

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Escola de Serviço Social

Os intelectuais da saúde e a invenção das utopias: 1970-1990

Daniela Carvalho Sophia

NITERÓI

2005/Agosto

OS INTELLECTUAIS DA SAÚDE E A INVENÇÃO DAS UTOPIAS: 1960-1990

DANIELA CARVALHO SOPHIA

Dissertação de mestrado apresentado ao corpo docente do Curso de Pós - Graduação em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

NITERÓI

2005 / Agosto.

Folha de Aprovação

Título: Os intelectuais da saúde e a invenção das utopias: 1960-1990

Autora: Daniela Carvalho Sophia

Dissertação apresentada à banca examinadora composta pelos professores:

Prof^a. Dra. Suely Gomes Costa – ESS/UFF

Orientadora

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos – NESC/UFRJ

Prof^a. Dr. Ruben Araújo de Mattos- IMS/UERJ

Prof^a. Dra. Mônica de Castro Maia Senna - ESS/UFF

Suplente

NITERÓI
2005 / Agosto.

FICHA CATALOGRÁFICA

SOPHIA, DANIELA CARVALHO

Os intelectuais da saúde e a invenção das utopias: 1960-1990 / Daniela Carvalho
Sophia. Rio de Janeiro: ESS/UFF, 2005 / 2º sem.

Dissertação de Mestrado - Universidade Federal Fluminense, ESS, 2005

1. Estudos Culturais 2. História das idéias 2.História dos intelectuais (Pós-
Graduação -UFF/ESS) .I . Título

SOPHIA, Daniela Carvalho. Os intelectuais da saúde e a invenção das utopias. Orientadora: Prf^ª. Dra. Suely Gomes Costa. Niterói: 2005, 110 folhas. Dissertação de mestrado da Escola de Serviço Social da UFF.

Resumo

Essa pesquisa se inscreve no campo dos chamados estudos culturais. Evidencia, na experiência de alguns intelectuais do setor saúde, processos culturais presentes na formação de sociabilidades comuns e identidades partilhadas do chamado campo da esquerda. Ocupa-se das relações entre o simbólico e o social examinadas em ideários forjados em torno de utopias igualitárias, configuradas em concepções e ações programáticas de atenção primária à saúde do país, entre as décadas de 60 e 90. Localiza, em preceitos pela democratização do direito à saúde, o PSF como uma experiência histórica que expressa modos de atualização de códigos pertinentes a essas utopias.

Résumé

Cette recherche s'inscrit au groupe de ce qu'on appelle les études culturels. A partir de l'expérience de quelques intellectuels du secteur de santé, elle rend évident des processus culturels présents dans la formation de sociabilités communes et d'identités partagées des gauches. Elle s'occupe des rapports entre le symbolique et le social, observés dans les pensées forgées autour des utopies égalitaires, configurés en des conceptions et des actions programmatiques d'attention primaire à la santé dans le pays, entre les années 60 et 90. Elle voit, à travers des préceptes de démocratisation des droits à la santé, le PSF en tant qu'une expérience historique qui exprime des modes d'actualisation des codes convenables à ces utopies.

AGRADECIMENTOS

Dedico esta tese à todos aqueles que imprimiram sua marca no percurso deste pensamento: Adir Goldstein, Alberto Najjar, Adolfo Chorny, Aluísio Gomes, Antônio Ivo de Carvalho, Cadu, Caroline Goldstein, Beth Romeiro, Beth Glória, Camila Miranda, Carmem Lúcia Miranda, Caroline Goldstein, Cláudia, Daniela Moraes, Cléber Neves, Daniela Motta, Denise Mota, Dayse Aguiar, Delfina Miranda, Deise de Araújo Grigório, Dulce, Eliane Holanda, Fernanda Abadio, Francisco Braga, Gilberto Miranda, Leonardo Wanke, Izabel Miranda, Lenaura Lobato, Luciana Garritano, Luiz Henrique Salles, Maria Alice Peçanha, Mario Sophia, Marcos Derizans, Mônica Senna, Orlando Miranda, Penha, Rogério Lannes, Ruben Mattos, Sheila Gomes Soares, Sueli Miranda, Thaysa Aguiar, Tatiana Vargas, Virgínia Miranda.

Em especial, dedico esta tese à Sueli Gomes Costa e Patrícia Tavares Ribeiro, que acompanharam de perto todo o percurso. Pela amizade, pelo comprometimento, pela generosidade. Mas fundamentalmente por terem sido influências decisivas e definitivas nos momentos de poucas utopias.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1.0 A GERAÇÃO DE 70 E SEU PROJETO UTÓPICO: DOIS BRASIS E CONSCIÊNCIA CRÍTICA DA DUALIDADE	20
1.1 A medicina social e o labor universitário: um cenário de expressão da dualidade	29
1.2 A militância partidária : um cenário de luta	48
2.0 A GERAÇÃO NOS 80: SAÚDE E DEMOCRACIA	54
2.1 Mais labor acadêmico: época de revisões	68
3.0 OS INTELLECTUAIS E O PSF: AS UTOPIAS SE RENOVAM	72
3.1- Os intelectuais, o PSF e a continuidade das utopias igualitárias	79
3.2 O PSF e continuidades das utopias igualitárias	86
3.3 As utopias não são mais as mesmas	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
BIBLIOGRAFIA E OUTRAS FONTES	102

*“La utopía está en el horizonte.
Me acerco dos pasos,
ella se aleja dos pasos.
Camino diez pasos y el
horizonte
se corre diez pasos más
allá.
¿Para que sirve la utopía?
Para eso sirve:
para seguir caminando..“
(Eduardo Galeano)*

Introdução

A partir de meados da década de 70, um jovem grupo de estudantes de medicina questiona, ainda no calor dos tempos universitários, o lugar que o futuro lhes reservaria. No lugar do papel do médico pintado por Picasso, no quadro denominado “ciência e caridade”, de 1897, este grupo, motivado por uma utopia de esquerda, buscaria soluções de mudanças, seja na organização dos serviços, seja no perfil sanitário da população. O grupo aproxima-se pouco da imagem da assistência ao doente. Estes jovens médicos irão produzir, militar, ensinar, discutir e debater. Inúmeras ações poderiam ser enumeradas aqui. É justamente da história e do percurso de alguns desses intelectuais que trata esta dissertação.

O objetivo deste trabalho é o de dar nitidez a símbolos, presentes em utopias igualitárias que têm movido lutas de intelectuais da saúde contra as desigualdades do país, e às transformações de seus sentidos, que, ao longo do tempo, moldam teorias, conceitos e ações programáticas do setor. Para isso, retiro de histórias de vida, de teses e falas, e dos acontecimentos protagonizados por esses intelectuais, um pouco da matéria com que essas utopias têm se construído.

Mas, afinal, o que dizer sobre utopia? Considerando tratar-se de um termo polissêmico, defini-lo é uma complicada tarefa. Na perspectiva que nos interessa neste trabalho, nem todo intelectual pode ser chamado de utópico, pois, para que o seja é preciso ter fé na sua imaginação política, isto é, que creia que o melhor dos mundos não é apenas pensável, mas é também possível.¹ Esta distinção, assim motivada, é bastante clara para o senso comum, mas “utopia”, “utopista”, “utopismo”, “utopístico” e “utópico” não têm o mesmo significado para todos². Ficamos, então, com a definição do poeta e escritor Eduardo Galeano que, ao ser perguntado para que serve a utopia, responde: “[...]para seguir caminhando”.

¹ Segundo o Dicionário Houaiss, utopia é [...] qualquer descrição imaginativa de uma sociedade ideal, fundamentada em leis justas e em instituições político-econômicas verdadeiramente comprometidas com o bem-estar da coletividade, " Ou numa derivação de sentido, é um " [...] projeto de natureza irrealizável; idéia generosa, porém impraticável; quimera, fantasia". No marxismo, é [...] modelo abstrato e imaginário de sociedade ideal, concebido como crítica à organização social existente, porém inexecutável por não estar vinculado às condições políticas e econômicas da realidade concreta, como na idéia de socialismo abstrato. Para sociólogos, [...] como Karl Mannheim (1893-1947) ou filósofos como Ernst Bloch (1885-1977), projeto alternativo de organização social capaz de indicar potencialidades realizáveis e concretas em uma determinada ordem política constituída, contribuindo desta maneira para sua transformação.

² Bobbio, 2004:1284.

Do mesmo modo, “esquerda”, para essas reflexões, é o conjunto dos indivíduos de uma nação, ou mesmo de uma comunidade, que acredita na superioridade dos regimes socialistas ou comunistas sobre outras organizações políticas, contrapondo-se ao capitalismo, ao mercado como regulador da vida social, e conferindo ao Estado o poder e o dever de intervir na economia, no provimento do bem-estar dos cidadãos, tendo ainda como objetivo acabar com as desigualdades sociais próprias ao regime capitalista.

Tal opção apoiou-se na constatação, no decorrer das pesquisas, da existência de um intenso movimento intelectual nos trabalhos que se propõem a pensar o Programa Saúde da Família. Encontrei nele elementos instigantes para distingui-lo como parte de movimentos que têm impulsionado utopias na saúde. Esse programa revelava-se também como espaço de determinada sociabilidade de intelectuais do setor, dando sentido político à atividade de elaboração intelectual, algo que me pareceu contribuir para produzir e dar continuidade às utopias, então intuídas.

Decidi, assim, examinar, na história desses intelectuais, o processo de produção dessas utopias; então, me vi diante de pessoas cujas trajetórias eram nomeadas como da "esquerda" da saúde.

Chegar à delimitação desse objeto foi o resultado de muitas revisões conceituais, parte de um já longo percurso intelectual, acadêmico e profissional. Contrariando o desejo do *homo academicus* - que gosta da obra acabada e tenta fazer desaparecer de seus trabalhos vestígios de pinceladas, toques e retoques que precedem a obra final - o processo de construção da pesquisa, até a chegada a este objeto pode ser datada numa trajetória que começou há cinco anos, quando ingressei no campo da saúde pública, trabalhando como jornalista na revista *Radis*, uma publicação da Fundação Oswaldo Cruz, que se dedica a tratar das políticas de saúde.

Em 2003, durante um trabalho jornalístico no Posto de Saúde Germano Sinval Faria, em Manguinhos, entrei em contato, pela primeira vez, com equipes de saúde da família. Desde então, comecei a estudar o assunto e, como desdobramento, cursei a especialização em Educação e Saúde, oferecida pela instituição, apresentando como trabalho final, naquele mesmo ano, a monografia *A Comunicação no PSF: um estudo no Centro de Saúde Germano Sinval Faria* onde procurei entender, a partir do campo da comunicação, as práticas dos profissionais que compunham a equipe.

Na ocasião, e com vistas à elaboração da monografia final do curso, minha curiosidade jornalística levou-me a uma aproximação com a experiência de algumas equipes para saber se o PSF significava, de fato, um novo modelo de fazer saúde. Qual não foi minha surpresa, quando a primeira frase que veio à cabeça da auxiliar de enfermagem, Cátia – logo na primeira entrevista realizada - foi a de que o Programa Saúde da Família era uma “novidade”, seguida da observação: “as coisas novas assustam”.

A percepção de Cátia sobre sua atuação na equipe do Programa Saúde da Família como uma prática nova, diferenciada da de outros serviços de saúde, localizava, como maior desafio à implantação dessa nova proposta, o de mudar a atitude na prática profissional. A rápida colocação da profissional me remeteu a um ponto importante: à “novidade” que o PSF representava no imaginário desses profissionais. Outras entrevistas ocasionais, mesmo não sistematizadas, iam me mostrando que dificuldades localizadas no PSF apresentavam antigos dilemas da saúde pública, não tão novos assim. Ainda que se apresentasse como proposta de reorientação do modelo de atenção básica à saúde, o PSF enfrentava velhos problemas. Essa constatação passou a nortear minhas indagações sobre o PSF: passados 10 anos desde a formação da sua primeira equipe, em 1994, o que fazia do PSF um novo programa de atenção primária?

Os trabalhos de Maria de Fátima de Sousa³ e Joana Azevedo Silva⁴ conduziram-me a uma primeira aproximação com as críticas feitas à proposta do PSF. As dificuldades aí discutidas ajudaram-me a situar velhas questões da saúde pública brasileira diante de ideais enunciados, assim como, perceber também os limites postos pelas desigualdades sociais do país. Essa percepção levou-me a novos resultados. Concomitantemente, através da minha inserção na Fundação Oswaldo Cruz, realizei entrevistas com duas médicas do PSF⁵ e um gestor⁶, no sentido de coletar e pensar as usuais representações sobre o Programa Saúde da Família. Também muito contribuiu o material coletado dos debates travados na Rede de Educação Popular em Saúde entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em relação a suas percepções sobre o ensino na graduação e frente à suas expectativas em relação ao mercado.

³ Sousa, 2002.

⁴ Silva, 2002.

⁵ Entrevista realizada com Ana Pontes em 02/04/2004 e Daniela Moraes em 01/02/2004.

⁶ Entrevista realizada em 18/03/2004 durante o XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado entre os dias 17 e 20 de março de 2004.

Considerações teóricas e metodológicas

As aproximações com o tema foram ganhando sistematização, principalmente, através de leituras de reportagens em jornais e revistas. Nelas, tomei contato com conteúdos dos discursos proferidos no setor saúde sobre problemas enfrentados e diversos embates ocorridos entre seus atores. A participação na elaboração do registro temático das Reuniões da Comissão Intergestores Tripartite⁷ durante o ano de 2004, me permitiu o acesso ao atual estado das questões sobre a implementação do Programa. As visitas ao acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde, assim como ao do Departamento de Atenção Básica desse mesmo Ministério, em Brasília, ampliaram significativamente o exame de matéria documental sobre a questão.

Com o aprofundamento dos estudos, fui desvendando nesses jornais e revistas conteúdos discursivos que sugeriam a reafirmação de utopias democráticas, igualitárias, inscritas nos princípios de democratização da VIII Conferência Nacional de Saúde, hoje presentes e reafirmadas nas falas de atores que transitam na arena decisória da operacionalização das políticas de saúde. Em leituras seguintes, ordenadas por essas preocupações, dentre os jornais em circulação no setor saúde, o *Jornal Proposta*; dentre as revistas, a *Tema*, *Súmula*⁸ e *Saúde em Debate*⁹, todos, de alguma maneira, retratam o movimento que surgia para enfrentar a estrutura hegemônica e privatizante do setor saúde. Essas informações remeteram-me às transformações ocorridas entre os anos de 1970 a 1990, período de grandes mudanças nas políticas no país e no setor, resultantes do processo de redemocratização.

No contato direto com as duas médicas do PSF, através das entrevistas, obtive mais informes sobre as atividades das equipes, desvendando nas falas, essas mesmas orientações. No VI Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, entre os dias 02 e 06 de abril de 2004, no Rio de Janeiro, pude entrar em contato com propostas alternativas existentes no setor, e dessa experiência destaco, especialmente, a *Oficina Medicina de*

⁷ Esta relatoria é uma das atividades do Projeto Descentralização On Line, uma iniciativa da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”. O Descentralização On Line visa não somente ampliar o acesso a informações estratégicas sobre o processo de descentralização mas principalmente levantar e sistematizar informações, conhecimentos e proposições que contribuam para a solução de problemas identificadas neste âmbito para a melhoria da atuação do sistema e qualidade da gestão (Lucchese, 2003)

⁸ O *Jornal Proposta*, a *Revista Tema* e a *Súmula* são publicações editadas pela Fundação Oswaldo Cruz.

⁹ Editada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

Família: Comunidade e Afeto, realizada neste evento com médicos, onde tive a oportunidade de me aproximar das visões e expectativas desses profissionais em relação às atividades relacionadas à medicina de família. Além disso, com o objetivo de assegurar-me de maior aproximação com o PSF, participei da *Oficina Saúde da Família: Rumos e Estratégias para uma Saúde Integral*, realizada durante o XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, entre os dias 17 e 20 de março de 2004, em Natal, com gestores municipais de saúde. Com isso, foi possível pensar o PSF segundo a ótica dos gestores.

O exame da produção intelectual sobre o PSF foi de grande valia para o delineamento do objeto de pesquisa. Nessa orientação, examinando discursos sobre essa política, minha busca convergiu para a preocupação do professor Rubem Matos (IMS-UERJ): - quaisquer que sejam razões e motivos pelos quais escolhemos um objeto de estudo, necessitamos averiguar como o tema tem sido tratado pelos nossos pares na comunidade científica – dizia em uma de suas aulas. O que Rubem apontava é a necessidade de estabelecermos um diálogo com aquilo que já foi produzido sobre o objeto que propomos estudar. Em decorrência da participação na disciplina Modelos e Métodos de Pesquisa em Política, Planejamento e Administração em Saúde, por ele ministrada no segundo semestre de 2003, fiz um mapeamento da produção sobre o Programa Saúde da Família entre 1998 e 2001, na base de dados das bibliotecas das seguintes instituições de pesquisa: Instituto de Medicina Social (IMS-Uerj) e na Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca” (Ensp-Fiocruz). Examinei 5 teses de mestrado produzidas entre os anos 1998 e 2001 no IMS e na ENSP, 2 artigos publicados no *Caderno de Saúde Pública*, 1 no de *Ciência & Saúde Coletiva* e 1 publicado na *Revista Physis*¹⁰. Comparando seus conteúdos, avaliei afinidades temáticas e teóricas, construídas através de referências intelectuais comuns. Como resultado, encontrei a reiteração das mesmas referências nesse material; isso me sugeriu a persistência de um dado modelo de análise para os estudos sobre o Programa continuamente recriado.

Passei a estudar algumas idéias que surgiam reiteradas nos discursos e nas falas desses profissionais e gestores. A percepção da reiteração de um dado ideário me levou à

¹⁰ Aguiar, Dayse Santos de 1995; D’Aguiar, José Manuel Monteiro, 2001; Bonfim, Leny Alves, 2002; Cohen, 2001; Pereira, Sandra Rosa, 2001; Souza, Sheila Ferreira da Silva, 2001; Vianna, Ana Luiza D’Ávila, 1998.

leitura de *A Produção sobre Saúde da Família*¹¹. Também, o exame dessa publicação me sugeriu uma repetição de problemas e soluções apontadas para os dilemas do PSF.

A bibliografia sobre o assunto revelou-se vasta. Outras leituras foram sendo agregadas ao escopo de meu estudo. A leitura da tese de mestrado de Luiz Cordoni Junior¹² contribuiu para definir escolhas de caminhos de pesquisa. Com a experiência do Projeto de Montes Claros - em *A Utopia Revisitada*¹³, de Sônia Fleury, com a apresentação de projeto institucionais em *Reviravolta na Saúde*¹⁴, de Sarah Escorel, e a de Aluísio Gomes¹⁵, *Modelos Tecnoassistenciais em saúde*, pude ampliar significativamente minha aproximação com os desafios de algumas propostas institucionais. O estudo da tese de Sérgio Arouca, *O Dilema Preventivista*¹⁶, publicada recentemente, levou-me aos dilemas da medicina comunitária. Essa tese, considerada um marco divisório dentre diferentes produções intelectuais da saúde, dava início, no campo teórico, à construção de um pensamento contra-hegemônico, calcado na abordagem das condições e dos problemas de saúde da população brasileira, sob uma perspectiva marxista.

A leitura do livro *Ser Médico no Brasil: o presente no passado*¹⁷, de André de Faria Pereira Neto me levou à história da profissão médica, na primeira metade do século. Também a pesquisa - transformada em livro- *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*¹⁸ me forneceu elementos para entender o universo médico. Em *A Formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*¹⁹, de Sérgio Rego, deparei-me com a discussão do ensino médico e seus dilemas. O artigo de Ian Macwhinney, publicado no *British Journal of General Practice* e denominado *A Importância de Ser Diferente*, situa a importância do médico generalista.

Fiz mais leituras: a tese de Rafael Teixeira de Aguiar, a saber, *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil*²⁰, me informou sobre a

¹¹ Ministério da Saúde, 2003

¹² Cordoni Junior, 1979. *Medicina Comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira*.

¹³ Fleury, 1995.

¹⁴ Escorel, 1998.

¹⁵ Gomes, 1996

¹⁶ Arouca, 2003.

¹⁷ Neto, 2001.

¹⁸ Machado, 1997.

¹⁹ Rego, 2003.

²⁰ Aguiar, 2003.

construção do conceito de atenção primária à saúde desde os antecedentes até a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978.

Num novo balanço, ao dar continuidade e pretender o preenchimento de lacunas existentes quanto à discussão sobre o PSF, me chamou a atenção o grande número de trabalhos produzidos: um intenso movimento intelectual que sugere preocupações com os rumos da qualidade da cobertura assistencial²¹. De fato, esse elenco de propostas formuladas parece expressar uma tentativa a mais, no sentido de reverter o desenvolvimento extensivo da especialização e fragmentação da prática médica nas últimas décadas, assim como do uso intensivo das hospitalizações, sobretudo face ao contínuo aumento de custos da assistência médica e face ao questionamento da sustentabilidade econômica²². Por meio das leituras, de entrevistas e de participação em eventos científicos, somado à aproximação com trabalhos sobre medicina comunitária, formação médica e atenção primária no Brasil, fui localizando a construção de idéias de ampla cobertura, de equidade de atendimento e de integralidade de ações, sugerindo-me a hipótese de que o PSF estaria reproduzindo, nesses antigos dilemas da saúde pública, antigas utopias igualitárias.

Nesse caminho de pesquisa trilhado durante o curso de mestrado, que teve como ponto de partida o contato inicial com essa bibliografia, pensei ser necessária uma ruptura instauradora, como nos diz Michel de Certeau, que não supõe apagar as marcas da experiência e do conhecimento acumulados, “mas redirecionar o esforço intelectual no sentido de entender os limites desse saber, questioná-los e instaurar princípios de um novo saber, produzido por um outro modo de olhar”²³. Logo, parece que toda investigação – e esta não foge à regra -, em certo momento, leva o pesquisador por caminhos que fogem ao seu objetivo inicial.

