disco branco como de algum dos dois pretos. Surge, então, o tempo da dúvida, da procrastinação, na qual a decisão é adiada. Nesse tempo para compreender, cada prisioneiro observa os movimentos dos outros dois, esperando alguma reação que o informe sobre o disco às suas costas. É somente a hesitação reiterada dos dois companheiros em correr para a saída que permitirá ao terceiro – e, portanto, a todos eles simultaneamente – chegar à conclusão de que também porta um disco branco, podendo, a partir desse momento de concluir, resolver o enigma e conquistar a liberdade.

Segundo Costa (1998), esse disco, objeto invisível aos olhos de seu portador, é o próprio traço corporal presentificado em sua ausência e denunciando, assim, a inexistência de qualquer identidade natural. Essa só se faz acessível como uma construção, e uma que depende necessariamente do outro. Afinal, se os prisioneiros, assim como todos nós, encontram-se inicialmente capturados no olhar do outro, é a triangulação e o estabelecimento de diferentes posições engendradas por ela que os permitirá formular uma resposta. Nas palavras da autora, “os atos de cada um reposicionam os outros não mais em relação ao olhar, mas em relação a seu lugar em cada ato” (Costa, 1998, p. 48). Consequentemente, a única solução para o enigma, percebido enganosamente como um enigma individual, é coletiva.

As formulações psicanalíticas desenvolvidas até aqui, sem rejeitar a categoria de sujeito, tratando-se aqui do sujeito do inconsciente, conferem a ela um caráter social e relacional que a situa em oposição à esfera do indivíduo. Ao apontarmos as relações intrínsecas entre o sujeito do inconsciente e o coletivo, situamos precisamente aí qualquer emergência possível do singular. Colocar essa categoria em jogo na construção de uma clínica é, em última instância, promover uma concepção da saúde que ultrapassa os confins do corpo biológico e da individualidade introspectiva. Mais do que isso, é também situar o coletivo como o lugar social de formação das singularidades, e não apenas como uma reunião de indivíduos, acepção sugerida pelos termos grupo e população.

### Que Coletivo?

Parece inegável a existência e o funcionamento de um plano coletivo de coengendramento de seres. Esse plano coletivo e relacional é o que produz formas de vida, criações, subjetividades. Podemos, então, abordá-lo pelo conceito de micropolítica. As linhas de força que se cruzam quando do encontro entre seres – e aqui podemos incluir o inanimado – produzem um agenciamento de desejo no espaço vazio de relação entre os corpos. De modo sintético, é isso o que compreende o conceito de corpo sem órgãos (CsO) de Deleuze e Guattari (1996), tomado aqui como mais uma concepção de corpo. O que nos interessa aqui é a relação que os autores fazem do espaço criativo do CsO com o potencial de agenciamento do novo, responsável pela instauração da multiplicidade no mundo, dos modos de ser, existir, transformar e transformar-se próprios da condição humana.

Verificamos haver aqui alguma ressonância com os conceitos de vida ativa, de Arendt, e de corpo pulsional, de Freud, na medida que o agenciamento promovido pelo encontro entre seres – a micropolítica construtora do CsO – estabelece as possibilidades da *ação*, por sua vez, produtora da singularidade da condição humana – distinta da homogeneidade da condição instintiva animal – e dependente da afetação pelo encontro com o outro. Deleuze e Guattari (1996) chamam esse encontro criativo e singularizante de agenciamento coletivo de enunciação, produto e produtor da condição humana. A cena inicial do filme *2001: Uma Odisseia no Espaço* (Kubrick, 1968) é eloquente e exemplar desse tipo de agenciamento coletivo. Nesse poema visual de Kubrick, acompanhamos atônitos o momento em que um elemento da horda primitiva tribal encontra os ossos de seus semelhantes orgânicos e os utiliza de novas formas, criando um novo corpo e potência para si. Nesse momento, a partir de um agenciamento em sua relação com o osso, é instaurada a passagem da condição de primata para a de humano.

Perceba-se que se trata de um agenciamento *coletivo*. Entretanto, estamos falando de um encontro entre um macaco e um osso, um ser biológico animado e um material inanimado, que se torna objeto, se desnaturaliza por meio de um trabalho. O osso que servia de suporte ao corpo orgânico, no encontro com a mão e a inteligência do primata, se torna ferramenta, arma, brinquedo, etc. Parece importante nos determos um pouco nessa concepção de coletivo compreendido e constituído por apenas um indivíduo e um objeto.

