Questões introdutórias

razões, significados e afetos expressões do “dilema preventivista”, então e agora

Anamaria Testa Tambellini

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

TAMBELLINI, A.T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, pp. 48-58. ISBN: 978-85-7541-610-5. Available from: doi: [10.7476/9788575416105.0009](https://doi.org/10.7476/9788575416105.0009). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/q7gtd/epub/arouca-9788575416105.epub>

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

QUESTÕES INTRODUTÓRIAS: RAZÕES, SIGNIFICADOS E AFETOS – EXPRESSÕES DO “DILEMA PREVENTIVISTA”, ENTÃO E AGORA

Anamaria Testa Tambellini¹

A tese de Arouca traz à tona e demonstra de forma fiel um traço marcante na forma do autor de ser e de se relacionar com o mundo: aquele de andar junto, mergulhar na experiência do coletivo, tomar seu pulso numa vivência ao mesmo tempo afetiva, solidária e que demanda perguntas à inteligência. E é nesse movimento, que acompanha a vida e lhe busca contornos, duros ou suaves, mas sempre carregados de possibilidades de expansão humana; é nessa visão de caminhos e deveres, que demandam vontades e meios pertinentes para romper os bloqueios e inércias impeditivas às realizações das necessidades coletivas, transformando a prática técnica-científica em instrumentos de avanços sociais, que se situa o autor.

A proposta de trabalho decola das experiências de uma Medicina Preventiva problematizada nos “Encontros dos Departamentos de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo” que se sucederam durante os anos de 1969 a 1973. A intenção é reler essa vivência de uma forma crítica, ou seja, cientificamente fundada, mas conservando sempre como correlato da vontade de saber a necessidade de agir. Nesse sentido, lança mão de elementos da filosofia e ciências sociais aos quais empreendera a busca, freqüentando como aluno disciplinas de graduação e, finalmente, o curso de pós-graduação de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Uni-

1 Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM/Unicamp); professora titular aposentada da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e professora adjunta do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nesc e DMP/FM/UFRJ).

versidade Estadual de Campinas (Unicamp), como também, no convívio intelectual e companheiro de seus professores. Quanto à necessidade de agir, e a opção de uma forma militante de ação solidária e articulada politicamente, esta já era presente em sua biografia desde os tempos da escola secundária, quando se engajou no Partido Comunista Brasileiro (PCB).

Pode-se dizer que a tese realiza de forma brilhante o recurso de exercer o pensamento e expressá-lo no limite permitido e com o vigor exigido cientificamente no momento em que a ação está e se vê impedida de se concretizar em atos e processos baseados na liberdade e na vontade de poder que caracterizam as democracias.

Portanto, é num momento de restrição, onde a repressão se faz presente em todas as dimensões da vida dos brasileiros que esta tese é concebida e desenvolvida. Era um momento de grande cuidado com que se fazia, se dizia e, no mundo acadêmico, pairava sempre a impressão de que nem tudo podia ser expresso, vir a tona ou simplesmente ser pensado.

Deve-se anotar que o trabalho, cuja redação final foi concluída em meados de 1975, permaneceu "guardado", sob a custódia do então reitor da Unicamp, Prof. Zeferino Vaz, até meados de 1976, quando finalmente pôde ser levado à defesa perante banca oficial de examinadores. Tal discriminação que não foi exclusivamente exercida sobre este trabalho só foi resolvida quando o autor se encontrava efetivamente empregado em outro estabelecimento de ensino, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e não apresentava o risco de, pelo menos momentaneamente, reivindicar seu posto de trabalho junto àquela Universidade.

E é tal situação que hoje, vista a distância, torna o trabalho de tese de Arouca nos parecer mais admirável. Se no plano acadêmico, o trabalho em sua excelência e pelo fato de poder vir à luz significa uma vitória dos professores de Medicina Preventiva resistentes/opponentes à ditadura (ainda que sobrevivessem em espaços confinados da Universidade), significa também uma vitória pessoal do autor contra a auto-repressão e o medo que sempre acompanham os processos repressivos do poder ditatorial do Estado.