Dessa forma, em um enfoque histórico-cultural, fui levada a pensar significados de algumas idéias, práticas e estratégias de intelectuais atuantes no campo da saúde coletiva

²¹ Na base de dados da biblioteca virtual em saúde, foram encontradas 1327 referências sobre saúde da família. Na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, realizada em junho de 2004, foram inscritos 1618 trabalhos vindos de todos os estados brasileiros. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde está organizando o seu acervo e já conta com 1270 documentos - teses, publicações, livros e documentos - sobre o tema. Outro registro também chama atenção: durante o VII Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, realizado em julho de 2003, foram apresentados 500 trabalhos sobre o Programa Saúde da Família. Tais dados revelam a vitalidade da produção acadêmica em torno deste tema.

²² Aguiar, 1998:44.

desvendando utopias, centradas em ideais igualitários, que têm impulsionado importantes conquistas nas políticas setoriais, revelando, um pouco que seja, dos modos pelos quais os profissionais de saúde negociam seus percursos e definem seus destinos com profissionais e militantes.

Pareceu-me estar diante do processo de "invenção de tradições" da saúde pública no PSF, o que passou a exigir o reconhecimento de antigas utopias da atenção primária em diferentes programas de atenção primária, lugares em que também se forjaram utopias igualitárias²⁴. Essas referências teóricas levaram à revisão da periodização de fenômenos em observação: a proposta deslocou-se do presente para o passado e vice-versa, numa dialética presente/ passado que fui aprendendo a distinguir. Os estudos realizados, assim, cobriram experiências de saúde pública no Brasil, compreendidas entre os anos 1970-1990, época de grandes mudanças nas políticas de saúde, situando práticas sociais de profissionais de saúde que organizavam idéias, movimentos e práticas sociais e que formavam redes sociais, impulsionando ideais e lutas. Mudanças trazidas pelo processo de globalização produziram novas indagações. Nessa nova conjuntura, quais seriam as funções que os profissionais de saúde teriam hoje, como militantes políticos na área da saúde?

Grande parte dos estudos sobre o Programa Saúde da Família é usada principalmente como forma de contribuir para a eficácia dos sistemas de saúde²⁵. Acresce, no entanto, que, no momento atual, as análises das políticas sociais, e do PSF em particular, diante da profunda reestruturação do capitalismo, enfrentam o desafio de enunciar novas referências. Ora, o exame do PSF revelou um pouco da extensão dos dilemas que agora repercutem sobre esse reiterado processo de invenção de utopias. Refiz minha proposta inicial de dissertação; passei a pensá-la como um modo a contribuir para fomentar essa discussão e estudos avaliativos, ajudando a promover revisões de referências do compromisso ético e político.

²³ Araújo, 2003.

²⁴ O termo "invenção das tradições" é utilizado por Eric Hobsbawm para designar um conjunto de práticas reguladas por regras tácitas ou abertamente aceitas; tais práticas, de natureza ritual ou simbólica, visam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que implica, automaticamente, numa continuidade em relação ao passado. Ver mais em HOBBSAWM, 1997.

²⁵ León dividiu a produção das ciências sociais de acordo com os temas trabalhados, tendo identificado quatro diferentes visões das ciências sociais e do papel que desempenham, a saber: as ciências sociais como modo de conhecer uma nova realidade, como forma de contribuir para a eficácia dos sistemas de saúde, como modo de criticar a realidade e como modo de fortalecer as pessoas (Canesqui, 1997:33).

A alteração da geopolítica global, o surgimento de um novo sistema de comunicação e as mudanças profundas nas clássicas formas de intervenção do Estado, certamente, têm impactos sobre referências que serviram de base à instituição do Sistema Único de Saúde, seus princípios e diretrizes. Universalidade, equidade, integralidade, hoje, parecem muito menos categorias de análise e, muito mais, atributos de um modelo interventivo sob ameaça, construído no interior de antigas utopias igualitárias. Daí a relevância de pensar referências que possam aprimorar modelos de avaliação qualitativa dos programas de saúde pública, como algo de utilidade para compreender o PSF nas transformações em marcha.

Essas preocupações levaram-me ao campo dos chamados estudos culturais; nele, é possível reconhecer que pessoas comuns são capazes de produzir suas próprias idéias, crenças, valores e códigos de comportamento; suas histórias podem desvendar um pouco da trama social de espaços de convivência onde partilham utopias que podem acionar condutas dominantes em diferentes momentos históricos.

Os estudos culturais, imersos numa grande diversidade de opções metodológicas e de posicionamentos teóricos, trouxeram, para quem pensa a disciplina histórica, muito da chamada crise de paradigmas das ciências humanas, em meados da década de 70. De um lado, uma tradição onde a história era entendida como um processo contínuo, causal e inteligível por ser tomada de modo linear. Também, o materialismo dialético entendido como o adequado para dar conta das realidades nacional e internacional, questionado por suas abordagens genéricas e universais, ensejou amplas reformulações teóricas²⁶. As concepções de viés marxistas, tais como o entendimento da cultura como integrante da superestrutura, como mero reflexo da economia; ou concepções que contrapunham cultura erudita à cultura popular, que permeavam os saberes, pareciam não dar conta mais dos esquemas explicativos da disciplina histórica.

Foram-me úteis as reflexões abertas pelos estudos de cultura política, em especial as originárias da história dos intelectuais. Nesta direção, o magnífico artigo de Jean François Sirinelli denominado *Os intelectuais*, publicado no livro *Por Uma História Política*²⁷, abriu espaço para a compreensão deste campo, situado no cruzamento das histórias política, social e cultural. Também, no mesmo sentido, Rebeca Gontijo discorre sobre a

²⁶ Hall, 2003.

formação e especificidade deste campo²⁸. Por fim, com este mesmo intuito, Helenice Rodrigues da Silva publica o artigo *A história intelectual em questão* no livro *Grandes nomes da história intelectual*²⁹. As contribuições destes historiadores far-se-ão presentes ao longo da dissertação.

Essa nova história cultural representou também, no interior da disciplina histórica, a constituição de novos objetos. A proposta da História Cultural seria, pois, decifrar a realidade do passado por meio de suas representações, tentando chegar àquelas formas discursivas pelas quais os homens expressavam a si próprios e ao mundo. Trata-se de um processo complexo, pois o passado impõe filtros, e a leitura dos códigos de outro tempo nem sempre são compreensíveis, devido à existência deste filtro. Este é um grande desafio, pois o historiador lida com uma temporalidade escoada, com o não visto, o não vivido, que só se torna possível acessar por meio de registros e sinais do passado que chegam até ele³⁰.

O imaginário é um conceito central para analisar as utopias nessa história. A construção da cultura do setor saúde se expressa por palavras, discursos, sons, práticas e ritos; comporta crenças, mitos e ideologias; é construtor de identidades; hierarquiza, divide, aponta semelhanças e diferenças no social³¹. Este imaginário não só se coloca no lugar deste mundo; faz também com que os homens percebam a realidade e pautem sua existência. São eles matrizes geradoras de condutas e práticas sociais, dotadas de força integradora, bem como explicativa do real, dando sentido, pois, às suas ações³².

Como resultado, percebi no interior do campo histórico, uma nova forma de trabalhar a cultura, e comecei a pensá-la como uma forma de expressão e tradução da realidade que se faz de forma simbólica, ou seja, um conjunto de significados partilhados e construídos pelos homens para explicar o mundo, orientação que seguimos em nossa pesquisa. Tudo muito útil para pensar esse objeto em formação, no cerne da história da saúde, que ia descobrindo e, sobretudo, como história narrada por seus intelectuais.

Como dito antes, o objetivo deste trabalho é o de dar nitidez a símbolos que têm movido lutas de intelectuais da saúde contra as desigualdades do país, presentes em utopias

²⁷ Sirinelli, 2003

²⁸ Soihet, 2005.

²⁹ Lopes, 2003.

³⁰ Pesavento, 2004:42.

³¹ Pesavento, 2004:43.

³² Pesavento, 2004:39.

igualitárias e transformações de seus sentidos que, ao longo do tempo, moldam teorias, conceitos e ações programáticas do setor. Para isso retiro das histórias de vida desses intelectuais, de suas teses e falas, e dos acontecimentos por eles protagonizados, um pouco da matéria com que essas utopias têm se construído.

Na linha de frente desta nova perspectiva, a história dos intelectuais tem se definido cada vez mais como objeto de investigação e preocupação do campo histórico. Em 1958, Stuart Hughes publica *Consciousness and society*. Ao estudar intelectuais do fim do século XIX, este autor indica que pensadores de diferentes cantos do mundo, mesmo trabalhando em diferentes lugares, foram capazes de elaborar semelhantes revisões críticas de sua geração, desde Durkheim e Pareto até Benedetto Croce e Bergson. Mais recentemente, o campo da história dos intelectuais, de crescente autonomia, nos estudos desenvolvidos por Jean Sirinelli, Maurice Agulhon e Michel Trebitch, volta-se para a relação da sociabilidade com o político, a tradição, os valores e representações, por meio da qual é possível promover a articulação entre o funcionamento e a organização interna do meio intelectual e os modos de atuação de seus agentes, especialmente no plano político³³.

A noção de sociabilidade vem sendo difundida por meio de pesquisas sobre a dinâmica relacional de um dado grupo ou população. Esses autores mostram que existe no mundo intelectual uma sociabilidade específica, indicando a relevância dos estudos desse grupo, mesmo diante do caráter polissêmico atribuído ao termo intelectual, para a história política. Então, se perguntam: de que modo o meio intelectual produz sua especificidade? Esses autores definem características presentes nas experiências desse grupo, convictos de que não há um meio intelectual sem um espaço público que dê sentido à sua atividade de criação cultural, garantindo-lhe certa autonomia. Por isso, os lugares de sociabilidade são uma condição para: a elaboração intelectual; a organização do grupo em função de uma sensibilidade ideológica ou cultural comum e de afinidades que alimentam o desejo e o gosto de conviver; o estreitamento de vínculos, através um certo tipo de rede que varia conforme as épocas e os subgrupos de intelectuais estudados; a negação da "lógica do interesse individual" em nome de uma adesão a valores comuns (científicos, morais ou

³³ Gontijo, 2005:259

ideológicos). Essas regularidades, supostamente, determinariam a sociabilidade específica dos intelectuais³⁴.

Portanto, segundo esses autores, por meio dessa sociabilidade, é possível entender, como um todo, inter-relações de práticas e padrões vividos e experimentados, num dado período, orientação que seguimos em nosso estudo. Com isso, delinea-se, pois, um campo de investigação que contempla a relação da sociabilidade com o político, a tradição, os valores e as representações. Esta abordagem relaciona-se à compreensão da história dos intelectuais como um campo histórico aberto, situado no cruzamento das histórias política, social e cultural. Esse campo, embora flexível – pois tem vínculos com outros campos – possui certa autonomia, uma vez que os intelectuais, ao mesmo tempo em que se inserem no campo sócio-cultural mais amplo, procuram construir diferenças capazes de assegurar identidades individuais e coletivas, demarcar espaços e estabelecer meios de atuação³⁵. Para Trebisch, no mundo intelectual prevalece a negação da lógica do interesse individual, do utilitário, em nome de uma adesão a valores comuns, de modo que relações estabelecidas com o outro sejam sempre referidas a valores universais partilhados.

Ao adentrar no campo da história dos intelectuais penetrei num mundo polêmico onde há questões não resolvidas, e onde o debate não conclusivo deixa muitas delas em suspensão. Não objetivo, com esta primeira aproximação, encontrar respostas, mas, antes de tudo, formular perguntas. Realizo tal propósito utilizando a pesquisa qualitativa advinda de entrevistas com intelectuais do setor saúde, cujas vidas se entrecruzaram em lutas muito assemelhadas.

A pesquisa qualitativa traz algumas questões para reflexão. Em primeiro lugar, trata-se do fato de que o objeto das ciências sociais é histórico. Isso significa dizer que as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo; e, que os grupos que as constituem são mutáveis e que tudo - instituições, leis e visões de mundo - são provisórios, estão em um constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado³⁶.

Em segundo lugar, posso dizer que este estudo é parte de uma consciência histórica em construção. Com isso quero dizer que também, como autora, estou submetida às

³⁴ Sirinelli, 2003:231.

³⁵ Gontijo, 2004

³⁶ Minayo, 1993

grandes questões de meu tempo, tendo limites dados pela realidade em que vivo. Minayo chama atenção para esse fato quando diz que tanto os indivíduos como os grupos, são, dialeticamente, autores e frutos de seu tempo histórico. Outra observação acerca da pesquisa qualitativa é a identidade estabelecida entre o sujeito e o objeto de investigação. Ela investiga seres humanos que, embora muito diferentes por razões culturais, de classes, de gêneros, de faixa etária, de raças/etnias e outras circunstâncias, têm um substrato comum que os torna solidariamente imbricados e comprometidos.

Outro aspecto é de que a pesquisa é intrínseca e extrinsecamente, ideológica. Hoje acredito que ninguém ousaria negar a evidência de que toda ciência é comprometida. Parafraseando Boaventura de Sousa Santos, a condição epistemológica da ciência repercute na condição existencial dos cientistas³⁷. Mas é certo que as ciências físicas e biológicas participam de forma diferente do comprometimento social, pois existe um distanciamento de natureza entre o físico e o biológico em relação ao seu objeto, embora as descobertas da chamada nova física revelem o imbricamento relacional entre o pesquisador e a natureza: “o real é a realidade que ele conhece”. Na investigação social, no entanto, essa relação é muito mais crucial. Ocorre que a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado e o trabalho³⁸. A abordagem qualitativa realiza, portanto, uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza.

Nesta pesquisa utilizo o método qualitativo. Realizo entrevistas com um pequeno grupo de intelectuais, dois homens e duas mulheres, todos médicos de formação, na faixa etária de 52 a 55 anos, tendo tido passagem pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Escolhi esses lugares por sua importância institucional na propagação de ideários e propostas de saúde e esses quatro indivíduos por seu papel de liderança intelectual, e por seu comprometimento prático e teórico no campo da saúde coletiva.

Utilizei como critério de escolha de meus entrevistados a pertença a uma mesma geração com uma dada identidade, uma bandeira, uma luta num percurso comum. O conceito de geração revelou-se, pois, instrumento eficaz no estudo dos itinerários e dos

³⁷ Santos, 2003:91

movimentos intelectuais. Em geral, quando uma faixa etária se depara com determinados acontecimentos marcantes (golpes de estado, guerras e revoltas), esses últimos imprimem, na maioria das vezes, uma marca comum, inevitável nas sensibilidades, provocando uma mesma percepção e aspiração em relação a esses acontecimentos.

No entanto, viver apenas em um espaço de tempo não significa a necessidade de partilhar as mesmas experiências de vida e a mesma forma de pensar. Karl Mannheim, por exemplo, acrescenta um critério que é caracterizado pelo que ele designa “laço de geração”. Este laço depende de um conjunto de afinidades, de sensibilidades comuns, herdadas e vivenciadas, capazes de condicionar o sentimento de partilha de um mesmo destino (apud Silva, 2003;22). Segundo Mannheim (apud Silva, 2003;22), pertencem, então a uma “mesma geração” todos aqueles que tendo vivido, simultaneamente, as mesmas experiências coletivas, tendo sofrido o efeito direto dos acontecimentos, tendo tido o sentimento de serem contemporâneos a esses mesmos acontecimentos, adquiriram uma mesma “visão de mundo”. A experiência comum serve a essa mesma geração de denominador comum³⁹. O conceito de geração se revelou um instrumento conceitual importante para desvendar a história das representações coletivas, ou seja, a paisagem intelectual e moral de uma época, os sistemas de valores e as sensibilidades coletivas.

Nas entrevistas optei por apresentar temas que remetessem a afinidades e posições relativas às perspectivas ideológicas, teóricas e profissionais adotadas por cada um, de maneira a reconstituir a geração da qual estiveram inseridos. Retirei da memória de cada entrevistado, as seguintes questões que mostrariam as rupturas e mudanças vividas por esses intelectuais: Como você definiria a sua geração? Qual avaliação você faz da sua trajetória política? Participou de algum partido político? Houve alguma referência intelectual na qual você se espelhou, em sua formação (livros, pessoas)? O que significou para a Saúde Pública a sua geração? Como você definiria hoje o ideário da Saúde Pública? O PSF é um Programa que está atualizando este ideário? Como se dá essa re-atualização, então?⁴⁰

³⁸ Minayo, 1993.

³⁹ Silva, 2003: 24.

⁴⁰ É importante destacar que durante as entrevistas, preocupei-me em instaurar uma relação de escuta ativa e metódica, tão distante das entrevistas a que habitualmente realizava como jornalista. Esta escuta pressupunha uma disponibilidade total em relação à pessoa interrogada, a submissão à singularidade de sua história particular, acabando muitas vezes por me colocar no lugar do outro, em muito momentos me levando a entrar

A perspectiva de que um olhar mais cuidadoso sobre a história dos intelectuais no setor saúde revele, não só trajetórias singulares de segmentos da esquerda brasileira, mas também algumas regularidades sobre a própria história da saúde pública brasileira, levou-me a problematizar a memória, lugar em que se encontram experiências vividas por eles no passado⁴¹. Le Goff esteve presente na condução de minhas entrevistas. Entendidas as memórias como propriedades de manter determinadas informações, pude refletir nas entrevistas sobre esse conjunto de funções psíquicas em virtude das quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele representa como passadas⁴². Examinar as memórias de intelectuais da saúde brasileira permitiu-me entender que uma das grandes preocupações das classes, dos grupos e dos indivíduos de diferentes sociedades históricas está justamente nessa forma de atualizar o passado na experiência presente. Este é um enorme desafio para o pesquisador.

Para recuperar e me apropriar dessas memórias, me aproximei da história oral cujas discussões me auxiliaram nos procedimentos realizados, durante a situação de entrevista, e na forma como me relacionei com os entrevistados. Perguntava-me: o que se faz quando se inicia uma relação de entrevista, já que a relação de pesquisa é, sobretudo, uma relação social que exerce Efeitos sobre os resultados alcançados? A história oral permitiu uma aproximação com o processo de comunicação, o desenvolvimento da linguagem, a criação de uma parte muito importante da cultura e da esfera simbólica, portanto, com a memórias desses intelectuais. Além disso, também me esclareceu problemas que decorrem da situação particular da entrevista, mais especificamente do sentido que o pesquisado empresta à situação, à pesquisa em geral, e à relação particular na qual ela se estabelece⁴³.

nos seus pontos de vista, em seus sentimentos, em seus pensamentos e em sua linguagem. Então, dei início ao agendamento das entrevistas. Explicava por telefone seus objetivos, e, concomitantemente, enviava por e-mail um resumo do projeto explicitando a proposta. Antes de cada encontro, realizava uma busca no *Curriculo Lattes do CNPQ*, onde tive acesso à história acadêmica e institucional de meu entrevistado.

⁴¹ Na experiência, verifiquei que a memória, como propriedade de manter determinadas informações, remete-nos a um conjunto de funções psíquicas, graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele representa como passadas (Le Goff, 1996:423). A memória coletiva - aqui definida como o que fica do passado no vivido dos grupos, ou o que os grupos fazem do passado - foi colocada em jogo de forma importante na luta das forças sociais pelo poder. Uma das grandes preocupações das classes, dos grupos e dos indivíduos que dominaram e dominam as sociedades históricas está justamente no domínio da memória e do esquecimento.

⁴² Le Goff, 1996: 423

⁴³ Bourdieu, 1996:695.

Outra questão permeava minhas indagações: a reconstrução das memórias está carregada de subjetividades e de emoções. Como me relacionar, portanto, com as subjetividades inerentes à escolha da oralidade como fonte?

Esse exercício de micro-história levou-nos a entender a reação intelectual à chamada crise dos paradigmas, ao vivenciarmos *uma gama de possíveis respostas que enfatizam a redefinição de conceitos e uma análise aprofundada dos instrumentos e métodos existentes*⁴⁴. Nele, foi possível distinguir que a ação social é uma prática de muitas faces: de preferências, de negociação, de manipulação, de escolhas e de decisões dos indivíduos diante de uma realidade normativa que oferece infinitas possibilidades de interpretação. Tudo muito relevante para reconstrução das memórias.

Especificamente, foi útil ao objeto de pesquisa o conceito de escalas na abordagem histórica, uma forma de análise que considera a diversidade e a multiplicidade de elementos que se configuram como a prática do PSF. Mesmo como aprendiz, pude exercitar a escolha de uma escala na seleção de um nível de informação pertinente ao nível de organização de informes sobre a questão a ser estudada. Lê Petit nos lembra que *a um geógrafo que quisesse se interrogar sobre a configuração de uma rede rodoviária regional, um mapa na escala de 1:25.000 não informaria nada, mas seria precioso para aquele que desejasse entender a relação entre a distribuição do habitat e o traçado das estradas rurais*⁴⁵.

Ao fazermos uso da proposta de enxergar o objeto por meio de escalas, o objetivo - concordando com Revel - foi o de enriquecer o real, levando em consideração aspectos diversificados da experiência social e de fazer aparecer, por trás da tendência geral mais visível, as estratégias sociais que são desenvolvidas por diferentes atores. Nesse sentido, o exame da negociação e do conflito na história dos intelectuais incluiu, ainda como questão, a interação de profissionais e usuários da saúde, expondo um pouco mais da dinâmica pela qual se tecem processos históricos, nem sempre perceptíveis. A abordagem micro-histórica ofereceu-me a escala certa dessa observação.

⁴⁴ Revel, 1998: 135.