Escóssia e Kastrup (2005) afirmam que mesmo a invenção técnica mais elementar é efeito de uma rede na qual participam, no mínimo, o homem e a matéria. Nessa concepção, o problema da invenção desloca o foco do inventor para o processo de criação. A questão recai sobre a própria rede, a relação estabelecida, e não sobre um ou mais elementos dela. É assim que as autoras propõem a superação da dicotomia indivíduo-sociedade, já anunciada como limitada por Norbert Elias. O coletivo derivaria mais de uma lógica dos afetos, dos encontros, do que de conjuntos circunscritos.

O sentido de coletivo como conjunto de elementos é o que possui maior penetração no senso comum social e, assim, exerce seu poder. Parece claro que a confluência e a confusão dos sentidos comuns atribuídos às palavras grupo, coletivo e

população, por proximidade semântica, presidem as noções e os imaginários da distinção entre os sentidos de público e os dos campos privado, individual, pessoal. Algumas limitações compreensivas, reducionismos fortuitos ou mal-entendidos conceituais costumam advir dessa distinção corriqueira. A esfera social, por exemplo, não pode ser situada numa natureza pública nem privada. Segundo Arendt (2007), o que chamamos de sociedade é o conjunto de famílias economicamente organizadas em uma espécie de administração doméstica coletiva denominada nação.

A confusão entre o público e o privado, problema estrutural e histórico das sociedades e suas relações com a *res publica*, também se demonstra com a análise historiográfica de Foucault a respeito da corporação e da construção do saber médico. Dois fatos são exemplares da complexidade implícita na relação entre público e privado, cuja compreensão exige sutilezas de raciocínio. Embora se imagine o contrário, a história da medicina não evidencia uma passagem de um campo de práticas coletivas para uma medicina privada. Na medida em que o capitalismo socializou o corpo como força de trabalho, e o saber médico foi convocado a se normalizar para servir ao Estado na restituição da capacidade para o trabalho do corpo biológico enfermo, o sentido foi, na verdade, o inverso. Aliás, essa é a compreensão correta do que se entende por medicalização da sociedade. A segunda articulação complexa entre público e privado, indivíduo e sociedade, que evocamos aqui está no processo de instauração da clínica médica no hospital, a partir de meados do século XVIII (Foucault, 2004). Ao isolar o doente, a clínica almejava uma medicina individualizante. Simultaneamente, porém, ao disciplinar os espaços e procedimentos no hospital, tornou-se possível monitorar e observar grandes quantidades de indivíduos, o que permitiu a constatação das patologias de toda uma população. É nesse processo que a constituição da epidemiologia teve seu fundamento.

Com Canguilhem (2012), mestre de Foucault, apreendemos outra contradição entre o registro grupal e individual. O autor aponta que o conceito de normal não tem nenhum sentido propriamente absoluto ou essencial – nem o ser vivo, nem o meio podem ser ditos normais se os considerarmos separadamente, devendo ser tomados em sua relação. É assim que Canguilhem (2012) argumenta que não podemos dizer que o conceito de patológico seja o contraditório lógico do conceito de normal: no estado patológico não há ausência de normas, mas a presença de outras. Rigorosamente, o patológico pode ser contrário de são, mas não de normal. O anormal é uma convenção humana – do trabalho humano, nos termos de Arendt – ou seja, uma lei que define simplesmente o diferente. Trata-se de uma escolha convencional: a *physys* (lei da natureza) ou o *nomos* (a lei humana). Temos, reiteradamente, escolhido a última.

Sabemos os efeitos dessas propostas de Canguilhem para a saúde e, em especial, para a saúde mental, segundo a qual a noção de *pathos* pode se libertar da convenção estatística – aqui, novamente ligada à ideologia do Estado capitalista – e se estender a outros sentidos como o provar e o passivar. Essas são as noções de patologia que se aplicam ao caráter da vida e não da morbimortalidade ou da adaptação ao discurso capitalista de trato neoliberal.

Cabe resgatar, nesse momento, a afirmação de Mattos (2008) segundo a qual as práticas profissionais em saúde deveriam ter por meta o alargamento dos limites dentro dos quais a vida é possível. Parece claro, neste caso, o foco no registro da vida e do viver (consigo e com o outro), da vida *de e em* relação, na qual a norma patológica não é concebida como anomalia a ser corrigida ou referida à morte e à doença. Articulado isso com as contribuições de Hannah Arendt a respeito da condição humana de vida ativa – que remete ao estar entre os demais no campo relacional, no campo político, além do biológico – e as remetendo às considerações de Norbert Elias acerca das relações dialéticas entre indivíduo e sociedade, passamos às discussões sobre concepções de corpo em Freud, Deleuze e Guattari. Uma noção de coletivo emerge desse percurso e se mostra diferencial ao senso comum. O sentido de grupo, população, coletividade, coleção compartilha espaço com os de processo e relação. Ao que parece, esta última se coaduna com mais harmonia a alguns elementos fundamentais, históricos e conceituais, que diferenciam a SC da SP. Em especial a defesa da vida no campo da saúde, entendida em sua complexidade e amplitude, em substituição à noção de vida biológica, onde a patologia e a saúde assumem os sentidos comuns hegemônicos no discurso médico.