A Medicina Preventiva, então já institucionalizada no interior da escola médica, foi tornada oficialmente em disciplina obrigatória do currículo médico. Houve pressão da própria área de ensino, mas também de algumas associações de especialistas que, então, já compartilhavam do ideário preventivista, como representações de corporações profissionais, notada-

mente a Pediatria e a Ginecologia. Entretanto, foi certamente a operacionalização da proposta de política externa americana do pós-Segunda Guerra para a América Latina que teve como uma de suas principais metas a prevenção de conflitos sociais, através de medidas pacíficas (propaganda, formação de quadros técnicos, científicos e políticos com suporte ideológico, além de auxílios financeiros e outras modalidades de ajuda material) que deviam atestar a excelência do “*way of life*” americano e o caráter democrático do liberalismo que permitiria ou teria levado à concretização de sua proposta de política de bem-estar social para aquele país, que efetivamente lançou e difundiu a possibilidade de se pensar e organizar a Medicina Preventiva no Brasil. Através de convênios internacionais específicos entre governos, como o Convênio MEC-USAID no campo da educação, através do trabalho de difusão de novas formas técnicas e científicas de se entender e lidar com as situações de saúde e de doença preconizadas pelas organizações internacionais multilaterais, como a Organização Pan-americana da Saúde, braço da organização Mundial da Saúde nas Américas e através de fundações americanas de fomento de pesquisa, tais como a Rockefeller, Milbank e a Kellogg, entre outras, é que se iniciou, de forma articulada, o processo da descoberta de uma Medicina Preventiva em nosso país. Esse processo, que se iniciou na década de 1950, permaneceu em plena atividade até o final de década de 1970 nas escolas médicas, espalhando-se por outras unidades das universidades brasileiras e penetrando os serviços de saúde, principalmente os públicos considerados básicos.

Assim, os professores e alunos de Medicina, como também os de Enfermagem, dos anos 60, foram intensamente bombardeados por textos, seminários, ofertas de viagens de reconhecimento e bolsas de estudos nos Estados Unidos, além das possibilidades de terem suas pesquisas e programas de educação financiados. Isso, desde que a Medicina Preventiva fosse tratada como elemento propiciador da compreensão da necessidade da mudança, da excelência e oportunidade do projeto preventivista e explicitar as vantagens decorrentes da sua adoção no plano profissional em qualquer dimensão (integralidade, cientificidade, eficácia das medidas adotadas, espírito de equipe, e por aí vai, e nas várias especialidades das formas vigentes de exercício profissional). Esse processo não se restringia à Medicina e Enfermagem, mas atingia outras equipes de profissionais do campo da assistência médica, chamados naquele momento de “paramédicos”. O elemento comum era a possibilidade de aderência à proposta de

uma Medicina Preventiva liberal, privada e apta a atuar em todas as fases e momentos do processo saúde/doença visto sob as lentes da História Natural da Doença de Leavell & Clarck.

Pode-se imaginar o impacto produzido por essa formulação de projeto, principalmente no setor saúde, em um país que vivia dividido entre a adesão ao modelo norte-americano e a formulação de projetos alternativos de mudança social, onde a saúde aparecia com elemento indicador de falência que acompanhava a forma com que o regime capitalista havia se desenvolvido e se concretizado no país.

Após 64, essa idéia de impossibilidade de adequação da Medicina Preventiva, como proposta que visava à melhoria dos níveis de saúde da população, tornou-se mais presente e constitutiva nos grupos de resistência à ditadura e luta pelo estado de direito dentro e fora das instituições de ensino e do campo da saúde propriamente dito. A visão crítica de falência se tornou mais densa porque já começava a se consolidar um pensamento científico contra-hegemônico através de publicações científicas que reafirmavam paulatinamente as teses dos antigos combatentes e avançavam quanto a ensaiar possibilidades inovadas de pensar e elaborar teoricamente sobre essas questões, como também de comprovar, pela aplicação da própria metodologia epidemiológica, considerado um dos bastiões científicos da proposta preventivista, os resultados negativos devida e cuidadosamente quantificados.