⁴⁵ Sobre esse conceito, Bernard Lepetit descreve o que seria a escala na história e sua aplicação na construção do objeto. Uma escala na cartografia, por exemplo, relaciona um comprimento medido no mapa e a medida real do local. Por detrás dessa operação cartográfica um realismo pode ser visualizado, pois dessa forma associa um representante (o mapa) e um referente (o território). Assim, duas hierarquias paralelas podem ser imaginadas e são as seguintes: a hierarquia das escalas (ligada ao domínio da cartografia) e a dos níveis dos fenômenos e das organizações espaciais, que se relaciona com a natureza das coisas e com a estruturação do mundo (Revel, 1998:77).

Na pesquisa de diferentes materiais com os quais se diversas experiências se fizeram, foi possível esclarecer, assim, agregações e desagregações em torno dos ideais políticos e de ações de saúde. Recorrer à orientação que crê na observação microscópica como reveladora de fatores não observados - princípio que unifica toda a pesquisa micro-histórica - , foi de grande utilidade nessa pesquisa.

Diante dos problemas colocados pelas transformações históricas, pelas crenças e ideologias e pelas relações de domínio e autoridade, tentei descrever a instabilidade das preferências individuais, das ordens institucionais, das hierarquias e dos valores sociais na construção das utopias na saúde e nas experiências vividas no PSF. Em poucas palavras, com ela pude mostrar, ainda que preliminarmente, o processo político que gera mudanças sem deixar, porém, de abordar as direções imprevisíveis que este processo apresenta como fruto de seu encontro com protagonistas ativos.

Tecidas estas considerações iniciais, no primeiro capítulo, *A Geração de 70 e seu projeto utópico: dos dois brasis à consciência crítica da dualidade*, descrevo a geração em estudo. Ressalto as imagens de grande força simbólica que aparecem no período, a expressar os contrastes sociais. Mostro que este imaginário possui um laço com o passado, liga-se a outras tradições intelectuais e perpetua-se ao longo do tempo e edifica-se através de uma igualdade política abstrata.

No segundo capítulo, *A Geração nos 80*, apresento as mudanças na arena política. Apresento as revisões de antigas utopias que se recolocam diante desta conjuntura. Apresento os novos lugares de sociabilidade desses intelectuais. Mostro que os valores que re-atualizam este ideário são materializados pela noção da equidade, noção de acesso universal e igualitário ao sistema de saúde.

No terceiro capítulo denominado, *Os intelectuais e o PSF: as utopias se renovam*, localizo o PSF não só como um modelo de teorias e ações médicas como tantos outros de atenção primária à saúde, mas também como lugar de expressão plural de ideários e identidades, construídos em torno de utopias igualitárias de longa duração histórica. Afirmo o PSF como uma experiência histórica que expressa modos de construção de códigos pertinentes a *utopias igualitárias* peculiares a um, dentre outros modelos de atenção primária à saúde do país, enunciado com base em motivações de democratização do direito à saúde.

Nesse sentido, o PSF evidencia processos culturais presentes na formação de identidades partilhadas no chamado campo da esquerda da saúde. Por fim, chegar à delimitação desse objeto foi o resultado do enfrentamento de muitas revisões conceituais, e o resultado aqui expresso representa uma primeira aproximação com um campo de estudo ainda a ser explorado.

Os Intelectuais da saúde e a invenção das utopias: 1970-1990	
Campo de estudo	Estudos Culturais
Tema de estudo	A história dos intelectuais do setor saúde e o processo de produção de utopias no PSF.
Objetivo	Demonstrar o Programa Saúde da Família (PSF) como lugar de idéias-força que dá continuidade a ideários e ações de democratização da saúde pública brasileira.
	Localizar nessa experiência processos sociais de longa duração na história da saúde pública, que reiteram motivações, compromissos e práticas sociais moldados nos princípios expressos de universalização, de equidade e de integralidade da saúde, num processo continuado de invenção das tradições.
	Desvendar, nessa experiência, continuidades/rupturas dessas tradições diante dos dilemas postos pelas desigualdades sociais do país e por práticas medidas de diferentes tradições.
	Contribuir com a produção de um conjunto de referências de análise da saúde pública, no interior dos estudos culturais, de modo a expressar o PSF como lugar de expressão de certas identidades e tradições médicas.
	Estabelecer uma abordagem metodológica que efetive a comparação de prescrições programáticas de criação, de implementação e de revisões do PSF como as de outros diferentes modelos de programas de saúde pública, desvendando-lhes sentidos civilizadores comuns.
	Localizar no PSF transformações dessas utopias no tempo presente e situar novos desafios da saúde pública brasileira.
Metodologia	Pesquisa qualitativa centrada na contribuição da micro-história e da história oral.
Periodização	Experiências de saúde pública no Brasil compreendidas entre os anos 1970 e 1990.
Fundamentação teórica	Eric Hobsbawn
	Stuart Hall

Capítulo 1

A GERAÇÃO DE 70 E SEU PROJETO UTÓPICO: DOIS BRASIS E CONSCIÊNCIA CRÍTICA DA DUALIDADE

*“(...) é tempo de lembrar, contra os excessos de um comparatismo intelectual hoje muito em moda, que as idéias não passeiam nuas pela rua; que elas são levadas por homens que pertencem eles próprios a conjuntos sociais”
(Jean François Sirinelli)*

No começo do ano letivo de 2005, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP) divulgou um cartaz onde, ao lado de um grupo de ex alunos, um espaço vazio ilustrava os seguintes dizeres: “agora você também faz parte dessa história”. Nada nos parece mais emblemático que este espaço vazio para expressar o rompimento de fronteiras entre as diferentes gerações presentes na Fundação. Essa marcha de novos alunos no campo da saúde coletiva, muitos ainda recém formados, se faz com a tomada de consciência de que, uma vez aceitos no campo, a esses aprendizes será dado o direito de compartilhar, com gerações passadas, a experiência de uma participação mais incisiva no campo. Ao lado deste cartaz, coincidentemente (ou não), no calendário da Fiocruz, é publicada uma foto do Arouca. Tal qual *O Pensador* de Rodin, Arouca observa todos complementando a idéia-força, parecendo sussurrar: “agora você também faz parte dessa história tal qual um dia também fiz”.

Nos últimos tempos, muitas transformações vividas pelo setor saúde desembocaram no Programa Saúde da Família (PSF), dando continuidade a antigas utopias. Diversos em suas trajetórias de vidas, os intelectuais do campo da saúde coletiva, com suas visões de mundo, questionaram o campo e seu lugar dentro dele. Inventaram e inventam novas tradições de pesquisa e objetos pesquisados. Produziram, militaram, orientaram, ensinaram, discutiram, debateram. Inúmeras ações poderiam ser aqui enumeradas, em uma conjugação não apenas pretérita, no intuito de descrever o cotidiano de seu trabalho. Formalmente ou

informalmente, eles transformaram seu tempo e seu mundo. São plurais, complexos e contraditórios em suas experiências vividas. Em suas trajetórias, a melhor representação encontra-se no que Gramsci descreveu como intelectuais orgânicos.

Por detrás da imagem de Arouca, divulgada pelos corredores da ENSP, revela-se uma geração de jovens médicos vindos de conceituadas universidades públicas no Rio de Janeiro, que parece compartilhar das mesmas certezas. É importante destacar que o grupo não surgiu coeso, pré-formado, com clara consciência de seus objetivos. E é esta circunstância que torna suas experiências um lugar de observação de processos de formação de consciência. No calor dos anos 70, no chão em que a sociedade brasileira tremeu, sob o impacto da ditadura militar, foi que esses jovens formaram suas múltiplas identidades, viveram simultaneamente as mesmas experiências coletivas, tendo sofrido o efeito direto deste regime. Testaram o poder e o limite de seus conhecimentos, amadureceram ambições individuais e projetos coletivos, envolvendo bases mais estáveis para o exercício de suas atividades acadêmicas nas décadas subsequentes.

Composta predominantemente, por estudantes pertencentes às classes médias e altas, portanto vinculadas às elites econômica e politicamente dominantes no país, contraditoriamente, essa geração expressa visões de mundo construídas nos desejos de mudança, ainda que de diferentes formas. A década de 70 é marcada pela busca de referências de orientação de grandes transformações no ideário e nas práticas de saúde. Vale lembrar que "[...] vivia-se internacionalmente um movimento de renovação de valores. Nos Estados Unidos, a luta pela paz. No Brasil, o golpe de 64 faz com que muitos companheiros entrem para a luta armada. Era uma geração que se constituiu com a luta pela democracia"⁴⁶.

Esta geração, uma vez caracterizada pela importância que representou seu estilo de lidar com os problemas decorrentes do atraso, da pobreza e da dependência econômica diante das condições sanitárias da população, oferece ao investigador sugestões de pesquisa, ricas e complexas, quanto a significados ideológicos desse estilo.

Uma abordagem sumária das experiências dos intelectuais da saúde no Brasil permite desde logo vislumbrar a possibilidade de traduzir processos políticos – que essa geração em foco formulou como um conjunto de conceitos e uma doutrina sustentada pela

⁴⁶ Antônio Ivo em entrevista.

enorme crença na noção de que o desenvolvimento (progresso) levaria à superação do fosso entre os dois Brasis. Como afirmou em entrevista Antônio Ivo: *um período em que a idéia do progresso irremediavelmente relacionava-se...levaria à justiça*⁴⁷.

Essas referências aparecem no pensamento dessa geração como imagens de grande força simbólica a expressar contrastes sociais e, no limite, o antagonismo de diferentes formas de organização social e cultural. Nessa visão, os intelectuais observavam, de um lado, a existência de um país novo, próspero, em constante transformação; dotado, enfim, de imensos recursos potenciais, com uma população em rápida expansão e uma cultura original e vigorosa; e, de outro, uma sociedade velha, miserável e imóvel. Mantendo por toda parte o estreito contato, os dois brasis, tão diferentes, estão unidos pelo mesmo sentimento nacional⁴⁸.

É justamente a superação do fosso entre os dois brasis, representada, ao longo dos anos 80, no setor saúde, pela idéia de um sistema público, universal e equânime, que irá acompanhar esses intelectuais nas décadas subseqüentes, chegando-se à proposta do Programa Saúde da Família, nos anos 90. Nesse programa, essa geração, fortemente impregnada por uma ideologia identificada como do campo da esquerda, reafirma seu ideário, organizando-se em torno desses princípios, numa tentativa a mais de reverter o desenvolvimento extensivo de referências que passam a negá-los.

Defronta-se ela com o dilema da sustentabilidade econômica da iniciativa pública de saúde, sobretudo, em face do contínuo aumento de custos da assistência médica, base da justificativa de desregulamentação do Estado e de privatização da assistência médica que avançam nas décadas seguintes, além de tendências como as de especialização e fragmentação da prática médica, e de uso intensivo das hospitalizações⁴⁹.

O imaginário produzido por esse grupo, no entanto, não surge aleatoriamente, de maneira arbitrária e sem laços de continuidade com o passado. Ao contrário: com efeito, o Brasil moderno e o atrasado apresentam contrastes que também permearam o imaginário sobre o país, nas primeiras décadas do século XX, nos relatos de Belisário Penna e Arthur Neiva, no Correio da Manhã, sobre a expedição dos sanitaristas aos sertões, estendendo-se

⁴⁷ Entrevista realizada com Antônio Ivo de Carvalho, na Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”, em março de 1005.

⁴⁸ Lima, 1997.

⁴⁹ Aguiar, 1998:44.

aos debates travados pela liga Sanitária Brasileira e àqueles travados pelo Movimento Sanitário dos anos 20. Nesse movimento intelectual produziu-se uma interpretação do país que povoou o imaginário da época. Para que se possa estimar a importância desse movimento na discussão sobre o país basta evocar suas repercussões na literatura. Como exemplos, tanto a obra de Monteiro Lobato, - diga-se de passagem -, membro da liga pró-saneamento, com seu controverso Jeca Tatu a ilustrar manuais de higiene, quanto, no outro pólo da controvérsia, Mario de Andrade, com seu Macunaíma que escreveria, não sem ironia, no livro de visitas do Instituto Butantã: “Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são...”, fazendo eco satírico ao discurso sanitário da época⁵⁰. Esta obra levaria a muitas outras expedições de reconhecimento da extensão das desigualdades sociais do país.

Vale lembrar que intelectuais de outras tradições disciplinares compuseram uma linha de interpretação da realidade brasileira que, a partir de 1930, mudou significativamente o quadro dos estudos históricos, permitindo de igual maneira o reconhecimento também da extensão dessas desigualdades⁵¹. Em primeiro lugar, Gilberto Freyre, na seara política e cultural dos anos 30; mesmo sua noção de democracia racial não elimina a relevância de suas teses sobre relações raciais, sexuais e familiares para pensar as desigualdades sociais. Do mesmo modo, Sérgio Buarque de Holanda que, nesta mesma década, ao expor seu conceito de “homem cordial brasileiro”, criticaria o autoritarismo e as hierarquias sociais na formação social brasileira. A obra de Caio Prado Junior mostrava que o Brasil, desde as *plantations*, já estava nitidamente inserido no sistema capitalista mundial. As relações de produção geradas pela cultura da cana não eram feudais, mas decorriam das necessidades lucrativas envolvidas naquela cultura. A *plantation* era resultado de uma escolha feita inteiramente dentro da lógica capitalista. A posição de Caio Prado Junior, pioneira, teve o grande mérito de introduzir a discussão sobre capitalismo brasileiro⁵². O momento é de descoberta das oligarquias na vida social; a mestiçagem, então valorizada, ainda que numa procura de convergência racial cordial, leva estes intelectuais à descoberta de diferentes formas de organização social, num movimento de reconhecimento das desigualdades existentes no período. Nos anos 50, a obra de Celso Furtado, sobre formação do Brasil, na perspectiva econômica, por exemplo, abre frente para o engajamento dos

⁵⁰ Teixeira, 2003:93.

⁵¹ Mota, 1978.

⁵² Araújo, 2003:88.

intelectuais nas linhas do nacional-desenvolvimentismo que impregnam seus diagnósticos, tendo como pano de fundo o reformismo populista⁵³. Então, as noções de dependência, estratificação e estruturas sociais na América Latina, processos de formação de consciência de classe, seguem-se outras, nos anos 70, como as de modo de produção colonial que irão recompor um quadro de revisões da dualidade, de grandes impactos na economia e na história, levando a repensar referências quanto à oposição das distintas formas de organização social e cultural nos diferentes períodos estudados por esses intelectuais⁵⁴. Essa dualidade persiste em outras áreas disciplinares, caso da saúde, e dá entendimento à construção da nação brasileira na interpretação de outros intelectuais, indicando uma continuidade de modelos de interpretação, baseados na existência de um antagonismo de diferentes formas de organização social e cultural⁵⁵.

No campo da saúde coletiva, a perspectiva dual está presente na forma de interpretar o estado de saúde da população, de analisar as políticas de saúde e mesmo de perceber as desigualdades existentes no campo, como na visão da Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina (CEPAL) dos anos 50⁵⁶. Sua repercussão no setor saúde desembocou no movimento que ficou conhecido como sanitarismo desenvolvimentista. Com o fim da II Guerra Mundial, nascia a problemática do desenvolvimento/subdesenvolvimento enquanto questão central - política e teórica nas relações internacionais. Nos países do terceiro mundo, toda uma geração de intelectuais começava a discutir as possibilidades de um desenvolvimento auto-sustentado para seu país. A instalação da CEPAL, em 1949, no Chile, inseria-se nesse contexto⁵⁷. A CEPAL criou uma teoria analítica e projetiva para a América Latina. A idéia básica sobre a qual se assentava a teoria cepalina era a tese de que um desenvolvimento desigual da economia mundial e uma propagação também desigual do progresso técnico resultaram numa certa divisão internacional do trabalho. Essa divisão opunha um "centro" (que compreendia o conjunto das economias industrializadas) uma "periferia" (economias exportadoras de produtos primários, alimentos e matérias-primas). A superação da economia periférica só seria possível por meio de um desenvolvimento auto-sustentado baseado na industrialização

⁵³ Furtado, 1979.

⁵⁴ Costa, 2000.

⁵⁵ Trindade, 1997:17.

⁵⁶ Navarro, 1982.

⁵⁷ Araújo, 2000:88.

nacional⁵⁸. Desta forma, no Brasil dos anos 50, o pensamento cepalino encontrou-se, inteiramente, com o projeto desenvolvimentista. O projeto desenvolvimentista – que propunha à nação uma pauta modernizadora, distributiva e reformadora - envolveu um grande número de intelectuais no Brasil e na América Latina, que se engajou em iniciativas governamentais, apoiando medidas que estimulavam a industrialização. No Brasil, muitos participaram do projeto desenvolvimentista proposto pelo governo de Juscelino Kubitschek. No entanto, chegando a meados dos anos 60, a maior parte da intelectualidade nele envolvida admitiu o fracasso do projeto⁵⁹.

A partir daí, no âmbito do pensamento econômico de cunho progressista e/ou reformador, novas proposições teóricas surgiram para tentar explicar a realidade brasileira e latino-americana e indicar soluções. Dessa forma, nasceram as “teorias da dependência”. Entre estas, a que teve maior repercussão nos meios intelectuais brasileiros foi a formulada por Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto. No ensaio *Dependência e desenvolvimento na América Latina*, escrito em Santiago do Chile em 1966/67, seus autores faziam acréscimos às teses cepalinas e propunham o conceito de “dependência” para explicar a especificidade do desenvolvimento capitalista brasileiro, fortalecendo teses nacionalistas e anti-imperialistas, nas quais a esquerda brasileira se apóia.

Na obra de alguns intelectuais, de diferentes tradições disciplinares, clássicas explicações sobre o país com base na dualidade são revistas, como Francisco de Oliveira no livro *Crítica à razão dualista*, que, nos anos 70, rompe com a visão cepalina. Chega a afirmar em seu livro que “o conceito de subdesenvolvimento como uma formação histórico-econômica singular não se sustenta como singularidade, constituída polarmente em torno da oposição formal de um setor ‘atrasado’ e um setor ‘moderno’ [...] de fato, o processo real mostra uma simbiose e uma organicidade, uma unidade de contrários, em que o chamado ‘moderno’ cresce e se alimenta da existência do ‘atrasado’ ”⁶⁰.

No entanto, não obstante a relevância do social na abordagem médica, esta dualidade continua a se materializar no campo da saúde coletiva e também na universidade, onde o pensamento crítico se radicaliza, intensificando as pesquisas sobre dependência, desenvolvimento econômico, produtividade, crescimento econômico. A entrada das

⁵⁸ Araújo, 2000:88.

⁵⁹ Araújo 2000:89.

⁶⁰ Oliveira, 1999:32.

ciências sociais no campo da saúde assume papel cada vez mais proeminente no refinamento do discurso médico-sanitário, e na interpretação das circunstâncias em que as práticas de saúde vêm ocorrendo no país. Uma intensa produção acadêmica nesta área começa a se fazer presente, seja como forma de conhecer ou criticar a realidade brasileira, seja como forma de contribuir para a eficácia dos sistemas de saúde, ou de fortalecer as pessoas⁶¹.

Para estes intelectuais, ao longo da década de 70, essas ciências acabam por ocupar um lugar central no exame das diferentes formas de organização social e cultural. Um exame, ainda que superficial, permite, desde logo, vislumbrar no comportamento intelectual em causa, expressões dicotômicas e de oposição, peculiares ao pensamento dual na abordagem dos contrastes sociais. Assim, expressões como “oficial X alternativo”, “cultura popular X cultura erudita”, “indivíduo X sociedade”, “saúde X doença”, “medicina preventiva X medicina curativa”, “sistema público X sistema privado”, “assistência X desassistência” estavam presentes na construção de um pensamento sobre a realidade sanitária, como expresso por Fleury: “Nós usamos a noção do caráter dual da saúde, de Giovanni Berlinguer: a idéia de que a saúde tem uma dualidade implícita”⁶². Assim, boa parte destes intelectuais acabou se dilacerando nas pontas do dilema: enquanto denunciava as miseráveis condições de vida de grande parte da população, seus esquemas teóricos e analíticos prendiam-na a estas discussões, levando-a, sem se dar conta, a ampliar referências centradas na visão de dualidade e a desembocar na ideologia do círculo vicioso da pobreza.

Uma das formas pelas quais boa parte dos intelectuais denunciava estes contrastes estava nos nexos encontrados entre dependência econômica, atraso e condições de pobreza da população. Os professores Samuel Pessoa, Mário Magalhães da Silveira, Ernani Braga e Carlos Gentile de Melo são referências intelectuais desta geração; suas contribuições, por meio da atividade de ensino e da divulgação de seus estudos, vão conformando uma tradição de pensamento ao longo do período sobre os problemas sociais⁶³. Os três têm em comum a compreensão de que o adoecimento nas coletividades humanas reflete o homem

⁶¹ Leon, 1995:32.

⁶² Conferência proferida por Sônia Fleury na abertura do ano acadêmico na Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”.

⁶³ Lucchese, 1991.

em seu contexto social. Samuel Pessoa, ao partir do arcabouço doutrinário da biologia, incorporou em seus trabalhos a dimensão social na explicação das doenças parasitárias endêmicas, indicando seus determinantes econômico – sociais.

Ernani Braga, em seus estudos sobre a formação médica e sobre o planejamento de recursos humanos em saúde no Brasil, destacou os diversos aspectos da relação saúde e sociedade: prioriza a dimensão social na explicação dos problemas de saúde, associando esses problemas ao não-desenvolvimento, como mostra a seguinte passagem: “[...] o padrão sanitário de que gozam as nações mais civilizadas é devido basicamente à melhoria das condições gerais de vida, fruto do desenvolvimento econômico”⁶⁴.