### Asserção de uma Noção Diferencial de Coletivo para a saúde

Ao final deste percurso, parece termos encontrado algumas noções e nexos que podem, a partir de agora, ser lançados como problematizadores para uma tentativa de posicionamento epistemológico e conceitual que permita diferenciar ou colocar em análise as práticas e referenciais teóricos da SC em seus variados registros de atividade no campo da saúde. A SC surge como o reflexo do pensamento que reformulou o que é saúde e qual sua natureza dentro de um processo de lutas pela democracia no Brasil após o regime da ditadura civil-militar, entre os anos 1964-1985. Desse modo, assume papel crítico a respeito da política de Estado liberal-ditatorial e propõe a saúde não mais como um bem de consumo ou direito trabalhista, mas como um direito universal do cidadão. Inclusive, não mais como adequação comportamental e biológica, mas derivada da determinação social da saúde. A troca do termo pública por coletiva procurava estabelecer o rompimento com uma saúde medicalizada e vinculada ao projeto estatal e de mercado neoliberal. Entretanto, a acepção comum que vincula um sentido de coletivo a agrupamento e categorização de elementos, aproximando-o demasiadamente do que seria o público (grupo, categoria, público-alvo), parece ressaltar uma série de condições e características que a confundem com a SP.

A regulação pelo mercado de trabalho tem conduzido a formação do sanitarista aos domínios do campo da SP – em especial, à epidemiologia. A concepção de coletivo enquanto grupal também parece impor tacitamente que o objeto do trabalho e pesquisa do sanitarista sejam as populações e as situações de saúde referidas a elas, ainda que o conceito de saúde esteja ampliado pelo registro do social. Tendo sido talhado em meio a um embate por novas políticas públicas estatais de saúde e pela referência ao grupal e ao populacional, ainda aparenta que o lugar natural do sanitarista está mais bem definido como um analista de políticas ou um gestor crítico das mesmas. A falta de uma clínica que lhe seja própria, ou de um registro epistemológico que circunscreva um objeto específico – por exemplo, a doença e sua cura, como na medicina – parece lhe interditar ou diminuir seu potencial de práticas e intervenções diretas com os coletivos, as famílias e, especialmente, os indivíduos.

No entanto, como se viu, outro sentido de coletivo emerge nos fenômenos relacionais, processuais, nos encontros criativos entre os corpos; um encontro essencial à vida ativa. Essa noção de agenciamento, de relação e de processo indica que o sentido de coletivo está em outro lugar que no campo do grupal. Parece possível admitir, com isso, que o sanitarista também possa ter como objeto os agenciamentos de cuidados em saúde no contexto individual. As novas e tradicionais invenções no cuidado em saúde, a promoção da saúde como encontro e oferecimento ao indivíduo ou grupo, a escuta das narrativas da experiência e de sentidos da morte e da vida são algumas práticas tributárias dessa outra concepção.

Nesse ponto, é possível lançar a questão de que noção de coletivo responde pelas práticas hegemônicas no campo atual da SC. Que forças resistem a sua diferenciação do campo da SP e em que essa mesma diferenciação histórica, epistemológica e conceitual (com a noção de coletivo como agenciamento e processo) pode, ao ser radicalmente assumida, orientar espaços e dispositivos de formação do sanitarista que potencializem suas práticas profissionais?

A atual formação acadêmica do sanitarista parece ainda preservar e privilegiar algumas características da lógica da SP. A organização pedagógica e curricular privilegia uma formação crítica, técnica e analítica, mas sua ênfase recai na operação com recursos estatísticos e epidemiológicos, na análise de situações de saúde, na gestão dos recursos administrativos e na operação com a análise de políticas e de práticas em saúde. O desejo pela formação por parte dos alunos também é afetado nesse sentido, quando defrontados com um mercado de trabalho que os tem absorvido preferencialmente como epidemiologistas ou gestores, em detrimento de apoiadores institucionais ou profissionais que trabalham próximos aos territórios da saúde. Há também uma demanda por mais conhecimentos de gestão e preparação para o trabalho na iniciativa privada do que no SUS.