Esse foi o fermento que permitiu aos professores de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo se organizar e constituir um grupo crítico a essa disciplina, expondo suas mazelas, do ponto de vista da incompletude e deformação de seus conceitos, da construção dos objetos e adoção de métodos que tornavam obscuras as realidades que pretendiam decifrar, dado que omitiam seus conteúdos e formas de ser e impediam a discriminação de suas “causas” estruturais e da relevância das condições sociais em sua dinâmica.

Nessa análise foi fundamental a colaboração solidária, sábia e obstinada de Juan César Garcia, na época funcionário da Organização Pan-americana da Saúde, cuja forma de atuação assinalava naquele momento a existência de processos contra-hegemônicos no interior da própria Organização internacional. Ao nos fornecer materiais de leitura cujo acesso a ditadura tornara difícil ou impossível, Garcia possibilitou o desenvolvimento de uma forma científica e quase epistemológica de ler, interpretar e propor

questões não só sobre objetos, métodos, mas também sobre alternativas de elaboração filosófica, científica e técnica que ultrapassavam o campo médico e da saúde e desembocavam criticamente no âmago das ciências humanas e sociais. A descoberta e decifração de uma Medicina Social soou como uma possibilidade de saída dos limites disciplinares e oficiais de Preventiva e muitos departamentos passaram a incorporar o termo social em sua denominação. Diga-se de passagem que é dessa época (início da década de 1970) o encontro dos paulistas com os cariocas que viriam a fundar o Instituto de Medicina Social da UERJ, marco de novos tempos no ensino e pesquisa da Medicina brasileira.

Seja mais uma vez assumido ser esta uma tese sobre a Medicina. Consegue, sem trair seu objeto, a Medicina Preventiva considerada como especialidade de medicina clínica, avançar para pensar uma “teoria social da medicina como prática social” quando também a considera (a Medicina Preventiva), enquanto um movimento situado na encruzilhada das relações da ciência com as necessidades sociais não resolvidas. Encruzilhada que também comporta a definição de sua identidade e especificidade, na própria delimitação com a Medicina Social e a Saúde Pública, onde se coloca como componente de uma Medicina Privada.

O trabalho intelectual de Arouca se caracteriza, entre outras qualidades, pela recorrência das questões conceituais e teóricas que, à medida que se incorporam no processo analítico aos elementos do campo discursivo, retornam como novas questões para a teoria e para a reelaboração conceitual à procura de possibilidades de sua reconstrução em um novo campo, o extradiscursivo. Nesse campo, o discurso “não circula livremente por sobre a sociedade, mas sim emerge em uma dada formação social”. Tal significa a organicidade do discurso, ou seja, “seu funcionamento como operador de coerências para práticas não discursivas de determinadas classes e grupos sociais.” Arouca denominou essa abordagem, por ele desenvolvida, como uma abordagem materialista da arqueologia.

Foi a fidelidade a uma formação teórica de base marxiana, ainda que heterodoxa, que levou o autor a superar as limitações de seu projeto arqueológico discursivo, conforme o desenvolvimento da tese de Foucault à época, e impôs-lhe a ousadia de avançar de forma sistemática e contra a corrente em direção à reformulação de conceitos que permitiram a elaboração de um objeto extradiscursivo, o que situou o discurso dentro das

condições concretas de existência dos elementos que o compõem. Esse recurso é exemplarmente utilizado quando trata da “Medicina Preventiva e Sociedade” (Capítulo VI), particularmente quando remete o “cuidado médico” a uma dupla determinação (“dimensão vital de doença” e “uso dos valores vitais na vida”) e o analisa como trabalho médico “dentro de uma formação social” onde se relaciona com a produção em geral; nesse caso, a produção capitalista.