Mário Magalhães da Silveira, por sua vez, aprofundou as relações da saúde com o desenvolvimento econômico, tratando as relações entre a pobreza e saúde no contexto da dependência econômica, desenvolvendo o argumento de que é a “elevação da renda que possibilita a melhoria da alimentação, da moradia, do vestuário e aumenta o acesso a todos os bens e serviços necessários à vida, inclusive aos serviços específicos de saúde. Não interessava aos países ricos, ressaltar claramente a importância do nível de renda nas condições de saúde. Afinal, são esses mesmos países que controlam a grande parte dos preços nos mercados internacionais e outros instrumentos de drenagem da riqueza que respondem, em grande parte, pela pobreza dos países de nosso terceiro mundo”⁶⁵.

Carlos Gentile de Mello produz um conjunto de estudos sobre a política nacional de saúde, assistência média e ensino médico. Com o sugestivo título *O Sistema de Saúde em Crise*, aborda a relação entre dependência econômica, pobreza e atraso com as condições de vida da população, como expresso no seguinte trecho: "Da mesma forma que a renda, a saúde não se distribui uniformemente pelo território nacional. Os vários indicadores que refletem o nível de saúde da população mostram-se sistematicamente mais favoráveis nas regiões mais prósperas do que nas áreas onde prevalece o pauperismo”⁶⁶.

Como parte dessas mesmas tradições intelectuais, ganham destaque as contribuições do Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), criado em 1950, para o processo de formação do pensamento crítico brasileiro. Nas análises produzidas por intelectuais desse órgão, -de importância central na reconstrução do Brasil ao longo dos anos 50 -, na seara do

⁶⁴ apud Melo, 1981:25.

⁶⁵ Melo, 1981:15.

⁶⁶ Melo, 1981:29.

governo do Presidente Juscelino Kubitschek, a visão dual organiza o campo da política e das ações de governo: “a sociedade brasileira se encontraria dividida basicamente em dois setores: dum lado, os ‘dinâmicos e produtivos’ e, de outro, os ‘estáticos e parasitários’”⁶⁷. Nelas, o desenvolvimento passa a ocupar lugar central como preocupação governamental e organiza as idéias ao redor de uma ideologia específica - aquela exigida pela nação, a fim de tomar consciência de seu subdesenvolvimento, e de lutar pela sua superação mediante um esforço desenvolvimentista. Estes indícios nos mostram que a construção dessa dualidade é um modo de dar nitidez às desigualdades existentes, organizando os campos de luta e as ações em saúde. Enuncia idéias, assim como organiza seus seguidores em uma luta que enfrenta as desigualdades.

Não obstante, organismos internacionais como a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) acabam por incorporar o movimento ideológico de superação dos ‘dois brasis’. Com o respaldo da Organização Mundial da Saúde (OMS), os princípios desses programas passam a enfatizar a dimensão da atenção simplificada, com o objetivo de estender a cobertura de serviços a populações excluídas do cuidado à saúde e de reduzir, dessa forma, a desigualdade existente entre países e regiões expressa no slogan lançado em 1977, “Saúde para todos no ano 2000”, onde assumia uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde.

Articuladas ao debate em torno de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde a todos os que não possuem alguma forma de assistência, essas iniciativas ganham notoriedade na célebre Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, promovida pela OMS e Unicef, tendo resultado na Declaração de Alma Ata⁶⁸. O documento expressa a responsabilidade internacional “dos governos na cooperação destinada a assegurar cuidados primários a saúde de todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país [leia-se, em desenvolvimento] interessa e beneficia diretamente todos os outros países”. O que esta passagem parece apontar é a responsabilidade dos países desenvolvidos na garantia de que suas próprias políticas resultem em impactos positivos sobre as nações em desenvolvimento, não somente para redução da pobreza, mas principalmente porque suas fronteiras nacionais

⁶⁷ Navarro, 1982:117.

⁶⁸ Esta declaração reafirma que a saúde é um direito humano fundamental e chama atenção para que todos os governos cooperem em vista de assegurar os cuidados primários de saúde (Brasil, 2002:33).

poderiam encontrar-se sob ameaça, frente à escalada da pobreza e aumento da desigualdade.

Em consonância com as preocupações também expressas por esses organismos internacionais, talvez a pergunta que melhor resuma o dilema desses intelectuais seja: com que povo afirmar a constituição do Brasil como nação? Esse dilema está na base da visão dicotômica da sociedade brasileira, cindida entre uma civilização moderna que oferece recursos tecnológicos necessários à manutenção da saúde e uma civilização arcaica, cujos projetos visam a simplificação dos atos médicos e a oferta de uma medicina simplificada.

A partir de pontos comuns e de algumas divergências, esses jovens vivem dificuldades internas decorrentes de seus ideais. O sentido e o conteúdo da ideologia que os une estão na busca pela redução do fosso entre os dois brasis, enunciado em imagens de grande força simbólica a expressar contrastes e, no limite, antagonismos de diferentes formas de organização social, base da construção ideológica desta geração e de suas motivações políticas.

Contudo, não houve uma unanimidade entre os intelectuais quanto ao conteúdo, limites, possibilidades e formas de expressá-la. A rigor, não teria existido uma forma; várias foram maneiras adotadas por intelectuais da saúde de vivenciarem as desigualdades do país, seja como estudante, seja como profissional militante; em diversos papéis assumidos por cada um neste contexto onde a universidade tornou-se um dos principais cenários.

1.1 A medicina social e o labor universitário: um cenário de expressão da dualidade de.

Na reafirmação das distintas formas de organização social dos intelectuais, a universidade assume um papel primordial a partir dos anos 60, quando os resultados do labor universitário se voltam para as desigualdades entre os dois brasis.

É preciso antes lembrar a conjuntura em que esses intelectuais germinam suas idéias sobre o Brasil. No final dos anos 50, o pacto populista e o período desenvolvimentista do Governo de JK fornecem elementos para o exame da pobreza brasileira, atribuída a interesses de setores da grande burguesia nacional aliados ao capital externo, de papel hegemônico na exploração do país. A oligarquia agrária brasileira continuou a fazer parte

do bloco do poder. Com a saída do Presidente Juscelino, a posse de Jânio Quadros e sua renúncia, e a aliança nacional desenvolvimentista, democrática e popular levaram à posse de João Goulart na presidência⁶⁹. Naquele momento, aceitava-se que o setor nacionalista da burguesia conseguira um programa com o apoio de uma frente ampla de massas. O resultado é que vários setores se mobilizam em apoio ao Governo João Goulart e ao seu programa de Reformas de Base: camponeses, trabalhadores urbanos, estudantes e sindicalistas se uniam em torno dele. Mas a luta pela terra, pela reforma agrária, tomava vulto com as palavras de ordem “terra para quem nela trabalha e “reforma agrária na lei ou na marra”. O resultado é uma ampla mobilização em torno de reivindicações dos movimentos de massa, motivando em todo o país greves de assalariados em geral, bancários, estivadores, dentre inúmeros outros.

Nesse contexto, a universidade brasileira encontrava-se sob três movimentos: resultado do movimento estruturado em torno do conflito sobre a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei 4.024 (20/12/1961), o primeiro incorporava uma visão tradicionalista; o segundo defendia uma universidade moderna e independente, sem entraves burocráticos, voltada para o desenvolvimento de todos os campos da ciência e da técnica, com o objetivo de preparar uma elite intelectual e técnica para um país moderno e auto sustentável e que culminou com a criação da Universidade de Brasília em 15 de dezembro de 1961; e, um terceiro movimento encampava parte das preocupações do segundo, mas que estava preocupado em viabilizar a democratização da Universidade, alterando o seu caráter elitista e suas práticas classistas. Seus principais mentores foram as entidades estudantis. No Rio de Janeiro, eram liderados pela União Brasileira de Estudantes Secundaristas (UBES) e pela União Nacional dos Estudantes (UNE) que conduzia não só a luta pela democratização do ensino, como também apoiava as lutas dos trabalhadores em geral, defendendo as Reformas de Base e participando da Frente de Mobilização Popular⁷⁰.

Entre as Reformas de Base, a Reforma Universitária foi aquela que mais mobilizou os estudantes universitários. Destaca-se nesta mobilização a greve ocorrida em 1960 na Universidade da Bahia, contra a permanência do reitor - que já estava à frente da instituição há 15 anos -, e o regime de cátedras. Esta greve estendeu-se a outros estados e os estudantes, dessa forma, começaram a discutir mais de perto, as questões que afetavam a

⁶⁹ Fleury, 1995.

universidade brasileira. Já em 1962, uma greve geral, liderada pela UNE, atingiu a maioria das universidades brasileiras e cerca de 100 mil alunos: a greve pelo 1/3 - representação estudantil nos órgãos de administração superior das universidades. Ocorre que a representação estudantil que tanto havia sido reivindicada fora aprovada pela LDB, mas sua regulamentação dependia dos conselhos universitários. Esta greve terminou depois de três meses sem ter conseguido a maioria das reivindicações. No entanto, as correntes progressistas, que militavam neste movimento, saíram fortalecidas. Nesse ambiente, cresce a efervescência política, predominando, porém, a corrente nacional-reformista. Uma dessas correntes, a Juventude Universitária Católica (JUC) foi uma das mais importantes. Em seu congresso dos 10 anos, aprovou o documento *Diretrizes Mínimas para o ideal histórico do povo brasileiro*. A partir da divulgação deste documento, sua influência estendeu-se por vários estados, principalmente Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia. Em Minas, o núcleo da Faculdade de Ciências Econômicas tinha militantes com Herbert de Souza, o Betinho, que também viria a compor nos anos 80, junto com os militantes da Reforma Sanitária, a luta pela democratização da saúde. Importante destacar que estudantes da Faculdade de Medicina participaram dos quadros da JUC⁷¹.

A partir do ano de 1964, o golpe militar banuiu intelectuais e políticos, prendeu professores e estudantes, invadiu universidades, fechou diretórios acadêmicos, prendendo e torturando seus dirigentes. A partir deste momento, iniciou-se um período de repressão que impediu qualquer manifestação política, na qual muitos foram presos, muitos permaneceram na clandestinidade e outros partiram para a luta armada.

O Partido Comunista Brasileiro (PCB)⁷², neste período, teve um papel importante na formação e circulação de idéias: era, pois, uma das principais forças de esquerda, de orientação marxista, no cenário brasileiro, com forte penetração no movimento estudantil. O conjunto de tarefas, extremamente absorventes, obrigava o militante a mobilizar, agitar; a

⁷⁰ Nunes, 1995.

⁷¹ Nunes, 1995.

⁷² O PCB é o partido político de âmbito nacional fundado em 1922, em Niterói, com o nome Partido Comunista do Brasil. Seu objetivo desde a fundação foi promover a revolução proletária no Brasil e conquistar o poder político para realizar a passagem do sistema capitalista para o sistema socialista. É o mais antigo partido político brasileiro, embora tenha atuado a maior parte de sua existência na ilegalidade. Sobreviveu a todas as alterações político- institucionais por que passou o Brasil nos últimos 60 anos, assim como sobreviveu às crises internas que em muitos momentos determinaram a saída ou expulsão de vários de seus integrantes. A alteração do nome para Partido Comunista Brasileiro ocorreu durante conferência nacional

aproximar-se e recrutar novos militantes; a pichar muros; distribuir panfletos, vender jornais, lançando-se na missão de ‘salvar a humanidade das guerras, das injustiças e da fome’⁷³.

Em 1968, houve recrudescimento da repressão com o assassinato do estudante Edson Luis no restaurante Calabouço; a passeata dos 100 mil (no qual o PCB participou da articulação), onde estudantes e suas famílias, professores, intelectuais, sindicalistas, protestaram contra o regime militar; o incêndio no prédio da USP, na Rua Maria Antônia, e a prisão de 920 estudantes no XXX Congresso da UNE, em Ibiúna, já no Governo Costa e Silva, no contexto autoritário do AI- 5 e do Decreto Lei 477. As entidades estudantis só voltaram a se expressar novamente, a partir dos anos 1973 e 1974. Foi um período de repressão que impediu qualquer manifestação política, no qual muitos foram presos, processados, muitos permaneceram na clandestinidade e outros partiram para a luta armada⁷⁴.

As entidades estudantis, nessa época, DAs e DCEs, passam a funcionar basicamente com atividades recreativas e de apoio aos estudantes. Havia um sentimento forte de oposição do regime militar por parte de setores progressistas, no entanto, cada um atuava de forma isolada. Segundo o depoimento dado à Regina Nunes, um ex-militante do movimento estudantil - hoje docente - sobre suas atividades no período, dirá que “mesmo depois de formado e já professor da Faculdade de Medicina, em 67 e 68, tinha um discurso progressista, a favor de uma transformação social’, mostrando em suas aulas os problemas sociais, a desnutrição infantil, por exemplo. Dizia manter contato com várias pessoas que traziam informações do que estava acontecendo em outros lugares e de como o movimento estava se organizando⁷⁵.

Também circulavam vários textos políticos que mostravam a organização popular nos países socialistas; Cuba e Che Guevara tornaram-se ícones da esquerda universitária. Havia um movimento de solidariedade e apoio aos presos políticos, e às pessoas que estavam na clandestinidade. Aqui e ali pipocavam grupos que começavam a se organizar,

realizada em agosto de 1961, com a finalidade de facilitar o registro eleitoral do partido e sua legalização (Dicionário Histórico- Geográfico Brasileiro, FGV; 4260)

⁷³ Ferreira, 2002:13.

⁷⁴ Nunes, 1995.

⁷⁵ Nunes, 2000:41.

seja nas universidades, com projetos de cunho social, onde participavam professores e alunos, seja nos órgãos públicos, como Secretarias Estaduais⁷⁶.

A Faculdade de Medicina, principalmente os Departamentos de Medicina Preventiva, foram os caminhos escolhidos e trilhados por muitos militantes estudantis na década de 60. Assim, na década de 70, mesmo sob a ditadura, ressurgem projetos políticos e culturais, germinados no movimento estudantil, com visão crítica e concepções reformistas para as áreas de saúde. O censo de 70 revela ao país suas imensas desigualdades; o processo de concentração de renda e as disparidades de renda apontam a precariedade das condições de vida urbana, o recrudescimento de muitas doenças e a débil rede de assistência médica. Fortes críticas ao "milagre brasileiro" e à extensão dos "problemas brasileiros", tornados disciplina obrigatória nas universidades, apóiam o surgimento de novas iniciativas e projetos na área de saúde pública. Dessa forma, a produção científica e cultural de cunho crítico ganha alento e se faz forte e empenhada nestes núcleos, operando em torno de temas e problemas brasileiros, inclusive articuladas em última instância àquelas orientações fornecidas por instituições estrangeiras (norte – americanas, sobretudo)⁷⁷.

Nessas circunstâncias, dá-se a continuidade de projetos, materializada no apoio dado pelo Fundo de Financiamento a Projetos e Programas (FINEP), a partir de 1971⁷⁸. Em torno dele, surgem iniciativas que tiveram um importante papel de agregação dos intelectuais desta geração. Numa conjuntura favorável ao desenvolvimento científico, o fundo teve um efeito decisivo na implantação e consolidação de programas de pesquisa e pós-graduação em novas áreas do conhecimento. Um dos Programas criados pela Finep, em 1975, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social (Prosoci), centralizou a maioria das ações de fomento e implementação de programas e projetos, organizando desta forma o apoio à produção do conhecimento em saúde⁷⁹.

O consultor Góes de Paula, contratado na época para montar este programa, em entrevista, afirma haver um grande interesse da instituição em apoiar pesquisas que se relacionassem ao desenvolvimento social, fundadas no reconhecimento da necessidade de

⁷⁶ Nunes, 2000:41.

⁷⁷ numa palavra, para incentivar estudos inclusive sobre o desenvolvimento no Brasil, o que parece uma contradição exagerada a existência de financiamento externo.

⁷⁸ Ver mais em Luchese, 1998.

⁷⁹ Luchese, 1991:52.

responder ao problema da distribuição de renda. Confirmava-se, dessa forma, a pretensão governamental de modernizar a economia brasileira, exigindo a redução de bolsões de pobreza, incompatíveis com um país civilizado⁸⁰. O Prosoci tenta identificar e estimular grupos de pesquisa, em todo o território nacional, que pudessem ser apoiados para produzir projetos de investigação, nas diversas áreas de desenvolvimento social como: habitação, meio ambiente, saneamento, emprego, saúde.

Dentre os programas que contaram com o apoio mais ativo da FINEP, destaca-se o Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde/ Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PESES/PEPPE). Fleury ressalta a importância deste Programa na agregação dos intelectuais da saúde: “Comecei a trabalhar aqui, na década de 70 no PESES, que era um órgão de governo na área de incentivo de ciência e tecnologia e houve um programa de apoio para a produção de conhecimento para essa área e, dessa forma, aqui ficamos sob a liderança de Arouca”⁸¹.

Essa agregação se move em meio a conflitos. Em 1975, o desenvolvimento do PESES foi centro de atração da vinda, para o Rio de Janeiro, de um grupo relativamente numeroso de pessoas oriundas da experiência de Campinas, em consequência de um conflito entre o Departamento de Medicina Preventiva e a reitoria da Universidade de Campinas. O conflito teve início em 1974, quando integrantes do DMP reivindicavam junto a outros setores da universidade a democratização da universidade, por meio de eleições para a direção dos institutos e das faculdades. No entanto, o reitor Zeferino Vaz obteve o apoio do governador do Estado e, tendo dessa forma ganhado a briga, exonerou o então Diretor da Faculdade de Medicina, Aristodemo Pinotti⁸² (Escorel). Além desse conflito mais geral, o DMP contrapôs-se diretamente à Reitoria no caso do Projeto de Saúde Comunitária da Unicamp conhecido como Projeto Paulínea.

Ocorre que um dos assessores internacionais contratados para avaliar este projeto fez uma denúncia a Zeferino, dizendo que não se tratava de um projeto técnico, e sim político; que estava se desviando do seu sentido e que isso iria acabar levando a confrontos com a própria Fundação Kellogg, principal financiadora, e se demite⁸³. A partir daí, o reitor

⁸⁰ Luchese, 1991.

⁸¹ Conferência realizada por Sônia Fleury na abertura do ano acadêmico na Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”

⁸² Escorel, 1998.

⁸³ Escorel, 1998.

interferiu no Projeto e cerceou as atividades dos membros do DMP, tanto docentes - impedindo-os de manter contato com os alunos - quanto discentes, adiando defesas de suas dissertações de mestrado e teses de doutorado. Além desses dois fatos, o grupo do DMP da Unicamp passou a sofrer a repressão promovida pela caça aos comunistas realizada pelos órgãos de segurança do Estado de São Paulo⁸⁴. Nesse conflito, a Fundação Kellogs é rejeitada como parceira, ao ser identificada com interesses internacionais. Recuperam-se, nele, alguns dos ideais da esquerda: o confronto do nacionalismo com o imperialismo, luta que une também parte dos militares e políticos da ditadura na defesa irrestrita dos interesses nacionais, e que se consubstancia, já em fins dos anos 60, na defesa da Amazônia, contra sua internacionalização, como através do Projeto Rondon. O contato com o Brasil distante e desconhecido, paupérrimo para tantos, reaviva teses dos dois brasis. Universitários de todo o país, inclusive equipes médicas, chegam à Amazônia em sucessivas levas, portando camisas com o lema "Integrar para não entregar". Para uma parte dos dirigentes do governo militar, o imperialismo persiste como inimigo da pátria.

Todavia, as contradições do governo militar não evitam que o combate às esquerdas prossiga. Uma série de acontecimentos de cunho repressivo levou o grupo a procurar alternativas de trabalho que não exigissem "ficha limpa" no SNI. Dessa forma, uma parte dos alunos e residentes do DMP da FM/Unicamp ficou em São Paulo, no mestrado do DMP/USP ou incorporados a SES/ SP que, na época, desenvolvia projetos nas periferias. Outra parte – na qual Sérgio Arouca se inseria - foi para o Rio de Janeiro, ingressando no curso básico da ENSP ou no mestrado do IMS/UERJ.

Para os intelectuais, as chances no Rio de Janeiro foram abertas concomitantemente, no PESES e na ENSP⁸⁵. O resultado é que, sob a coordenação de Sérgio Arouca, o projeto montou-se com uma equipe composta por profissionais, tanto das ciências sociais da área da saúde, em particular do IMS/UERJ e, posteriormente de outros DMPs. Com isso, o PESES teve um papel importante na articulação de uma rede que unifica instituições por pertencerem ao campo determinado de um novo marco conceitual na área da saúde⁸⁶.

Como relata Antônio Ivo: "com a chegada de Arouca, foi criado o PESES na ENSP. O Programa reuniu intelectuais como David Capistrano, Hésio Cordeiro, José Carvalho de

⁸⁴ Escorel, 1998.

⁸⁵ Escorel, 1998:114.

⁸⁶ Escorel, 1998.

Noronha, Reinaldo Guimarães, Sérgio Arouca, todos da mesma geração, que se organizam no Rio de Janeiro em torno deste programa. Eu trabalhava na prefeitura, mas era chamado para participar de seminários na ENSP, pois desenvolvia um trabalho de educação e saúde. Esses intelectuais começam a conformar o movimento sanitário⁸⁷.

Sobre a relevância do PESES, Fleury afirma: “nós tínhamos reunido no PESES intelectuais de várias origens, de várias disciplinas, da antropologia, da sociologia. Trabalhávamos coletivamente. Não tínhamos a idéia de que todos eram de esquerda. Nós chamávamos [para compor o projeto] pela qualidade das pessoas. Só que, quando começou a voltar as listas do SNI, até a secretária foi rejeitada, não tinha ninguém passível de ser aceito”⁸⁸. Não obstante, a operacionalização do programa encontrava-se afetada pelo SNI e pela Assessoria de Segurança e Informações que começaram a vetar nomes, sob a alegação de que não passavam pelo Órgão de Segurança e Informações. Em 1977, sem aparente motivo, decretava-se o fim do programa, sob a alegação de que se tratava de um simples ato administrativo.