Nos anos iniciais de seu funcionamento como graduação, o *folder* de apresentação do Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) enfatizava que o sanitarista “não faz atendimento individual”. Interessante perceber que a própria expectativa do campo da SC com a promoção e educação em saúde situa sua força no âmbito da gestão para a primeira e no âmbito da prática medicalizada da mudança adaptativa de comportamento, no sentido da criação de hábitos saudáveis, para a segunda. Por que, afinal, um sanitarista não faria atendimentos individuais?

Assim, encerramos com a abertura de algumas perguntas. Em que medida seria mais acertado considerar que saúde pública seja o par lógico opositor de saúde privada – sendo ambas formas de tratamento estatal sob a lógica de mercado? Sendo assim, o que situaria a saúde coletiva em um lugar terceiro e descomprometido a partir de um binarismo reducionista ou de uma definição unicamente negativa, como o oposto da saúde pública? Por fim, que noções de coletivo estão em disputa atualmente no campo da saúde coletiva no Brasil e qual a noção hegemônica que pode ser lida em suas propostas na gestão, atenção e, especialmente, na formação do sanitarista?

## Referências

- Arendt, H. (2007). *A condição humana*. Forense Universitária.
- Birman, J. (2005). A *physis* da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde coletiva*, 15(supl.), 11-16. DOI: 10.1590/S0103-73311991000100001
- Canguilhem, G. (2012). *O conhecimento da vida*. Forense Universitária.
- Ceccim, R. B. (2012). Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: Nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revista de estudos universitários*, 33(1), 29-48.
- Costa, A. M. da. (1998). *A ficção do si mesmo: Interpretação e ato em psicanálise*. Companhia de Freud.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1996). *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 3). Ed 34.



- Elias, N. (1994). *A sociedade dos indivíduos*. Jorge Zahar Editora.
- Escorel, S. (1999). *Reviravolta na saúde: Origem e articulação do movimento sanitário*. Editora Fiocruz. DOI: 10.7476/9788575413616
- Escóssia, L., & Kastrup, V. (2005). O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo – sociedade. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 295-304. DOI: 10.1590/S1413-73722005000200017
- Fleury, S. (1985). As ciências sociais em saúde no Brasil. In E. D. Nunes (Org.), *As ciências sociais em saúde na América Latina: Tendências e perspectivas* (pp. 87-109). Organização Panamericana da Saúde.
- Foucault, M. (2004). O nascimento do hospital. In R. Machado (Org.), *Microfísica do poder* (4ª ed., pp. 99-113). Ed. Graal.
- Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do eu. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 15, pp. 9-100). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1921)
- Freud, S. (2013). *As pulsões e seus destinos*. Autêntica Editora. (Originalmente publicado em 1915)
- Kubrick, S. [Produtor & Diretor]. (1968). *2001: Uma Odisséia no Espaço* [DVD]. MGM.
- Lacan, J. (1998a). O estádio do espelho como formador da função do eu. In S. Freud, *Escritos* (pp. 96-103). Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1998b). O tempo lógico e asserção da certeza antecipada. In S. Freud, *Escritos* (pp. 197-213). Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Jorge Zahar Editor.
- Lalond, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*. Public Health Agency of Canada. Link
- Mattos, R. A. (2008). Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: Algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In G. C. Matta & J. C. F. Lima (Orgs.), *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS* (pp. 313-352). Editora Fiocruz/EPSJV.
- Ministério da Saúde [MS]. (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Link
- Nasio, J. D. (1993). *Cinco lições sobre a teoria de Jaques Lacan*. Jorge Zahar Editor.
- Orlandi, L. B. L. (2004). Corporeidades em minidesfile. In T. M. G. Fonseca & S. Engelman (Orgs.), *Corpo, arte e clínica* (pp. 65-87). Editora da UFRGS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Link
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299-316. DOI: 10.1590/S0034-89101998000400001

**Como citar:**

Medeiros, R. H. A., & Guarnieri, L. V. (2022). O Conceito de Coletivo no Campo da Saúde. *Revista Subjetividades*, 22(2), e9184. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i2.e9184>

---

**Endereço para correspondência**

Roberto Henrique Amorim de Medeiros  
E-mail: [gulondapsi@gmail.com](mailto:gulondapsi@gmail.com)

Leonardo Veiga Guarnieri  
E-mail: [neiva.assis@ufsc.br](mailto:neiva.assis@ufsc.br)

**Recebido em:** 22/03/2019

**Revisado em:** 29/06/2021

**Aceito em:** 11/08/2021

**Publicado online:** 15/06/2022