Nesse sentido, o próprio autor, advogando a inexorabilidade das mudanças, aponta possibilidades de criação de novas identidades profissionais no campo da saúde, além de novos campos de Prática Teórica.

E se hoje podemos situar, tranqüilamente, a Medicina Preventiva, área disciplinar e movimento no interior da Medicina, dimensões da prática, do saber que ambiciona ser ciência, como elemento pedagógico, projeto de mudança que se propõe a formação crítica dos estudantes no intuito de que sejam eles agentes de mudança da própria profissão, devemos essa tranqüilidade ao trabalho de Arouca, que se propõe a exercer sobre o objeto Medicina Preventiva sua contribuição para a compreensão e crítica.

Quase trinta anos se passaram após Arouca ter posto um ponto final no trabalho e entregá-lo às autoridades universitárias e pronto para a defesa. Muitas mudanças se concretizaram. A redemocratização do país em seu processo catapultou o movimento preventivista que se transformou em “movimento da reforma sanitária”, ativo em todas as fases daquele processo. Ao mesmo tempo, abriu possibilidades para a atuação do movimento junto à sociedade brasileira como um todo. A formulação de uma nova vontade política no campo da saúde concretizou-se no campo da formulação e aprovação democrática do Sistema Único de Saúde (SUS), matéria da Constituição de 1988, onde a saúde é consagrada como um direito social. As justificativas, condicionamentos teóricos e inter-relações desse acontecimento podem ser encontrados ainda que preliminarmente, no texto de Arouca.²

No campo acadêmico, o movimento preventivista desembocou em um processo de criação e reconstrução conceitual, científica e técnica que im-

2 TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989. ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 1987.

pôs a invenção de uma "Saúde Coletiva". Esta se constitui hoje, no país, em uma nova maneira de pensar e agir sobre os processos vitais, psíquicos, sociais e ecológicos que caracterizam as dualidades saúde/doença, vida/morte, bem-estar (felicidade)/sofrimento e reflete a forma particular (brasileira) com que enfrentamos localmente a chamada "crise da Saúde Pública", internacionalmente discutida. Ou seja, o discurso constitutivo da Saúde Coletiva em sua raiz, se considerarmos ainda hoje válidas as elaborações de Arouca, expressaria, de alguma maneira, a organização de um amplo e criativo diálogo multifásico que articulou dimensões dos discursos da Saúde Pública e da Medicina Social.

Se não, vejamos; a Saúde Coletiva define-se, no âmbito do conhecimento, como um campo de práticas científicas, teóricas e empíricas, multi e transdisciplinares, e no plano da ação/intervenção, como um campo de práticas multifacetárias (sociais/políticas/econômicas/biotécnicas/educacionais), onde o cuidado é considerado um núcleo estrutural consistente, sendo tais práticas orientadas pela necessidade coletiva sobre os condicionantes e o próprio processo saúde/doença. Ambos os campos são situados pela responsabilidade ética, social e política, que têm como sentido/valor a saúde, como bem comum. Vale dizer, a responsabilidade ética é decorrência e se estabelece pelo nível de consciência social e sanitária de seus praticantes, como coletivo de profissionais organizados.³

Assim, a Medicina adjetivada como Preventiva é sucedida pela Saúde adjetivada como Coletiva. Se a primeira se define como forma específica de cuidado, qual seja, o cuidado médico para prevenir a doença, o que denota a adoção de uma maneira concreta de atuar dentro do sistema de saúde e no interior da prática médica, a segunda se define como abstração, como objeto de procura, que se remete, como finalidade, à idéia de um constructo que não mais se situa somente como ação sobre o outro, mas também como pensamento e consciência, dimensões do valor (ético/estético-social-biológico). Essa mudança que marca a disposição de uma von-

3 Ver o interessante debate a partir do texto de CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saber e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-25, 2000. Cf. PAIM, J., ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Saúde Pública*, v.32, n.4, p.299-316, agosto 1998. *Pan American Health Organization*. The crisis of public health: reflections for the debate. Washington, D. C., 1992.

tade política que quer algo mais, melhor e para todos: a saúde e não a doença, a construção das condições que contribuam para o alcance dessa meta em todas as dimensões, em vez da simples prevenção de riscos fatoriais e da modificação de atributos pessoais que possam facilitar o aparecimento e desenvolvimento de doenças e de lesões.