Em decorrência dos resultados obtidos pelo PESES, um ano depois, cria-se o Programa Integrado de Saúde (PIS), financiado também pela FINEP, com o objetivo de identificar núcleos de pesquisa, chegando a criar, informalmente, uma rede nacional de informações, envolvendo um grande número de pesquisadores e instituições no campo acadêmico e no campo da prestação de serviços. No entanto, um ano depois, com a mudança de governo, uma das primeiras medidas foi acabar com a área de estudos e pesquisas da FINEP. O resultado é que os intelectuais saem da FINEP, vão para o exterior com bolsas ou para outras instituições.

O apoio da FINEP, a partir de 1975, teve um papel fundamental também na consolidação de referências teóricas sobre os dois brasis. O mestrado do Instituto de Medicina Social da UERJ oferece condições institucionais básicas para o seu desenvolvimento, através da fixação do corpo docente e do financiamento a um programa de pesquisa. Ao redor do curso de mestrado, criou-se um centro de pensamento progressista, que contou com a participação de profissionais de presença ativa na resistência à ditadura, tendo a perspectiva de intervir e transformar o sistema de saúde.

⁸⁷ Entrevista realizada com Antônio Ivo de Carvalho

⁸⁸ Conferência proferida por Sônia Fleury na abertura do ano acadêmico da Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”

O Instituto nasceu entre os anos de 1967 e 1968 na gestão do Professor Piquet Carneiro. Na época este professor deslanchou, com alunos da Faculdade de Medicina, um programa de acompanhamento dos pacientes internados no hospital e de suas famílias. Dessa forma, as atividades de clínica médica desdobravam-se para fora do hospital em direção à comunidade de referência dos pacientes e suas famílias - como na Favela do Esqueleto, no Rio de Janeiro. Em 1970, quando Piquet Carneiro assume a direção da Faculdade de Medicina, aprova a criação do Instituto de Medicina Social, incorporando o grupo de profissionais que trabalhava naquele projeto. A partir de então, o IMS torna-se um órgão relativamente autônomo da Faculdade – mantendo atividades docentes, assim como investindo na idéia de integrar a experiência clínica e preventiva, assumindo grande importância o estudo dos fatores sociais e determinantes do perfil do processo saúde/doença, bem como a análise dos fatores e das políticas sociais em relação à organização do sistema de saúde. Desta forma, a inclusão das ciências sociais tornou-se uma exigência, tanto na graduação como no desenvolvimento das pesquisas. O Instituto tornou-se tão importante centro de pensamento progressista na saúde, que dá um importante impulso na produção científica do grupo⁸⁹.

As referências teóricas no campo das Ciências Sociais se propagam na medicina. Em 1970, o Instituto propiciou a vinda de mestres como o francês Michel Foucault, assim como a aproximação de docentes como Carlos Gentile de Mello, Ernani Braga, Magalhães, Samuel Pessoa, que lecionaram no Instituto. De fato, os valores que lhe conferiram identidade estavam relacionados à produção intelectual que, como já indicado, têm em comum a compreensão de que o adoecimento nas coletividades humanas reflete o homem em seu contexto social relacionando o atraso, a pobreza e a dependência econômica às condições sanitárias da população.

Entre os alunos da turma de mestrado de 1978, encontram-se os jovens Reinaldo Guimarães, Paulo Buss e José Carvalho de Noronha; como professor/orientador, Ana Maria Tambellini, Sérgio Arouca e Madel Luz. Ainda nas salas de aulas repetia-se o aprendizado anterior, dando continuidades às reflexões sobre as extensões das desigualdades sociais. Com o objetivo de propor formulações sobre a questão da saúde no Brasil, José Noronha, Ana Maria Tambellini e Reinaldo Guimarães identificaram algumas visões semelhantes

⁸⁹ Luchese, 1991.

entre eles - que permeavam também os trabalhos de Mello, Braga, Gentile e Pessoa - dentre elas, a observação de que "em decorrência do processo de desenvolvimento econômico vivido nos últimos 15 anos, o que se observa é a persistência das doenças ligadas ao subdesenvolvimento, seu agravamento com a criação de novas áreas críticas na periferia dos centros urbanos, em pólos de desenvolvimento industrial ou em frente de colonização, concomitantemente ao aparecimento de novos problemas de saúde mais ligados ao próprio processo de produção, particularmente o industrial"⁹⁰.

Além disso, o Instituto também desenvolveu uma experiência comunitária em Austin, Nova Iguaçu, conhecida como Projeto Austin, visando uma articulação interinstitucional com a Secretaria de Saúde e os órgãos de prestação de serviços, na aplicação de uma medicina simplificada. Em decorrência da experiência neste projeto, em 1975 José Noronha muda-se para Nova Iguaçu onde ele, "Antônio Ivo, Lúcia Souto, saía pelas noites, nos bares, fazendo reuniões de moradores que acabou resultando nos movimentos de bairros de Nova Iguaçu"⁹¹.

Trebisch, ao afirmar que os lugares de sociabilidade são uma condição para a elaboração intelectual, leva a pensar a presença dos departamentos de Medicina preventiva na continuidade deste pensamento, já identificado na obra de Gentile, de Ernani, de Magalhães e de Pessoa. Até 1975, os pólos de produção de conhecimento estiveram localizados no Estado de São Paulo – nos DMP da USP, Unicamp, Santa Casa, Ribeirão Preto, Botucatu e Paulista de Medicina⁹². No entanto, o desmantelamento do DMP da Unicamp, com o deslocamento de uma parte dos intelectuais para o Rio de Janeiro, paralelamente ao crescimento do mestrado em medicina social do Instituto de Medicina Social da UERJ, fez com que, durante os anos Geisel, o pólo de produção a continuidade deste pensamento estivesse localizada concentrado no Rio de Janeiro⁹³.

O resultado é que, em decorrência da experiência nas universidades, o movimento da Reforma Sanitária, reprimido desde 1964, move-se e amplia suas articulações. Nas faculdades de Medicina, as discussões feitas em torno da medicina social, da medicina comunitária ou saúde comunitária, re-aglutinaram professores e alunos, liderados por

⁹⁰ Guimarães, 1978.

⁹¹ Entrevista dada por José Carvalho de Noronha para o Projeto Constituição do acervo sobre a elaboração e implementação das políticas prioritárias do Inamps:1985-1988.

⁹² Escorel, 1998:110.

⁹³ Escorel, 1998:110.

nomes como Sérgio Arouca, Ana Maria Tambellini, Célia Leitão Ramos, Hésio Cordeiro, Cecília Donnangelo da USP e Domingos Gandra⁹⁴.

Em 1974, alguns estudantes de medicina da UFMG fundaram, através do Diretório Acadêmico Alfredo Balena, um Centro de Estudos de Saúde e promoveram, a partir daí, várias discussões acerca da medicina da comunidade. Daí surgiu a idéia de se organizar, com o apoio de alguns professores, a I Semana de Estudos sobre Saúde da Comunidade – SESAC. A primeira SESAC foi em Belo Horizonte, e é interessante notar os participantes convidados: Sérgio Arouca, Ana Maria Tambellini, Cecília Donnangelo e Hésio Cordeiro⁹⁵. Aconteceram ainda outras várias Sesacs em Londrina, Campinas, Curitiba, São Paulo, Santo André, Vitória. Nestes encontros foram produzidos importantes documentos sobre a prática médica e a saúde comunitária, tendo contato, ademais, com a assessoria da Organização Pan-Americana da Saúde, cujos técnicos, na época, eram Juan Cesar Garcia e Carlos Vidal⁹⁶.

Não obstante, ressalta-se aqui que esta rede ainda está por ser mapeada, mas algumas indicações foram feitas por Regina Célia Nunes. Um de seus entrevistados, Francisco Eduardo Campos, localizou Juan César Garcia - assessor da OPAS- que teria, na verdade, quatro ou cinco ‘filhos’, “que fizeram a medicina social no país”, dizia ele. Essas pessoas foram Sérgio Arouca, um rapaz jovem de Campinas [não identificara o nome], a Cecília Donnangelo, o Hésio Cordeiro e o Domingos Granda.

Segundo Regina, “Juan teve essa percepção e articulou então um projeto de medicina social, sendo que as estruturas reprodutoras desse projeto foram, basicamente, o mestrado da Uerj, que teve uma importância fundamental na formação da grande maioria dos quadros da Reforma Sanitária brasileira, e o mestrado do México, onde se formou a intelectualidade da Associação Latino-Americana de Medicina Social”⁹⁷. O fato é que, em decorrência dos contatos e da formação advinda da experiência desse grupo, seja com aluno ou docente, no âmbito da universidade, esses intelectuais parecem ter se organizado em torno e por meio de redes, pelas amizades firmadas, pelas posições assumidas, pelo debates suscitados e, mesmo, pelas cisões advindas do contato entre eles.

⁹⁴ Campos, 1999.

⁹⁵ Santos, 1995.

⁹⁶ Santos, 1995.

⁹⁷ Nunes, 1995:38.

Também no interior dos sindicatos, os profissionais de saúde, diante de sua realidade como assalariados, vão recuperar as teses das desigualdades sociais estendendo a estratégia de luta acadêmica à experiência profissional. A luta sindical teve um amplo alcance entre os intelectuais desta geração, partindo de uma visão já em formação sobre a política de saúde, incorporando à estratégia de luta a questão da organização do trabalho médico. Introduziu, dessa forma, uma nova problemática de atuação: as relações do mundo do trabalho, a organização do trabalho, a legislação sindical e os instrumentos de luta dos trabalhadores, intervindo concretamente no mundo do trabalho⁹⁸ O fato é que durante os anos Geisel, o movimento médico, em pleno vigor, foi crescendo e ampliando seu espaço de atuação na sociedade brasileira. Problemas de assalariamento médico atuam decisivamente nas lutas que prosseguem, aglutinando novas gerações.

Os sindicatos foram tomados por movimentos de renovação cujos integrantes reconheciam sua nova realidade no mercado de trabalho e a decorrente necessidade de organização da categoria médica. Dentre estes movimentos, destaca-se o Movimento de Renovação Médica (REME)⁹⁹. Esse movimento representou um momento de transformação na consciência de uma categoria profissionais- a categoria médica- que era profundamente ligada à ideologia liberal e que, naquele momento, assumia uma consciência trabalhista, reconhecendo-se como classe média assalariada, empobrecida pela política econômica em vigor. Nos instrumentos dos trabalhadores – sindicatos, greves, luta salarial, encontraram mecanismos por meio do qual puderam reivindicar e organizar-se. O resultado é que a categoria médica não apenas ocupou seus sindicatos, como também se articulou com os demais sindicatos, em novas redes, difundindo um conhecimento e uma análise da política de saúde em que os médicos colocavam-se ao lado dos demais trabalhadores.

O REME conquistou representatividade no seio da categoria médica, a partir de propostas que tinham como modelo o ideário difundido por um grupo de socialistas e comunistas. Essas propostas criticavam a prática médica, vista principalmente da perspectiva das classes populares, discutindo o direito de atenção médica, a socialização dos serviços de saúde e a nacionalização da indústria farmacêutica. Desse grupo destacaram-se: Samuel Pessoa, Mario Magalhães e Carlos Gentile de Mello. Eram combativos, mas em virtude de sua postura e do grau de desenvolvimento dos

⁹⁸ Escorel, 1998:87.

antagonismos presentes na área de produção de serviços de saúde não tinham nos médicos sua principal audiência. Esse grupo chegou a dirigir a Associação Médica do Rio de Janeiro¹⁰⁰.

As primeiras manifestações contra as empresas privadas vêm de ações isoladas de alguns médicos de São Paulo, em 1976, quando tentavam fazer valer a legislação e garantir seus direitos trabalhistas. No entanto, a ‘vitória’ obtida, na maioria dos casos, significava entrar na lista negra das empresas, fato que limitava o número de ações. No entanto, mesmo em pequeno número, essas ações concretizaram a tomada de posição de médicos como assalariados que, em vez de manterem a utopia do exercício liberal da profissão, lutavam no interior dessa relação de trabalho.

Mas, antes mesmo da ocupação dos sindicatos pela Renovação Médica, também os residentes já se colocavam como um movimento trabalhista¹⁰¹. Enquanto na década de 70, a maior parte dos médicos parecia ainda defender uma ideologia liberal onde ele ainda seria o dono do seu conhecimento e da sua força de trabalho, um dos primeiros que pareceram ter procurado transformar a consciência da categoria foram os residentes. Neste período, as Residências Médicas conheceram uma expansão significativa não só no número de vagas, como também na abertura de novos cursos. Estas residências representavam, pois, para os recém formados, um mercado de trabalho particular. Não obstante, entre os anos de 1974 e 1979, em decorrência de importantes transformações no mercado de trabalho - como o crescente assalariamento médico - a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), criada em 1967, assumiu um papel importante na propagação das utopias igualitárias.

Os movimentos dos residentes e de renovação médica se associaram às lutas mais gerais da sociedade brasileira pela redemocratização do país e, em particular, pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, integrando os comitês de saúde do Comitê Brasileiro de Anistia, e participando das vigílias cívicas promovidas na Bahia, em Pernambuco, em São Paulo, em Minas Gerais, no Rio de Janeiro e no Ceará, durante a greve de fome realizada pelos presos políticos no primeiro semestre de 1978¹⁰².

⁹⁹ Escorel, 1998:87.

¹⁰⁰ Escorel, 1998:98.

¹⁰¹ Escorel, 1998:88.

¹⁰² Escorel, 1988:96.

“Estes movimentos identificavam-se também com as propostas do CEBES. Em 1980, enfatizavam em seu jornal aquilo que veio a ser o princípio norteador da VIII Conferência Nacional de Saúde: ‘Saúde não é caridade. É dever do Estado’”¹⁰³.

De dentro de sindicatos, universidades, centros de estudo, de academias, de reuniões, de conversas de corredores, esse punhado de médicos sanitaristas, por sua ciência, começa a ver seus nomes em relatórios, trabalhos, estudos e pesquisas, todos de repercussão dentro e fora do país, fundamentando idéias e ações que modificaram de dentro o rumo das Políticas de Saúde, atropelando poderosos interesses e modificando o cotidiano da assistência à saúde. O resultado é que o compromisso político com a melhoria das condições de vida da população começou a alcançar uma penetração social significativa e a concorrer desta forma para a divulgação da realidade brasileira, expressando diferentes formas de organização social e cultural.

A continuidade desses ideais coadunava-se, pois, com aquilo que a maior parte desta geração pensava ao se defrontar com a prática da medicina. As prescrições de cada um convergiam para uma doutrina destinada a superar desigualdades a que todos estavam expostos, ainda que obedecessem a diferentes inserções e trajetórias que, cada um, à sua maneira, foi percorrendo. De uma maneira geral, mesmo que estes jovens estudantes estivessem estreitamente relacionados ao movimento de medicina social, foi o encontro dos intelectuais em torno de referências marxistas que deu continuidade a esta doutrina nas instituições formadoras.

Esta doutrina, na medicina social, está localizada nos elementos que afirmam a indignação para com a miséria, a doença, e a opressão, e o reconhecimento das desigualdades sociais, postas pelo contraste de classes sociais nas mais diversas formas de organização social que marcaram a Revolução Industrial e vida dos trabalhadores a partir do século XVIII. A entrada das ciências sociais no campo da saúde, a partir dos anos 60, contribuiu com a construção de uma teoria social da saúde nessa perspectiva, como modo de desvendar contrastes e de pensar criticamente a organização social e cultural do país¹⁰⁴. A chegada das ciências sociais ao campo da saúde, direcionada pela análise macro-

¹⁰³ Escorel, 1988.

¹⁰⁴ Embora a tradição sanitária tenha demonstrado sensibilidade às questões sociais da saúde, grande parte dos pesquisadores até então ministravam poucas disciplinas na área e a aceitação do referencial teórico metodológico dessas ciências resumia-se a um papel complementar às ciências biológicas.

sociológica, ressaltava os aspectos estruturais na explicação dos fenômenos humanos. Nessa abordagem, o materialismo histórico, através do viés estrutural funcionalista ou histórico- estrutural, -do qual Althusser é figura emblemática - serve de parâmetro interpretativo, principalmente nos marcos da ditadura, quando as instituições parecem confirmar a noção de "aparelhos ideológicos de Estado".

Logo, o que parece ter acontecido é que a abordagem marxista parece fornecer uma visão integrada da situação de saúde do país. Daí a importância de lembrar a presença dos trabalhos de Arouca (1975), Donnangelo (1979), Luz (1979) nas dissertações, teses e relatórios de pesquisa produzidos nestas instituições, sob esta inspiração. Dava-se continuidade, no campo teórico, à construção de um pensamento crítico, calcado na abordagem das condições e dos problemas de saúde da população brasileira, mantendo como eixos centrais de interpretação categorias como “sistema econômico”, “modos de produção”, “classes sociais”, “exploração” e, “dominação”.

No contato que tiveram na universidade, esses intelectuais acabaram vivendo experiências coletivas muito parecidas, por meio da vivência que os inseriam nos mesmos projetos de pesquisa e nos diálogos com os mesmos professores. O resultado é que a realidade sanitária deixara de ter como núcleo precursor a academia, e começa a estender-se para outros lugares por meio de redes que estes intelectuais foram traçando, ou por meio de projetos nos quais foram se inserindo.

Logo, além da academia, entre os anos 60 e 70, nesse chão intelectual, germinaram outros locais de encontro desta geração: o Movimento dos Médicos Residentes, o Movimento de Renovação Médica, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), as Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (Sesacs), os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina (ECEM), as reuniões anuais da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e tantos mais por conhecer.

Em decorrência da criação do CEBES, em 1977, por exemplo, criou-se a *Revista Saúde em Debate* que, segundo Arouca, foi o espaço de relação entre o pensamento da academia e o que estava acontecendo na sociedade brasileira em geral. A revista trazia análises de modelos assistenciais, programas comunitários que, em seu bojo, reconheciam as diferentes formas de organização social, ao denunciar as práticas excludentes, legitimadas principalmente pela consolidação de uma política de assistência médica

privatista. Como lembrou Sarah, "o CEBES materializou e difundiu o pensamento médico social, ao apontar a saúde como componente do processo histórico-social. Congregou, corporificou e divulgou o pensamento sanitaria, que já tinha sido permeado na academia pelas ciências sociais marxistas".

O compromisso político com a melhoria das condições de vida e saúde da população alcançou uma penetração significativa nos corações e mentes desta geração, levando-os a atuarem em projetos de medicina comunitária. Sarah relata que a inquietação surgiu principalmente entre os estudantes mais conscientes, que não tinham partido para a luta armada contra a ditadura. Em um movimento espontâneo, começaram a procurar formas de se vincularem à população e seus problemas. Passaram a dar consultas, promover ações educativas, participar de movimentos e lutas mais gerais nos bairros e comunidades, e a procurar, em suas faculdades, espaços de discussão dessa prática e dessa realidade social¹⁰⁵.

Os projetos de medicina comunitária tiveram como objetivo propiciar ao estudante uma visão extra-muros, extra-hospitalar, mais integral, onde os intelectuais pareciam compartilhar sentimentos semelhantes diante da sua posição como intelectuais. David Capistrano, em 1997, ainda jovem aluno do mestrado da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, dirigia-se à platéia em uma apresentação durante o XIX Congresso Brasileiro de Higiene: *Os pobres morrem antes: quem negará esta verdade?*

O fato é que o contato que os intelectuais tiveram através de projetos comunitários acabou resultando em rearranjos nos serviços, orientados por um enfoque médico social, que contemplou uma participação ativa da população na construção e operação dos serviços de saúde¹⁰⁶. Do contato dos intelectuais com as instituições prestadoras de serviços resultou a implantação de projetos experimentais, que vieram a ser base para futuros projetos institucionais. Para que se possa estimar a relevância do movimento de medicina comunitária no período, basta evocar os inúmeros projetos e programas alternativos que eclodem nos municípios de Montes Claros, Niterói, Jequitinhonha, Paulínia, Londrina, Campinas e Curitiba; há estreitos e seguidos intercâmbios entre essas experiências municipais.

¹⁰⁵ Escorel, 1999:23.

¹⁰⁶ Apud Escorel, 1998.

Segundo os relatos desses intelectuais, os caminhos e os motivos que os levavam a aderir a esses projetos são diversificados, como também eram várias as explicações que formularam para explicarem aos outros e, sobretudo a si mesmos, como e por que aderiram a estes projetos. Ao reconstruírem suas histórias de vida e as razões que os estimularam, eles se esforçaram para legitimar, com argumentos lógicos e inteligíveis, as suas próprias escolhas e o modo de existência que optaram no mundo.

Recordando o caminho que a fizera trabalhar com projetos comunitários, Sarah Escorel, em entrevista, reconstitui uma série de experiências e revelações que a levou a distinguir dualidades, contrastes e oposições, e a viver um novo estado de consciência política. Seja em decorrência da maneira como percebia a formação médica ao contar que, “ao entrar pela primeira vez em uma enfermaria teve uma reação muito forte à maneira como eram tratados os pacientes”. Aos poucos, Sarah se aproximava desse “estranho mundo da pobreza” ingressando no Departamento de Medicina Preventiva para trabalhar com doenças parasitárias. Com o sentimento de que “as doenças parasitárias era aquilo que iria encontrar na maioria da população brasileira, principalmente na camada mais pobre”, decidiu então fazer a formação nesta área. Aos poucos, ela se aproximava deste outro mundo juntando-se a um grupo de amigas nas férias e, no sítio de uma delas, realizando exames parasitológicos com crianças da localidade. Ela lembra então da insatisfação com o mundo em que vivia dizendo-se uma “estudante pouco adaptada” e de sua disposição em se dedicar a uma causa justa e verdadeira.

Outros militantes descrevem caminhos distintos de entrada neste mundo das dualidades, agora sob maior sistematização. Aluísio Gomes diz que foi “praticamente tragado por esse mundo das comunidades”, ressaltando a relação direta de sua vivência desde menino com a posterior adesão à estes projetos: Desde muito guri, já tinha muita vinculação com a questão social. Trabalhei em igrejas, em movimentos sociais e em movimentos de bairros periféricos. Para mim, foi como se tivesse voltado a frequentar comunidades periféricas em uma visão diferente.

Já um outro grupo alegava ter chegado não por razões humanitárias, mas em decorrência dos acontecimentos políticos que viviam. Muitos deles argumentam que aderiram ao comunismo pelo ambiente radicalizado da época, particularmente na luta contra a ditadura. Antônio Ivo participou do Movimento Estudantil na executiva dos

estudantes, da Passeata dos 100 mil. Sua “turma” era de esquerda e sua geração, “encantada pela utopia social”. Dessa forma, em 1973, já fora da universidade, chega a realizar um trabalho com medicina comunitária em São João de Meriti, onde “trabalhava com idéia de saúde como um tema mobilizador das populações, que teve origem no Movimento Amigos de Bairro e da Associação de moradores de Nova Iguaçu”.

Há algo de messiânico na formação dessas redes e na propagação dessas ações comunitárias, movidas por esse ideário. Tal impressão nos remete ao trabalho de Michel Lowy, a respeito das teses sobre o conceito de história, do filósofo marxista Walter Benjamin¹⁰⁷. Michel Lowy indica o quanto a obra e a interpretação do filósofo, ao articularem marxismo e messianismo, duas expressões de um único pensamento, numa comparação com a teologia, situa mais precisamente a luta dos oprimidos como portadora da força explosiva e revolucionária que leva a buscar a reparação das desigualdades, do sofrimento, da desolação das gerações vencidas. A realização, enfim, de objetivos pelos quais gerações anteriores lutaram, mas que não conseguiram alcançar. Nessa perspectiva, a redenção messiânica de uma geração se liga às tarefas intelectuais das gerações passadas. Nessa abordagem, não há um messias enviado do céu: somos nós o Messias. Cada geração possui uma parcela do poder messiânico e deve se forçar para exercê-la. Logo, o poder messiânico não é apenas contemplativo; é também ativo: a redenção é uma tarefa da geração que recebe esse legado e que o realiza no presente.

Não obstante a idéia de uma associação entre teologia e marxismo - o que, em 1940, era apenas uma intuição - foi esta uma das teses de Walter Benjamin que suscitou mais incompreensão e perplexidade. Algumas décadas depois de tê-la enunciado, torna-se um conceito perceptível num fenômeno histórico de maior importância, como na Teologia da Libertação na América Latina. O conjunto de textos - escritos por autores de extraordinária cultura filosófica como Gustavo Gutierrez e Leonardo Boff, dentre outros-, articula de maneira sistemática o marxismo e teologia - e contribuiu para mudar a história da América Latina. Os milhões de cristãos, inspirados por essa teologia, presentes nas comunidades de base ou nas pastorais populares, desempenharam um papel crucial na

¹⁰⁷ Um pouco antes de ser pego pela polícia franquista na fronteira espanhola, no começo de 1940, fato que resultara em seu suicídio, produziu um texto denominado “Sobre o conceito de história”, onde, por meio de alegorias, buscava chamar atenção para os perigos eminentes que ameaça e sobre as catástrofes que se perfilariam em um horizonte cuja conjuntura caracterizava-se por uma Europa tomada pela Segunda Guerra.

revolução sandinista na Nicarágua (1979), no crescimento da guerrilha na América Central (El Salvador, Guatemala), na formação do novo movimento operário e camponês brasileiro – do Partido dos Trabalhadores (PT) e do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem terra (MST). De fato, a maior parte dos movimentos sociais e políticos rebeldes latino-americanos durante os últimos trinta anos tem a ver, em diferentes graus, com a Teologia da Libertação¹⁰⁸.

No movimento da saúde comunitária, os intelectuais parecem ter tido contato com essas referências. Diferentes experiências dessa geração conferiram-lhe a face revolucionária. Fleury, na passagem sobre sua experiência no Projeto Montes Claros afirma que "[...] tal experiência havia instaurado uma lógica contagiante de engajamento no processo de transformação da realidade social"¹⁰⁹.

Esta geração parece ter alcançado um estado de consciência que a fez repensar a forma pela qual iria se inserir no processo de luta contra a pobreza. Esses intelectuais procuravam, na verdade, dar sentido social à organização, a impulsos e desejos de lutas. Inquietação, insatisfação, desassossego e desejo de mudanças são sentimentos sempre presentes no relato desses intelectuais. Durante a entrevista, Sarah diz-se ter ingressado no DIP por estar descontente e inconformada, daí preferir trabalhar com doenças parasitárias: primeiramente, "era aquilo que iria encontrar na maioria da população brasileira, principalmente na camada mais pobre". Ademais, "era também a chance de retribuir à população mais carente, mais pobre do Brasil o que considerava ter sido um privilégio de formação". Esse modo de sentir a pobreza concedeu status à teoria da marginalidade - ramo principal do dois brasis - à esquerda e à direita. Não se trata de "[...] um campo teórico específico [...], mas apenas um conjunto de proposições a respeito do fenômeno empírico da pobreza, derivado da aplicação do funcionalismo à análise dos países em desenvolvimento". A noção dos dois brasis reforça a idéia de pobreza como a do lado marginal do Brasil Essa será uma regra também do pensamento conservador, base das políticas sociais de cunho paliativo, pontuais e focais.

Sarah compreende a extensão da questão social brasileira encarnada pelo doente a sua frente; compreende que só a adesão a valores igualitários pode reduzir a distância desse

¹⁰⁸ Lowy, 2005:26.

¹⁰⁹ Fleury, 1995.

em relação a sua posição social; daí o estranhamento e o mal-estar por ocupar esse lugar de intelectual, daí sentir a responsabilidade de servir.

Parece que esta passagem anuncia um imperativo ético que Marx assim formulava: lutar para “derrubar todas as condições sociais em que o ser humano é um ser rebaixado, subjugado, abandonado, desprezado”. É essa a exigência moral universal que Sarah expressa: a de lutar pela supressão dos sistemas sociais injustos e desumanos, tudo aquilo que motiva seu engajamento, independentemente das chances de vitória e de quaisquer que sejam as previsões do futuro. Essa condição possibilitaria enfrentar as exigências éticas e políticas desse seu tempo, e reativar a ambição, sem dúvida, desmesurada de acabar com a dominação de uma classe por outra, de um sexo por outro, de uma nação por outra. Trata-se de um objetivo universal renovado, que se inspira na promessa não cumprida de 1789: liberdade, igualdade, fraternidade¹¹⁰.

1.3 A militância partidária : um cenário de luta

O compromisso político com a melhoria das condições de vida e saúde da população, que alcançou uma penetração significativa nos corações e mentes desta geração, construiu-se na relação com a vida política, expressa na luta contra a ditadura e na defesa da ordem democrática. Nesta perspectiva, examinar papéis destes intelectuais no processo de superação do fosso entre os dois brasis, na luta por essa superação, revela momentos e frentes de renovação cultural e política que imprimem um norte às lutas e às ações na saúde.

A relevância da política para essa geração pode ser identificada na trajetória dos entrevistados: todos - com exceção de Sarah -, tiveram militância partidária. Embora declare ter sido procurada pelo pessoal do Partido Comunista do Brasil, aquilo ‘não fizera a sua cabeça’, pois não lhe “agradava o jeito partidário, fechado e autoritário de fazer política. No entanto, manifestava, participava e dava opinião”. Também, afirmara: “vivemos um momento de politização”.

Jorge Ferreira, em estudo sobre a cultura e o imaginário político dos comunistas no Brasil, destaca o conjunto de idéias, valores, conceitos e padrões de comportamento

¹¹⁰ Apud Lowy, 2003:154.

reconhecidos pelos militantes comuns, por homens e mulheres que encontraram no comunismo o projeto de sua identidade social e que nos dá uma pista sobre o comportamento desses intelectuais no reconhecimento das dualidades¹¹¹.

Os comunistas partilhavam de um **conjunto** de crenças, **nem sempre ordenado e organizado**, mas que traduzido em imagens, símbolos e mitos muito contribuiu para o desejo de revolucionar o mundo. Eram conceitos, por vezes, vagos e imprecisos, mas não menos reais ou negligenciáveis na maneira pela qual pensaram, descreveram a realidade e agiam sobre ela. Em sua pesquisa, um de seus entrevistados, Eduardo Dias, recordando os episódios da insurreição do Brasil, em 1935, “sonhava com todo o poder aos trabalhadores. O homem seria livre. Trabalho condizente com o ser humano. Cultura para todos. A terra para os que a cultivavam. O sangue fervia em nossas veias. Afinal, chegara o momento. Os famintos, os explorados, iríamos tomar aquilo que por direito nos pertencia. A terra para todos. As suas riquezas naturais, para todos. Não haveria mais fome. Não haveria mais miséria. Para isto tínhamos o nosso partido. Para isto éramos revolucionários. O socialismo, afinal. A felicidade completa”¹¹².

As imagens de absoluta fraternidade representam um imaginário sob o qual os comunistas reproduziam seus valores e normas, descreviam a sociedade e designavam a si mesmos perante ela, definiam identidades e papéis sociais, expressavam as necessidades coletivas e estabeleciam os fins que se queriam alcançar¹¹³. Ocorre que é possível perceber uma similaridade entre as imagens descritas por Ferreira e aquelas nas quais os intelectuais na década de 70 utilizavam para enunciar a pobreza e a luta para sua superação.

Arouca, em um postal enviado a seu filho da Nicarágua, onde estivera para trabalhar na construção do sistema de saúde da Nicarágua Sandinista, pareceu compartilhar de um sentimento muito parecido ao de Eduardo. Dizia ele no postal: “Sabe, aqui, porque era um país muito pobre, a maior parte das pessoas não sabe ler. Então, depois da Revolução, todas as pessoas que sabem ler estão ensinando as que não sabem. O cartão mostra um menino ensinando a uma família de trabalhadores. Leia o que está escrito no cartão - dizia ele à Pedro- que um dia você vai entender por que eu vim trabalhar aqui,

¹¹¹ Ferreira, 2002.

¹¹² Ferreira, 2002:22.

¹¹³ Ferreira, 2002:22.

deixando você e sua mãe tão tristes. Porque um dia, várias pessoas como eu vão deixar suas casas, seus filhos, para irem ajudar o Brasil, quando for necessário”¹¹⁴.

Mesmo longe de seus filhos, Arouca pareceu não ter qualquer dúvida quanto às certezas que tais referências lhe ofereceram. Convicto na verdade e na justiça de sua causa, Arouca, assim como Sarah, estava certo de que a marcha dos acontecimentos na saúde levaria inevitavelmente à superação do fosso existente entre um país próspero e em constante transformação e uma sociedade velha e miserável, pertencente a um Brasil arcaico, seguindo antigas crenças sobre o Brasil¹¹⁵.

Logo, é justamente este impulso ilustrado pela imagem de Arouca na Nicarágua, onde trabalhou, em 1980, como consultor da OPAS para a reestruturação do sistema de saúde deste país, no programa de governo da Frente Sandinista de Libertação Nacional (FSLN), que nos aproxima do imaginário criado pelos comunistas – no caso estudado por Jorge Ferreira, no período de 1930 a 1956 -, que motivou toda uma geração, que parece ter acreditado viver em uma época de grandes realizações. A luta era legítima e necessária, pois apenas dois destinos se apresentavam ao “povo brasileiro”, sob a ditadura de 1964: um deles, no qual se vivia e que incluía as circunstâncias da repressão vivida pelo regime militar; o outro, que anunciava sua superação e a construção de um governo democrático e de liberdade nacional.

Esta “vontade de revolucionar o mundo” parece, pois, ter sido reproduzida e perpetuada na imagem de Arouca, apelidado carinhosamente pelos intelectuais como o “guru” da Reforma Sanitária. Tal imagem abre a possibilidade de se pensar sobre os problemas creditados à saúde coletiva, e nos permite compreender como este meio intelectual, atuante no setor, tem produzido sua especificidade e re-atualizado antigas utopias¹¹⁶. Em sintonia com Sirinelli, ao definir uma sociabilidade específica neste grupo, um intelectual se define sempre em referência a uma herança, onde o patrimônio do mais velho é sempre uma referência explícita ou implícita. Segundo Sirinelli, é bem verdade que os mitos das sociedades tradicionais perderam suas funções originais com a modernização

¹¹⁴ Arouca, 2003:12.

¹¹⁵ Lambert, 1967:103.

¹¹⁶ Também aí há uma similaridade com os comunistas. Jorge Ferreira diz que também entre os comunistas, por mais que negassem, compartilhavam uma imaginação mítica. Assim que, entre os comunistas, os slogans que clamavam por liberdade, paz, abolição das classes, igualdade e solidariedade humana, entre outros,

do mundo, mas ainda subsistem nas nostalgias, nas imagens e nos desejos que se traduzem em entusiasmos profundos de se viver em uma humanidade diferente¹¹⁷. Entre os intelectuais, Arouca, ao clamar por uma saúde para todos, localiza antigos mitos, traduzidos em imagens, nostalgia, desejos e entusiasmos que acabaram mobilizando, na década de 80, uma parte considerável da sociedade brasileira em torno do projeto de Reforma Sanitária.

O imaginário produzido por sua imagem, no entanto, não surge aleatoriamente, de maneira arbitrária e sem laços de continuidade com o passado. Ao contrário: essa inquietação, que manifestava ao deparar-se com a dualidade presente entre Brasil moderno e o atrasado, tem origem com a divulgação das idéias do *Manifesto* que fundaram as diretrizes dos movimentos de esquerda revolucionária do mundo contemporâneo. Desde a difusão do texto pelos teóricos e militantes da II Internacional, e continuada em vigor ainda maior pelos bolchevistas, o proletariado passou a ser descrito como o sujeito que tinha a missão, inevitável, de revolucionar o mundo¹¹⁸.

Ocorre que por meio de narrativas periódicas, o mito de Arouca é, então, vivido pelo setor saúde, lembrando a todos as situações que fundaram tudo o que existe. No prefácio à publicação *O Dilema Preventivista*, Ary Miranda, ao escrever sobre este intelectual, ressalta a sua inquietação: “longe no tempo, desde o ensino secundário, antes mesmo do ingresso na universidade, quando, ao perceber a necessidade da prática política organizada, ainda numa época de clandestinidade, engaja-se no Partido Comunista Brasileiro – PCB”. Por meio de sua imagem, é possível perceber o clima que permeou a constituição do campo da saúde coletiva e a conduta dos intelectuais neste campo. Sob a ditadura, tais participações se moviam e expandiam em marcos, na maior parte das vezes, de inspiração marxista. Um exemplo disso encontra-se na difusão da obra de Berlinguer, deputado do Partido Comunista Italiano (PCI) e irmão do Secretário Geral desse partido, que se faz com muita eficácia pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Intelectuais a distribuem em diversos órgãos governamentais. Um dos exemplares foi adquirido através do próprio Arouca por Suely Gomes Costa, então membro da equipe da Secretaria de Saúde

resgatavam antigos mitos e se traduziram em imagens que mobilizaram milhões de pessoas em todos os países.

¹¹⁷ Ferreira, 2002:27.

¹¹⁸ Ferreira, 2002:31.

de Niterói, em meados dos anos 70: “Arouca levou uma pilha para vender na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói na gestão do Hugo Tomassini e eu o comprei”.

O desejo de revolucionar o mundo estava nessa geração. O fim das desigualdades pensado, sentido e vivido como uma utopia, podia incluir também idealizações irrealizáveis e um imaginário destituído de bases reais. Não obstante, as crenças e o desejo de transformar o mundo organizavam um código a partir do qual os intelectuais descreviam a sociedade, enunciavam valores e normas e designavam a si mesmos perante ela, definiam papéis sociais e identidades, expressavam as necessidades coletivas e estabeleciam os fins a serem alcançados, sobretudo, em torno da noção de igualdade dos homens¹¹⁹.

Mas todo esse desejo esbarra em alguns grandes obstáculos. Diante do assalariamento crescente, muitos médicos viram-se muitas vezes envolvidos em atividades diversas, assumindo múltiplos papéis que, por sua natureza, contrastavam com o discurso que lhes era próprio. As fronteiras entre medicina pública e privada, na vida prática de muitos desses intelectuais, antes tão bem definidas, ficaram borradas e esmaecidas. Concomitantemente à militância, ao trabalho em hospitais públicos e à defesa de uma medicina de qualidade, acessível a todos, muitos mantinham consultórios privados, trabalhavam para empresas em setores conveniados. É o que aponta o médico José Carvalho de Noronha quando diz que, ao mesmo tempo em que dirigia junto à Hésio Cordeiro no INAMPS, “também mantinha um pequeno consultório, onde recebia e atendia clientes”.

Então, a exemplo de Noronha, muitos desses intelectuais deslocaram-se de seus espaços originais. E essas saídas não foram só espaciais – da universidade para o serviço e os consultórios-, mas saídas de papéis tradicionais, por tanto tempo definidos em suas vidas, papéis apropriados de acordo com sua inserção em projetos de pesquisa, militância em partidos, amizades subtendidas e rupturas com redes antes criadas. Com isso novas experiências foram vividas. Diversos foram os fatores que impulsionaram essas saídas e modificaram a experiência vivida por eles. O assalariamento, os baixos salários e a precarização do trabalho médico são apenas algumas delas. José Carvalho de Noronha, que tem um consultório "pequeninho" em Nova Iguaçu, atendendo clientes particulares, é o mesmo que, em 1976, integra o PC do B e que, posteriormente, trabalhara na Direção do

¹¹⁹ Ferreira, 2002.

Inamps, sob a presidência do antigo colega de mestrado, Hésio Cordeiro. Também é o mesmo que se diz “fazendo chavecagem, comícios, organizações”.

Em depoimento, um entrevistador reconhece as ambigüidades de suas contingências e o interpela: “Noronha, ontem quando nós fomos lá na tua sala eu levei o maior susto, eu te conheço do Instituto de Medicina Social, você, Hésio. A imagem que eu tenho de vocês é a da competência acadêmica, o discurso bem formulado. Eu estou lá sentado e aí chegam quatro senhores, que me deu vontade de rir. Eu não sabia se eram empresários da Federação Brasileira de Hospitais, se eram vendedores de produtos, de equipamentos. E como é que é essa convivência, vocês ficavam lá na Academia com aquelas figuras bonitinhas da Medicina Social, como não sei o quê, cheios de amigos de repente aquelas figuras de terno” (risos)¹²⁰

O que esta interpelação nos mostra é que, o tradicional papel de militante, que por tanto tempo determinou as experiências vividas por Noronha, passa a ser encenado conjuntamente com tantos outros. Enfim, papéis contraditórios se cruzam e se deslocam mutuamente, causando estranhamentos. A formação de identidades é apenas um processo em contínuo andamento, sempre inacabado, em transformação. Alguns intelectuais desta geração ensaiaram movimentos de saída dos antigos espaços e papéis. Sob dadas circunstâncias, informalmente, muitos começaram a mudar suas referências.

Este movimento abriu as portas da universidade para a arena política: a rigidez com que se defendia o fortalecimento do setor público foi posta em dúvida. Os intelectuais em suas saídas dos códigos originais, distanciaram-se de antigas utopias, criando novas identidades, antes impensáveis principalmente nos de dirigentes: quando a gente senta lá (no poder), ... a gente começa a ver então o que é que quer dizer concretamente fortalecer o setor público”¹²¹.

Se, ao longo da década de 70, essa geração de intelectuais portou idéias e doutrinas sustentadas na crença de que o desenvolvimento (progresso) levaria à superação do fosso entre os dois brasis, a partir de 1980, essa geração, em decorrência do processo de redemocratização, encontra outras formas de lidar com problemas decorrentes do atraso, da

¹²⁰ Projeto Constituição de acervo sobre a elaboração e implementação das políticas prioritárias do Inamps: 1985-1988. Casa de Oswaldo Cruz.

¹²¹ Projeto Constituição de acervo sobre a elaboração e implementação das políticas prioritárias do Inamps 1985-1988. Casa de Oswaldo Cruz.

pobreza, da dependência econômica, tendo como pano de fundo a constituição de um sistema público, equânime e universal, dando continuidade aos modelos de interpretação baseados na existência de um antagonismo de diferentes formas de organização social e cultural.

Capítulo 2

A GERAÇÃO NOS 80: SAÚDE E DEMOCRACIA

“Em 1977, durante o Congresso da Associação Paulista de Higiene, houve uma discussão muito rica sobre a questão da saúde. Como a perspectiva de mudança quase não existia, discutiu-se, então, se valia a pena formularmos “utopias”, pois naquela época colocar a questão da redemocratização e da obtenção de determinadas liberdades democráticas podia parecer uma utopia” (Revista Tema, agosto de 1986)”.

Nove anos se passaram desde a apresentação de Arouca naquele congresso. No dia 19 de março de 1986, na sessão solene da Abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde, a democracia torna-se, pois, a palavra de ordem, concretizando aquilo que no passado havia sido chamado por utopias. Ocorre que, nos fins dos anos 70, e ao longo da década de 80, o país viveu um clima de mudança representado por lutas pela redemocratização, das quais Arouca participa com entusiasmo, anunciando seus desejos.