O discurso preventivista, segundo Arouca, operou uma biologização de seu campo conceitual, ao incorporar enunciados de diferentes campos teóricos sob a dominância dos conceitos biológicos e médicos concentrados e centralizados na medicina e utilizados como elementos do poder médico. Esse processo é limitado pela combinação das práticas discursiva, ideológica e empírica/experimental da Medicina Preventiva, que por essa razão não constitui, em seu interior, em uma prática teórica e em uma prática política que possibilitariam o entendimento e a ação de seus seguidores, diante de situações de crises presentes dentro e fora do sistema de saúde.

Pode-se dizer que o discurso da Saúde Coletiva assume uma prática teórica e opera contrariamente ao discurso preventivista, uma desbiologização do campo conceitual da Medicina Preventiva, instaurando o domínio compartilhado e flexível de um regime articulado dos conceitos sociais e biológicos. Esse processo permite a desconcentração do conhecimento que se redistribui pelas várias profissões da saúde e refaz uma nova escala de transcendência que permite o encaminhamento de redefinição de poderes no interior da área da saúde, na medida da inclusão de uma prática política.

Nesse sentido, poderíamos pensar ser a proposta de um "Programa de Saúde da Família" no Brasil uma mudança na forma de atenção na saúde, necessária e consistente no interior do SUS, tomado como campo concreto de práticas ideológicas, políticas e técnicas da Saúde Coletiva que comprovaria uma das formas de pensamento/ação dessa área? Ou seja, poderíamos aplicar a ela o significado de ser um dos possíveis "projetos de operacionalização/demonstração" do discurso da Saúde Coletiva, no sentido que Arouca dá ao projeto da "Medicina de Comunidade" em relação ao discurso preventivista? Enfim, o ideal preventivista de mudança do profissional médico e de sua prática seria aqui realizado a partir da Saúde Coletiva e consistindo na expressão de uma ideologia de sentido oposto àquela da proposta preventivista?

Nesse diapasão, essa proposta (Saúde da Família) poderia também ser vista como um projeto com vistas a recuperar a dimensão individual/fa-

miliar, ultrapassada e obscurecida pela ênfase e unilateralidade do discurso coletivista em seus primeiros momentos. Essa possível recuperação que se opera no contexto de um programa de atenção primária/básica de saúde, de corte público/responsabilidade estatal e que se difunde e estende aos coletivos familiares de toda a nação, cumpre também com o objetivo da universalização da atenção à saúde, abrindo ainda mais as portas do SUS para uma população desassistida e necessitada de cuidados. Combinando cuidados preventivos e curativos, é integrado por equipe multiprofissional, onde o médico, como todos os outros profissionais de saúde, trabalhando de forma cooperativa, são responsáveis pelas intervenções e cuidado, tendo funções e atividades definidas e articuladas. O objetivo, então, não é somente a recuperação da saúde (foco nos doentes), mas também a implementação e manutenção das condições julgadas como componentes de seu complexo de determinantes (promoção da saúde). Afinal, contribui para o fortalecimento da consciência sanitária das populações a que serve, ao articular e coletivizar as experiências familiares no nível do espaço sanitário, geopolítico e social que sedia suas atividades.

Haveria, então, “cidades saudáveis”, “nações saudáveis”, “regiões planetárias saudáveis”, “planetas saudáveis”, “saúdes ambientais”? Que outras dimensões comporiam a fragmentada integralidade da saúde ou o olhar que “cuida” da Saúde Coletiva? Ou a integralidade foi momentaneamente abandonada no processo da universalização do cuidado e a compreensão do todo dificultada pela análise dos muito olhares dessa saúde no coletivo, olhares complexos, mas que ainda não conseguiram ultrapassar a dimensão da multidisciplinaridade que se desarticula na falta de momentos de síntese? Indo mais além, a horizontalidade das práticas discursivas e da ação coletiva em saúde, ainda que carregadas de potências técnica-instrumentais e políticas, implicaria perda de profundidade, perda de conteúdo, privilegiando regiões do saber/conhecer e da ação imediatamente disponíveis a um pensamento propositivo e a uma intervenção técnica?

Finalizando, sabe-se que a globalização econômica que hoje penetrou todas as dimensões de organização do poder e de elaboração do pensamento modificou teorias e conceitos com que o mundo e a vida eram explicados.⁴ De outra óptica, esse processo significa a transformação do mun-

4 FOUCAULT, M. *A história da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1977, 1984, 1985. 3v. DELEUZE, G., GUATTARI, F. *Mil platôs*. São Paulo: Ed. 34, 1996. v.1 e 2.

do, de seus povos e de suas reservas naturais, inclusive a biodiversidade e toda a extensão da vida em mercadorias, submetidas real e efetivamente ao capital, numa dimensão de biopoder. Segundo Hardt & Negri,⁵ a precedência dos setores de serviço e de informação sobre os demais setores da produção no processo de pós-modernização econômica (“informatização”) assinala uma “nova maneira de tornar-se humano”. No setor de serviços, entre os quais se encontra a saúde, o processo de produção se realiza através do “trabalho imaterial”. Note-se que os próprios produtos desse trabalho, ainda que algumas vezes as atividades sejam físicas, são imateriais: o bem-estar, a saúde, ou seja, o biopoder. Assim, ao se basear no “cuidado”, o trabalho em saúde é também um “trabalho afetivo” que requer contato humano (virtual ou real), e onde a cooperação é imanente. Assim pensado, há uma brecha em termos da possibilidade de valorização desse tipo de trabalho fora do âmbito do capital, ou seja, a cooperação própria desses moldes de trabalho (imaterial e afetivo) engendra um poder que, por si mesmo, pode valorizar esse tipo de trabalho, apesar da vigência de uma efetiva e real subordinação ao capital.

Arouca, ao assumir a tese de Canguilhem⁶ e considerar que o cuidado (médico) atua sobre valores, polaridades da vida, normatividades, assume implicitamente a possibilidade de criação de valor nesse processo de trabalho, embora não tenha desenvolvido sua análise em todas as dimensões que o assunto hoje requer. Talvez porque a percepção da importância econômica desse tipo de produção e a positividade desse trabalho específico (novo valor) ainda não estivessem suficientemente visíveis naquele momento.

Por sua vez, a globalização, com todo o seu cortejo de conseqüências, pode significar também a possibilidade verdadeira de mudanças projetadas e defendidas por todos, numa luta global, em todas as dimensões (vitais, sociais, econômicas, políticas, ecológicas, psicológicas e culturais)⁷ que reassumiriam e apontariam um processo pacífico de refazenda da integridade homem/natureza que redefiniria o trabalho, força criativa como fonte de prazer, condição de saúde, amorosamente articulando o coletivo e o subjetivo, o eu e todos nós.

5 HARDT, M., NEGRI, A. *Império*. Rio de Janeiro, São Paulo: Record. 2001.

6 CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Mexico: Siglo XXI, 1971.

7 HART & NEGRI, op. cit.

Fica a pergunta derradeira: Não seria tempo de exercer sobre a Saúde Coletiva um pensamento crítico e reflexivo com o rigor e abertura que observamos no trabalho de Arouca e lhe confere força, de tal maneira a permitir aos praticantes desse campo a elaboração de um novo conteúdo e forma de contribuição específica para essa luta global, que também é uma luta democrática pela saúde?