Em decorrência de todo esse processo vivido, adensa-se uma mudança na arena política, agora percebida em suas muitas complexidades. Dessa forma, muito se redefine na década de 80, tempos de revisão de antigas utopias. Nessas reviravoltas, os intelectuais acompanharam de perto as transformações. Questionaram seus lugares e seus hábitos. Reinventaram formas de expressar suas insatisfações. Formaram novas redes. Recolocaram antigos problemas. Ressaltaram novos. Mas fizeram prevalecer, como lembra Trebisch, a negação da lógica do interesse individual, em nome de uma adesão a valores comuns, materializados justamente pela noção da equidade como o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde. Continuaram reafirmando fins desejados no ideário da igualdade como valor e princípio normativo. Seus questionamentos ganham força com o crescimento de

uma frente política, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e dos partidos clandestinos. Estão dadas as condições de ressurgimento de um vasto espectro de forças políticas da sociedade - como sindicatos e movimentos populares, integradas na oposição e na luta contra a ditadura militar.

Entre 1979 e 1982, os intelectuais foram estabelecendo contatos e alianças com demais movimentos pela democratização do país, procurando cada vez mais identificar maneiras concretas de atuar no panorama de saúde da população brasileira¹²². Os contatos entre os núcleos críticos, realizados em decorrência de apoios como os da FINEP, acabaram resultando na constituição de uma rede, onde ocorre a difusão deste pensamento. Dos Departamentos de Medicina Preventiva, esse pensamento crítico foi sendo ampliado para residências e pós-graduações. Extrapola, posteriormente, o mundo acadêmico e penetra as instituições prestadoras de serviços, até mesmo o Inamps, em partidos políticos e sindicatos.

Segundo Sirinelli, uma das condições para que haja um meio intelectual é a existência de um espaço público de debates. Este espaço foi representado pelo Centro de Estudos Brasileiros da Saúde (CEBES), que assumiu um importante papel agregador e difusor do pensamento deste grupo. Vale lembrar que o CEBES construiu sua plataforma ao redor das denúncias das iniquidades da organização econômico-social e da perversidade da prestação de serviços de saúde. Permitiu, desta forma, o reconhecimento das desigualdades, compondo uma linha de interpretação da realidade brasileira, que transformou significativamente a forma pela qual os intelectuais passam a expressar as utopias igualitárias. A importância de sua existência deve-se ao fato de que o CEBES

¹²² Nestes tempos, no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva, o discurso preventivista sobre o qual debruçava-se grande parte dos alunos e docentes das Faculdades de Medicina, foram ganhando contornos críticos. O discurso preventivista tinha como característica o fato de que para alcançar a saúde era necessária uma mudança na atitude da pessoa. Dessa forma, utilizava-se como conceito uma doutrina baseada na história natural das doenças, na multicausalidade, e na visão ecológica saúde/doença. Sobre o assunto, ver: (Arouca, 2003). Ia de encontro a este discurso um conhecimento alternativo que ganhava força, não só no interior dos Departamentos, mas em outros demais órgãos como o CEBES, sindicatos, conselhos, associações, ABRASCO e mesmo no interior do INAMPS. Tratava-se do discurso da medicina social. Em síntese, no discurso da Medicina Social, a medicina é considerada a política aplicada ao campo da saúde individual e a política não é mais do que a medicina no âmbito social, curando os males da sociedade. A principal estratégia de transformação da realidade em saúde é a participação política na expectativa de que revoluções populares resultem em justiça, democracia e igualdade, principais estratégias de transformação da realidade da saúde (Paim, 2005, 9). Embora não seja uma novidade, pois sua origem é datada entre os anos de 1830 e 1840 na França, Inglaterra e Alemanha - quando nestes países surge a compreensão sanitária como um

representou para esta geração um importante *locus* de propagação das utopias igualitárias - um lugar de idéias - força que dá continuidade a ideários e ações de democratização da saúde pública brasileira, entendidas como utopias igualitárias.

Antônio Ivo de Carvalho, Sônia Fleury, Sarah Escorel, Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro, José Carvalho de Noronha, Eleutério Rodrigues Neto, Carlos Gentile de Melo, todos fizeram parte da entidade, expressando suas opiniões por meio de artigo divulgado nas páginas da *Revista Saúde em Debate*, veículo difusor do pensamento do Centro. Carlos Gentile de Mello, por exemplo, reconhecidamente cáustico, crítico do regime militar e, em particular, do modelo previdenciário, sempre fazia questão de ser apresentado como membro do CEBES. Foi um de seus sócios mais ilustres e combativos¹²³. O que estes indícios nos mostram é que a construção de uma rede em torno do Centro parece ter reunido esta geração, demarcando campos de luta e ações de saúde. Organizou idéias e aglutinou seguidores em torno de uma luta em direção ao enfrentamento das desigualdades¹²⁴.

Nos três primeiros anos de existência, em um período compreendido entre 1976 e 1979, o CEBES representou por meio da proposta de unificação do sistema e da democratização da saúde, a sua adesão aos movimentos sociais, tais como, o Movimento contra a Carestia e a Luta pela Anistia: em decorrência deste movimento, "Saúde e democracia" passa a ser o grande lema do CEBES por um longo período. Como apontou

processo fundamentalmente político e social -, ela vem, neste período, ganhando terreno com o projeto de redemocratização, reatualizando antigas utopias.

¹²³ Neto, 2003:35.

¹²⁴ O Centro teve início por ocasião da 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em julho de 1976, em Brasília. Ocorre que quando este evento aconteceu, a sociedade brasileira ainda dispunha de poucos canais para manifestar sua oposição ao regime militar. Dessa forma, as reuniões da SBPC passaram a congregam um número cada vez maior de pessoas que exigiam a redemocratização do país. Pelo fato desses encontros terem se tornado um novo espaço de debate político contra o autoritarismo, esta reunião de Brasília chegou a atrair um grupo de pessoas ligadas aos departamentos de medicina preventiva e social do Rio de Janeiro e São Paulo. Nela, foi discutida a formação de uma entidade aglutinadora de um 'novo pensamento' em saúde (Escorel).

Grande parte dos componentes desse grupo, que havia se fragmentado após o conflito entre o Departamento de Medicina Preventiva e a reitoria da Unicamp, voltou a congregam-se, então, nesta reunião, que atraiu pessoas de São Paulo e do Rio de Janeiro, muitas delas vinculadas ao Partido Comunista Brasileiro. Ali foram apresentados os projetos que o PESES iria iniciar e as conclusões dos trabalhos realizados na Unicamp, pelo grupo que ali se manteve.

Na Assembléia final do Congresso de 1976, o grupo de São Paulo, composto por um numeroso grupo de médicos que realizava o primeiro curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, faz então a proposta de criação do CEBES. A origem desses médicos era os Departamento de Medicina Preventiva e Social da USP, da Unicamp, de Sorocaba, de Botucatu, da Santa Casa de São Paulo, da Escola Paulista de Medicina, bem como pessoas ligadas à UFRJ. Assim nascia o Centro.

Arouca, “este lema significava que para se conseguir começar, timidamente, a melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto de redemocratização do país”.

Duas palavras, “saúde” e “democracia”, formaram uma expressão pela qual o ideal da liberdade, igualdade e solidariedade humana – promessa não cumprida na Revolução francesa de 1789 - se definia, resgatando antigos mitos traduzidos em imagens, nostalgias, devaneios e desejos que mobilizaram milhares de pessoas em todo o país. Ainda que disfarçado por uma linguagem política, acabou atuando como mito revolucionário e motivou o grupo a prosseguir na luta pela supressão de sistemas sociais injustos e desumanos, aproximando-se do imperativo categórico que Marx assim enunciava: derrubar todas as condições sociais em que o ser humano é um ser rebaixado, subjugado e desprezado.

São estes os anseios que parecem, pois, estar por detrás de tal lema, embalando a ação de antigos professores como Mário Magalhães, Carlos Gentile de Mello, Ernani Braga, Samuel Pessoa, depois de alunos como Sérgio Arouca, Ana Maria Tambelline, e, mais adiante, de novos quadros que chegavam como José Carvalho de Noronha, Hésio Cordeiro e Paulo Buss. Parecia existir um pacto secreto que os ligava por meio de uma visão histórica como uma luta permanente entre oprimidos e opressores. Como exclamava o filósofo Walter Benjamin a respeito dos derrotados da Revolução de 1848: “Eles [os derrotados] esperam de nós- dizia o filósofo- a reparação das injustiças passadas e a realização da utopia social”. Portanto, tomando como exemplo a colocação de Benjamin, também entre os intelectuais parecia haver um pacto secreto a unir esta geração, a partir de uma visão da história como luta permanente entre os oprimidos e opressores em direção à superação das injustiças sociais. O resultado é que papéis sociais foram distribuídos de acordo com este jogo. Os sujeitos, de muitos modos, apropriaram-se então desses papéis, atribuindo a eles um significado singular – o que Stuart Hall denomina por identidade¹²⁵.

É interessante observar que, com a marcha do processo de redemocratização do país, as divisões partidárias comprometeram a ação mais unificada da esquerda, transformando papéis que os intelectuais assumiriam, resultando daí, novos arranjos. Em 29 de novembro de 1979, o Congresso decreta o fim do bipartidarismo. Com isso, o

¹²⁵ Hall, 2003.

Movimento Democrático Brasileiro é extinto, criando-se em seu lugar o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Outros partidos são criados no mesmo período. No dia 10 de fevereiro de 1980, é fundado o Partido dos Trabalhadores (PT); e, em 16 de setembro deste mesmo ano, o Partido Democrático Trabalhista por Leonel Brizola. Com este evento, os intelectuais parecem afastar-se das narrativas míticas que compunham o marxismo - leninismo no qual se reafirmavam modelos exemplares de proletários revolucionários, de partido de vanguarda e de catástrofe do capitalismo - tudo aquilo que constituía a base para o *modus operandi* do Partido Comunista Brasileiro. Diante dessa nova conjuntura, surge uma nova forma de militância: tradicionais papéis, representações e práticas destinadas a esta geração não se conservam mais; embora não deixem de estabelecer com este passado uma certa continuidade.

Ora, a perspectiva política dos intelectuais parece se associar ao próprio surgimento e crescimento do Partido dos Trabalhadores e das Comunidades Eclesiais de Base, orientados por uma perspectiva de mobilização de comunidades e socialização política, e de crítica aos modos de pensar e de lutar dos quadros oriundos do PCB. Não por acaso, algumas décadas depois, confirmou-se a forte presença do Partido dos Trabalhadores nos governos municipais, como um dos principais implementadores de reformas institucionais democratizadoras, tanto da saúde como de outras áreas da gestão pública. A aparente unidade anterior, no qual o PCB tivera um importante papel, no entanto, parece ter sido rompida em decorrência da abertura política e da entrada em cena destes partidos, fragmentando as esquerdas e dividindo os intelectuais.

Este parece ter sido um momento difícil e angustiante, onde os intelectuais reavaliavam seu passado político, seu comportamento, sua maneira de agir, pensar e interpretar o mundo em que vivia. Jorge Ferreira, estudando o imaginário dos comunistas no país entre 1930 e 1946, dizia que o militante Hércules Corrêa, após 45 anos de dedicação ao PCB, com muito esforço emocional, abandonara o partido. O rompimento com o partido foi traumático, pois era uma referência que dizia quem ele era no mundo. Desolado, Hércules sentiu que sair do partido equivalia a renunciar a um conjunto de referências que lhe davam capacidade para interpretar a realidade e a si mesmo.

Ocorre que os intelectuais chegaram a ocupar espaço aberto pelo governo na máquina estatal. O retorno ao “mundo profano”, a uma realidade destituída de modelos

exemplares, vã e ilusória, à prática, pois, da gestão, chegou a confundir e ameaçar as noções de existir, ser a agir. Diante dos olhos desses militantes, ruíam mitos e toda uma ordem simbólica que regia a própria existência. Suas crenças, valores, códigos comportamentais e todo o conjunto coordenado de representações, símbolos e imagens de outrora desabavam, entravam em colapso, e perdiam a capacidade explicativa. Não obstante, os intelectuais encontraram uma outra maneira de dar continuidade a este ideário.

O que restava da geração de outrora e outras mais recentes formam novas redes; aglutinam-se num novo ator coletivo que concretiza lutas no setor saúde, numa grande coesão social, em torno da idéia de universalidade e equidade, princípios que re-atualizam a idéia de igualdade. É justamente por meio destes esforços que eles parecem abrigar valores presentes em projetos da década passada, mas diante de novas referências, como aponta Fleury na passagem em que diz que “a relação da democracia com a reforma revelou-se como formulação doutrinária que corporifica, na política pública, os ideais igualitários”¹²⁶.

Este projeto portava um modelo de democracia cujas bases consistiam, fundamentalmente, na formulação de uma utopia igualitária. Dessa forma, o movimento ganha crescente legitimidade, re funda e atualiza a utopia anterior em alguns aspectos. Ao enunciarem a noção de que o acesso universal à saúde pressupõe direito de todos os cidadãos, e a de equidade é acesso igual ao sistema de saúde, os intelectuais assumem a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e justiça social fundado na solidariedade.

A universalização, a equidade e a integralidade como princípios da democracia, passam a unir os intelectuais da saúde em torno de utopias. A existência de valores comuns, uma das características do mundo intelectual, é materializada justamente nesses conceitos. Esta idéia que poderia ser denunciada pelos círculos conservadores como “utopia”, como “idealizações”, ou talvez como mero “messianismo revolucionário”, destituído de bases reais, passa a fazer parte de um conjunto de representações, um imaginário, através do qual os intelectuais passam a reproduzir seus valores e normas, assim como a expressar fins desejados.

Por detrás dessa idéia, divulgada amplamente pelos intelectuais, revela-se um projeto claro de transformação de referências de orientação das políticas de saúde no

¹²⁶ Revista Saúde em Debate, 44: 194.

projeto de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ponto de partida para o desenho de principais propostas na fórmula: “Saúde, direito de todos e dever do Estado”. Nessa concepção, a saúde, entendida como um bem público, deveria constituir-se em direito social universal, a ser garantido pelo Estado a qualquer cidadão brasileiro.

Tal consenso fundamentava-se na leitura crítica da intervenção estatal no período autoritário, a qual, apesar de intensa, não havia desenhado um sistema de saúde capaz de garantir a igualdade no acesso aos serviços. A partir dessa concepção, os intelectuais buscaram promover a ruptura do padrão de ação estatal no campo da saúde, consolidado na década de 70 durante o regime autoritário, caracterizado pela segmentação de clientela, pela fragmentação institucional e pela gestão centralizada. Não obstante, por detrás deste projeto, o ideário da universalização acaba ganhando corpo e adesão, alimentando o desejo de transformar o mundo em torno da igualdade dos homens. Dessa forma, as utopias igualitárias são re-atualizadas.

A abertura política, iniciada no Governo Geisel, contribuiu para que os militantes retomassem a circulação de idéias em textos impressos, congressos, seminários e simpósios, combinada com uma política editorial coordenada, sistematizada e definida. Este foi o caso da publicação *Saúde em Debate*, criada em 1976. Em vista dessa abertura, os intelectuais foram trabalhando, específica e intensamente, a problemática saúde diante das perspectivas de um regime democrático, pondo em destaque este ideário. Dessa forma, por meio de um trabalho intenso de reuniões, encontros e seminários, foram aperfeiçoando propostas de mudanças para o Sistema Nacional de Saúde que incorporasse os princípios da universalidade, equidade e integralidade¹²⁷.

Outro fato pareceu contribuir para a propagação destas utopias: um conjunto de intelectuais deslocou-se para Brasília para trabalhar no Projeto de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde - PIASS e, a partir de 1979, nos ministérios. Também, assessoram parlamentares progressistas da Comissão de Saúde. Logo, com a entrada dos intelectuais na administração pública, este ideário passa a compor as propostas de reforma na organização do sistema público de saúde.

O trabalho resultou na organização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Realizado entre os dias 09 e 12 de outubro de 1979, foi organizado pela Comissão de Saúde

¹²⁷ Neto, 2003.

da Câmara dos Deputados. Embora a idéia do Sistema Único de Saúde não fosse nova, experimentada principalmente pelas economias socialistas, e divulgada pelos organismos internacionais, foi a partir da realização deste Simpósio, sob a assessoria do CEBES, que a proposta foi publicamente posta em debate.

O documento trazido para discussão pela diretoria nacional do Centro, denominado *A questão democrática da saúde*, acabou transformando-se no documento final do Simpósio. Como afirmara Eleutério Rodrigues Neto, “este documento acabou transformando-se na cartilha do movimento”. Sobre este evento, Arouca observa que “todos [os intelectuais do setor] compareceram! O documento aprovado nesta ocasião, era o do CEBES, que Arouca lia como presidente nacional”. Dessa forma, este Simpósio parece ter representado uma nova fase para os intelectuais. Passaram estes a se vincular mais à política de saúde e a ocupar, de forma relativamente permanente, o espaço parlamentar. Com um projeto definido, ocupam um lugar cada vez mais relevante na arena setorial¹²⁸.

A posição do CEBES, apresentado por Arouca, alcançou adesão de parlamentares e sindicalistas. Os intelectuais reconheciam publicamente que a saúde deveria ser um direito universal e inalienável, comum a todos os homens. Exaltavam e ressaltavam uma proposta que se resumia na seguinte fórmula: “Saúde: direito de todos e dever do estado”, ou seja, a saúde, entendida como bem público, deveria constituir-se em direito social universal, a ser garantido pelo Estado a todo e qualquer cidadão brasileiro residente no país, independente de sua condição de segurado na previdência. Nesta fórmula, embutia-se a conquista e ampliação dos direitos sociais, uma vez que a garantia do direito à saúde, até então, era decorrente da contribuição individual ao seguro social. Tratava-se, pois, de redefinir as relações entre o Estado e a sociedade. Ocorre que, dessa vez, as utopias se traduziam em um projeto real de transformação do setor.

Tal fato nos aproxima de Walter Benjamin quando diz que apenas a lembrança, a contemplação, a consciência das injustiças passadas, não são suficientes. É preciso, pois, a reparação do sofrimento, da desolação das gerações vencidas, e a realização dos objetivos pelos quais lutaram e não conseguiram alcançar. Eis que o Movimento Sanitário parece ter representado a busca por tal realização, a saber: a conquista de uma sociedade justa e igualitária. Sobre o assunto, referindo-se ao primeiro livro de Walter Benjamin,

¹²⁸ Neto, 2003.

Daammerung [Crepúsculo], publicado em 1934 com o pseudônimo de Heirich Regius, diz Horkheimer: “Quando se está no mais baixo degrau, exposto a uma eternidade de tormentos que vos afligem outros seres humanos, alimenta-se como um sonho de libertação o pensamento de que virá um ser, que se manterá em plena luz e vos fará chegar à verdade e à justiça. Vós não tendes a necessidade de que isso se produza durante a nossa vida, nem durante a vida daqueles que vos torturam até a morte, mas um dia, qualquer que seja ele, tudo será reparado”¹²⁹.

A realização dos objetivos pelos quais lutavam os intelectuais da saúde agora tinha uma diretriz: tratava-se da descentralização das ações e serviços, por meio de um processo de coordenação inter- institucional. Como ressalta Fleury, “a descentralização foi assumida como a estratégia mais importante para se atingir a construção do Sistema, de acordo com os princípios gerais que o orientam, especialmente quanto à democratização, universalidade e equidade”¹³⁰. A partir da segunda metade da década de 70, desenvolvem-se propostas de reformulação do setor saúde. Uma delas, denominada Ações Integrais de Saúde, tinha como meta a descentralização do processo de decisão, estabelecendo como princípios estratégicos a universalização, a equidade e a integralidade das ações.

O ideário desta geração continua a ser propagado: destaca-se, ainda fins de 1984, uma série de encontros setoriais promovidos pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro, o PMDB, às vésperas do Colégio Eleitoral, com o objetivo de discutir as propostas que iriam ser levadas a cabo pelo governo da Nova República. A idéia da mudança para o Sistema Nacional de Saúde se fez com base no princípio já referido de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser implementado com equidade, universalização e integralidade. Amplamente aceita, passou a ser uma proposta do partido de oposição¹³¹.

De forma a contribuir para a divulgação deste ideário, em 1986, realizou-se na cidade do Rio de Janeiro o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que representou um espaço estratégico na luta pela democracia, através do reconhecimento da saúde como direito de cidadania e da formulação de propostas concretas, engajadas na reformulação do modelo de assistência à saúde.

¹²⁹ Apud Lowy, 2003.

¹³⁰ Escorel, 1994.

¹³¹ Escorel, 1998.

Neste mesmo ano, convocou-se, também, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que deveria obter subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para debate na futura constituinte, que se daria ao longo do ano de 1987. O evento foi considerado um dos eventos políticos de maior peso no período, tendo mobilizado quatro mil participantes. Nele, aprovaram-se definições e propostas referentes ao conceito ampliado de saúde, ao direito da cidadania e dever do estado e às bases financeiras da saúde. Mesmo sem a presença de representantes do setor privado, seu relatório final representou a consolidação dos princípios da equidade, universalidade e integralidade, ardorosamente defendidos por esta geração de intelectuais.

“O Brasil não pode continuar sendo uma nação de vários brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira e abastada classe; e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe!”, dizia José Sarney, em tom profético: E no mesmo tom concluía: “será deixado para trás o quadro desses brasis. Construiremos um só Brasil, o do povo com saúde, livre de todas as endemias”. Sob este clima, aprovou-se a idéia de que para alcançar tal objetivo expresso na fala de Sarney, a saúde deveria ser um direito de todos e um dever do estado¹³². Esta mesma idéia foi reiterada ao longo de 1986 e 1987 em uma série de conferências temáticas que fizeram uso do Relatório Final da VIII Conferência, desdobradas por tema e área de atuação: saúde da mulher, da criança, dos índios, do trabalhador, etc... Dessa forma, a idéia de igualdade, expressa no slogan “saúde direito de todos e dever do Estado”, ia sendo reiterada.

Neste mesmo ano, estes grupos, representados na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, reuniram-se. Dois dias de exaustivos debates sobre as diferentes e, às vezes, conflitantes posições, resultou, no final, um documento consensual entregue aos parlamentares que compuseram a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, contendo a proposta do texto relativo ao setor saúde que seria incluído na Constituição. Constava no corpo do texto entregue, aquele mesmo ideário levado à público por Arouca no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979: trata-se da idéia da saúde como direito de todos e dever do Estado, consolidada por meio dos princípios da universalização e equidade.

¹³² Jornal Proposta, número 2, página 2.

Nessa busca, o movimento desses intelectuais em torno dos ideais igualitários chegou a ser cunhado por alguns de Partido Sanitário, numa alusão crítica ao seu eventual “descolamento” do movimento político geral, compondo uma vertente que defendia a colocação da saúde como direito universal.

Em 1987, os resultados dos trabalhos da Comissão de Políticas de Saúde, criada para analisar as propostas divulgadas pelas diferentes instituições em relação ao direito à saúde¹³³, mostra a extensão desses embates. Fazia parte desta Comissão Sônia Fleury (então Vice-Presidente da Abrasco), Eleutério Rodrigues Neto (NESC/UNB), Amélia Cohn (DMP/USP) e Eliana Labra (ENSP/Fiocruz).

Nas propostas, havia claramente duas posições distintas: um grupo, encabeçado pela Confederação Nacional das Indústrias, defendia que o direito à saúde deveria ser considerado um dever do poder público e da sociedade, da família, da comunidade e da iniciativa privada. Nesta percepção, a saúde era defendida como direito natural e centrada na noção restrita aos aspectos médicos curativos e, portanto, de recuperação do indivíduo doente. Iam de encontro a este grupo aqueles que defendiam uma concepção mais abrangente de que o direito universal à saúde deveria ser considerado como dever do Estado, representados pela Abrasco, a SBPC, a Comissão Afonso Arinos, o PCB, o PT, o Conselho Federal de Medicina, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, a CUT, a Associação Paulista de Medicina e a Câmara Municipal de São Paulo. Nos debates, era possível perceber a extensão das controvérsias expressas na fala da representante da Confederação Nacional das Indústrias, Cristina de Fátima. A universalidade está sob ameaça e posta em novas bases. A respeito dos resultados desta discussão, afirmava que, em algumas partes do texto proposto para a constituinte, havia ficado bem transparente o desejo de restringir a atividade do setor saúde. Disse então a representante achar “uma irrealidade, porque é inegável o trabalho do setor privado na assistência à população nessa área”¹³⁴

Ocorre que, por trás do projeto de transformação do setor saúde, o que estava sendo colocado em pauta era a redefinição de prioridades governamentais, o aporte adicional de recursos financeiros, a rearticulação de interesses, a reengenharia institucional e o rearranjo da relação público *versus* privado. Tudo isso se traduziu em conflitos e projetos políticos

¹³³ Jornal Proposta, abril de 1987.

distintos que disputavam espaço na formulação das políticas. Então, conseguir transformar esta bandeira em ações concretas, que se materializariam no capítulo da saúde na Constituição de 88, requeria um esforço enorme desta geração.

Nessa conjuntura emerge a crise do bloco socialista, com a crescente denúncia de "falácia" do comunismo. O mundo estaria se preparando para o que o alemão Robert Kurz denominaria como "o colapso do sistema mundial de mercadorias", que teve, como expressão maior, a queda do Muro de Berlim, em 9 de novembro de 1989, quando o governo da então Alemanha Oriental, comunista, decidiu abrir suas fronteiras, precipitando, com este evento, o colapso dos regimes do Leste Europeu.

Para muitos, o fato encerrara definitivamente a Segunda Guerra Mundial, já que este muro era parte da herança deste conflito, e da Guerra Fria, entre as superpotências militares de então: Estados Unidos e a ex-URSS. De um lado, este evento foi interpretado como o fim das ideologias, já que restava apenas uma após a queda do Muro. De outro, seguiu-se a interpretação de que o que ruiu não foi apenas o muro, mas uma fração do próprio sistema mundial, fazendo soprar cada vez mais forte o vento da globalização. Ocorre que o mundo, ao contrário das certezas revolucionárias, não caminhou para o comunismo, mas sim, para o que estudiosos diversos definem como globalização. Seja qual for a leitura, o fato é que, em decorrência dos avanços neoliberais nos anos 80, as utopias igualitárias passam a sofrer sensíveis mudanças.

Com o descrédito do socialismo, logo em seguida à queda do muro de Berlim, em 1989, as teses se refazem. Há o crescente assalariamento médico. O brotar das clínicas e empreendimentos de medicina de grupo vão alterando o quadro iniciado entre meados e fins de 70. Nesta mudança de conjuntura, velhas correntes de pensamento são rompidas e elementos novos e velhos são reagrupados ao redor de novas imagens e símbolos, premissas e temas. Mudanças de uma dada problemática transformam significativamente a natureza das questões propostas, e as maneiras pelas quais podem ser respondidas. Uma democracia com contornos liberais vai então ganhando força.

Em decorrência deste novo contorno, e da perda de controle pelo governo da situação econômica vivida no país, as pretensas políticas sociais democráticas foram sendo progressivamente substituídas por políticas conservadoras. Então, durante o processo

¹³⁴ Jornal Proposta, número 2.

constitucional, a Presidência da República, junto com parlamentares conhecidos como “grupo do centrão”, iniciou um processo de negociação com o objetivo de manter o regime presidencialista e definir o mandato presidencial de cinco anos.

O resultado é que houve uma redistribuição dos cargos políticos e, dessa forma, a equipe do Ministério da Saúde passou a ser majoritariamente conservadora. No final da primeira fase do governo Sarney, o movimento sanitário acumulava vitórias no âmbito do processo constitucional, ao passo que no âmbito institucional alguns de seus representantes, - Hésio Cordeiro é um exemplo - foram destituídos dos cargos que até então ocupavam.

A demissão de Hésio Cordeiro lançou uma interrogação sobre o futuro do processo de saúde que se viabilizava já, em vários estados, através do SUDS. A saída de Hésio levou centenas de entidades da sociedade civil - confederações de trabalhadores, sindicatos, conselhos profissionais, associações de funcionários e vários representantes de organismos de governo - a manifestarem, em nota oficial, “seu veemente repúdio” ao fato, apontando para um possível retrocesso para a área da saúde. Segundo a nota, “a gestão de Hésio Cordeiro à frente do Inamps representou um compromisso com as propostas aprovadas pela VIII Conferência, de melhoria efetiva das condições de assistência médica da população, pondo em prática o princípio de que a saúde é direito de todos e dever do estado”.

Então, desde que se iniciou, em 1987, a redistribuição de cargos, os intelectuais que haviam no período ocupado cargos na máquina pública foram demitidos, mantendo-se, até o início de 1990, como último bastião, a Fundação Oswaldo Cruz, sob o comando de Sérgio Arouca. Na Previdência Social, a condução comprometida com as reformas manteve-se até a negociação do mandato presidencial e do regime de governo. A partir de março de 1988, nenhum “representante” do movimento sanitário permaneceu em cargos de direção do Inamps¹³⁵.

Esse evento possibilita compreender de maneira mais exata o processo de participação gradativa dos intelectuais da reforma na discussão política. A importância deste momento está justamente na capacidade de mobilização e implicação dos diversos atores intelectuais, na avaliação e construção de um ideal político para a saúde, expressando

¹³⁵ Escorel, 1988.

os interesses de cada parcela, assim com os conflitos que a proposta de reforma trazia na perspectiva de cada grupo¹³⁶.

Diante desses novos ventos, aprovou-se então, em 1988, a Constituição Federal, que estabeleceu os princípios, diretrizes e organização das ações e serviços de saúde para a reforma do sistema brasileiro. Como princípios para reorganização da atenção à saúde e direito social, a Constituição determina a universalização da cobertura e atendimento e a igualdade no acesso às ações e serviços. Diz o artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Dessa forma, em decorrência de todo o movimento dos intelectuais, as utopias igualitárias acabam tornando-se princípios estabelecidos na Constituição, resgatando e concretizando o ideário por eles defendidos nos anos da ditadura.

No entanto, mesmo após a aprovação e consolidação dos ideais igualitários, diferentes projetos políticos, em suas muitas contradições, continuaram a disputar espaços. A tradução dessas contradições pode ser expressa pelas alternativas de universalização X focalização na definição da clientela do SUS, cesta básica X atenção integral na abrangência dos procedimentos custeados pelo sistema, e o *mix* público X privado na composição da oferta de ações e serviços, presentes na construção de um pensamento sobre a realidade sanitária.

No Brasil, à Constituição Federal seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação que detalhou princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema – objeto de muita disputa que só se concluiu em 1990. A organização básica das ações e serviços de saúde, quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo no SUS, foi objeto da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Esta lei foi complementada, no que se refere à participação da comunidade na gestão do sistema, e à forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990¹³⁷.

¹³⁶ Levcovitz, 2001.

¹³⁷ Luchese, 1996:90.

Em relação aos intelectuais, uma vez constituídas as bases jurídico-legais, ou seja, passada a Constituição e aprovada a Lei Orgânica da Saúde, acabaram preocupando-se cada vez mais com o caráter científico de sua produção, assim como com a qualificação de seus produtos. O academicismo, com todas as regras por cumprir para estabelecer-se no panorama acadêmico como “científico”, distanciou-se de sua prática política, com exceção dos Núcleos de Saúde Coletiva, que surgem como resposta às demandas de preparação de recursos humanos, assessoria e pesquisa, oriundas do processo de reforma sanitária.

Ao entrar nos anos 90, esses núcleos têm como objeto de preocupação a implementação da reforma e das utopias igualitárias, que agora se tornam princípios constitucionais a serem consideradas na formulação das políticas para o setor. O PSF, implantado em 1994, parece ter contribuído para dar continuidade a este ideário, pondo em relevo aos intelectuais tais utopias, re-atualizando-as uma vez mais.

2.1 Mais labor acadêmico: época de revisões

Ao redor do mundo, a partir de 1960 e 1970, surgiram movimentos, organizações e partidos que na busca de caminhos alternativos para transformação social, fizeram a tentativa de “reinventar a política”, fazendo uma crítica, pela esquerda, aos partidos comunistas e socialistas: a New Left (Estados Unidos), a Gauche Proletarienne (França), a Lotta Continua (Itália), dentre outros. A Nova Esquerda teve diversos nomes para o mesmo significado. O fato é que, em decorrência deste movimento, a esquerda política se renova e passa a ganhar novos contornos.

Ao surgimento desses grupos, no campo teórico, somava-se um debate: trata-se de uma revisão no interior da teoria marxista. O sociólogo português Boaventura de Sousa Santos apresenta, no livro “Pela Mão de Alice” alguns elementos que caracterizam o marxismo e o pensamento de esquerda nas décadas de 1960 a 1980. Ele relata que, desde o final dos anos 50, o pensamento marxista estava renascendo, sustentado pelas experiências das revoluções chinesa e cubana e pelos movimentos estudantis europeus e norte-americanos no final dos anos 60. Ademais, observa que nos países do terceiro mundo estaria acontecendo um “surto” de produtividade teórica, em decorrência do deslocamento do foco dos países centrais para a periferia. Grande parte da produção parecia buscar

explicar e resolver a especificidade do capitalismo tardio e do colonialismo¹³⁸. Nessa perspectiva, as teses da dualidade brasileira, aqui e ali, eram reeditadas, e persistiam em variações da velha teoria da marginalidade, agora sob fundas revisões.

O nascimento teórico do marxismo, lembrado por Santos, estaria ligado à descoberta de alguns manuscritos de Marx - até então desconhecidos - como os *Manuscritos econômicos e filosóficos de 1844*, o que teria resultado numa renovação teórica em duas grandes diferentes direções: de um lado, uma nova geração de pensadores ligada à teoria crítica da Escola de Frankfurt, entre os quais se destaca Jürgen Habermas; de outro, o marxismo estruturalista francês cujo expoente maior era Louis Althusser. Ao longo da década de 70, um outro ponto ganharia destaque: trata-se da valorização - tanto teórica quanto política - da cultura e da ideologia. Tal ênfase marcou o pensamento marxista, alinhando-se neste campo Marcuse, Bourdieu e a produção da chamada escola marxista inglesa - Thompson, Christopher Hill e Eric Hobsbawm¹³⁹.

Esses autores, importantes referências nas décadas de 60 e 70, influenciaram essas novas esquerdas. O olhar crítico desses pensadores favoreceu o desmonte da “determinação de última instância”, conferida ao primado da infra-estrutura sobre a superestrutura, base do economicismo marxista. Dissolveu a clássica polarização entre classes dominantes e dominadas, conceito até então fundamental ao estudo da ideologia. De diversos modos de observação da dinâmica social eclodiram significativos aportes ao conhecimento do mundo da cultura. Os processos de transformação foram evidenciados, não a partir de uma única e suposta ‘racionalidade’, em qualquer tempo ou lugar, de todos os comportamentos sociais, mas da pluralidade da vida social. Ganharam sentido os modos de vida, a sociabilidade e as formas de organização das várias camadas sociais, sobretudo das chamadas camadas “populares”, diga-se de passagem, sempre ausentes, ou consideradas passivas diante do modelo analítico da dominação X subordinação. E. P. Thompson em especial, em seus estudos sobre as lutas sociais do século XVIII na Inglaterra, colocou em evidência que, muito mais que a transformação, os processos sociais, na longa duração histórica, apontam a recuperação dos estados passados de consciência e de existência¹⁴⁰.

¹³⁸ Araújo, 2000:10.

¹³⁹ Sousa, 2000:10.

¹⁴⁰ Costa, 1995:97.

Não obstante, a partir da década de 80, o crescimento dos movimentos de minorias políticas colocou em cena um outro campo teórico-conceitual, que recusava categorias de totalidade e de universalidade, caras ao marxismo, e valorizava, ao contrário, as noções de fragmentação, especificidade e diferença. Boaventura de Sousa Santos ressalta que esses movimentos traziam, em seu âmago, uma crítica radical ao marxismo; pelo menos ao marxismo ortodoxo, que enfatizava a dimensão econômica da noção de classe. Ao privilegiar a opressão de classe, o marxismo teria secundarizado (ou mesmo ocultado) outras formas de opressão – como a pressão sexual, racial ou religiosa.

O confronto entre a noção de classe e as diferentes noções particulares e específicas que definem identidades de grupos e movimentos de minorias, passou a marcar a cena política da esquerda, com força, a partir dos anos 80. Ocorre que a partir deste período, com o processo político da redemocratização, e a possibilidade de maior intervenção dos intelectuais na delimitação de uma reforma para o setor, o esforço era o de construção de propostas de reforma na organização do sistema público de saúde, que surgiam no interior das discussões acadêmicas. Permanece, pois, nas universidades, pesquisas em torno da reforma do setor, pensadas pelo viés do planejamento, do investimento político, da organização do trabalho em saúde, e das experiências internacionais. Estes temas ocupam um papel cada vez mais proeminente na interpretação das circunstâncias em que as práticas de saúde vinham ocorrendo no país¹⁴¹.

O resultado é que, durante os anos 80, novos objetos e novos problemas foram colocados aos intelectuais. É interessante analisar a cultura dos intelectuais da saúde inscrita na força das idéias de inspiração marxista, em seu viés estruturalista, nesta história. Propagada de norte a sul do país, principalmente nos Departamentos de Medicina Social e Núcleos de Saúde Coletiva, deixou como herança um modo de refletir fragmentado e hierárquico sobre categorias fundamentais, como sujeito e natureza, biológico e social, o que teria contribuído para conformar um discurso científico extremamente generalista. E não é só isso.

Não obstante esse pensamento ter se alastrado como uma grande vaga civilizatória, propiciado pelos movimentos sociais e pelas dinâmicas das salas de aula, o movimento promovido por intelectuais, que compunham o quadro da chamada Nova Esquerda, parece

¹⁴¹ Levcovitz, 2003.

ter-se traduzido no âmbito acadêmico em profundas revisões teóricas, ao longo deste período.

Ocorre que as muitas idéias extraídas do corpo teórico marxista, e desenvolvidas nas condições objetivas das lutas pela redemocratização do país, recuperaram nesta conjuntura, seu poder original de colocar, na boca de pessoas comuns, algumas interpretações sobre sua própria existência. Por isso mesmo, a força da indignação, da insubmissão, da revolta, colheu fragmentos de diversos conceitos e emprestou a esse conjunto de generalizações o significado de uma idéia-força no sentido da mudança¹⁴².

Esse signo deslocou-se dos partidos, entidades profissionais, unidades de ensino, para o mundo acadêmico e vice e versa, onde os signos da indignação foram adotados. Ocorre que nestes tempos parecem ter ocorrido muitas reavaliações de significados nestas idéias, pois os discursos generalizantes esbarravam em um limite: os intelectuais da área, ao migrarem para as tarefas de governo, se depararam com o desafio de enfrentar as consistentes bases ideológicas e programáticas da medicina especializada, assim como o poder da medicina privada, e sem deixar de mencionar a força contida nas indústrias de medicamentos¹⁴³.

O resultado é que o contato intelectual com essas tarefas requereu, no âmbito acadêmico, a superação de um espírito até então reinante no campo da saúde coletiva, segundo o qual já se tem uma teoria social pronta e acabada, restando apenas melhor ajustá-las aos problemas colocados pela prática do dia-a-dia da política, pois, na medida em que vêm se avolumando as propostas de reforma na organização do sistema público de saúde, os intelectuais vão descobrindo que esta organização é marcada por peculiaridades regionais, com diferentes ritmos, culturas e singularidades. Dessa forma, o tecido social, no cotidiano, mostrou-se em suas muitas nuances. Ganhou densidade. Diferentes ramas aí apareceram, oferecendo contornos de relações sócias e conflitos bem mais complexos que os presumidos na dicotomia dominado X dominante¹⁴⁴.

¹⁴² Costa, 1995:78.

¹⁴³ Costa, 1995.

¹⁴⁴ Costa, 1995:97.

Capítulo 3

Os intelectuais e o PSF: as utopias se renovam

“No final, quanto mais as coisas permaneciam as mesmas, mas elas mudavam...”
(Marshall Sahlins)

"[...] hoje não há grandes movimentos de idéias como naquela época. É que 1969 representou para o mundo a idéia de utopias, para o mundo, e aí não é só a questão do socialismo. Hoje, as idéias, como estão colocadas, não se organizam como uma proposta de mudança de mundo. Alguns chamam isso de pós-modernidade. Então você tem explicações fragmentadas, o ambiente mais individual, menos coletivo, eu acho isso. O mundo hoje raciocina de maneira diferente". Essa afirmação de Antônio Ivo, em entrevista, nos leva à seguinte questão: o mundo, ao contrário das certezas revolucionárias da sua geração, ao longo de duas décadas, não caminhou para o comunismo, mas negou-o, dirigindo-se para o que os diversos estudiosos definem como globalização, modernidade, pós-modernidade, uma nova versão histórica do capitalismo. Os ideais igualitários que a moveram parecem ter se extinguido. Nos fins do século XX, à primeira vista, o projeto que se impõe como única alternativa válida erode laços de solidariedade entre os intelectuais, desqualifica mitos, aprofunda a dessacralização das relações humanas. Amplia, pois, o individualismo, levando Fleury a dizer que a saúde [leia-se os intelectuais] fala hoje para ela mesma¹⁴⁵.

Uma vez constituídas as bases jurídico-legais, ou seja, aprovadas a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, os intelectuais da saúde parecem ter se distanciado da prática política, preocupando-se cada vez mais com o caráter científico de sua produção e com a qualificação de seus produtos. Fazendo um paralelo, no prefácio de seu livro *Between past and future* (1954), Hanna Arendt comenta a seguinte frase do poeta René Char: *“Notre héritage n'est précédé d'aucun testament...”* Para Hanna Arendt, com esta frase, condensava “a essência do que quatro anos de resistência vieram a significar para toda uma geração de

escritores e intelectuais europeus”: uma herança sem testamento. Com o fim da guerra e a libertação da França – dissolvendo-se desta forma a Resistência – esses homens e mulheres voltaram suas vidas comuns para seus negócios pessoais, separados do 'mundo da realização'. Assim, após a derrota do inimigo comum "[...] que os haviam unificado – apesar das inúmeras divergências-, a vida pública os dividia de novo, aprisionando-os nos velhos enfrentamentos vazios de ideologias antagônicas¹⁴⁶

Nesta experiência, homens e mulheres haviam perdido os seus tesouros. Para a filósofa alemã, esse tesouro consistia na experiência compartilhada de um engajamento que lhes rendera uma vivência de liberdade e de iniciativa. Não era apenas a luta contra a tirania que os identificava, mas, essencialmente, o fato “de que haviam tomado em suas mãos a iniciativa e criado entre si um espaço de liberdade”. É justamente o que parece ter acontecido com os intelectuais, em geral, e os da saúde, em especial, na entrada dos anos 90.

Com exceção dos Núcleos de Saúde Coletiva que surgem como resposta às demandas de preparação de recursos humanos, assessoria e pesquisa, oriundas do processo de reforma, a prática teórica – construção e reprodução do conhecimento – até então vinculada à prática política, descolou-se dela. Os intelectuais dessa geração parecem ter se afastado cada vez mais do cenário político, refugiando-se na academia¹⁴⁷.

Ao analisar a entrada dos intelectuais nos anos 90, é necessário considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde. Se por um lado, o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80, contribuiu para o debate político da saúde, quanto à consolidação dos princípios do SUS - equidade, integralidade e universalidade -, nos anos 90, a concretização desses princípios colocará tensões contínuas diante dos avanços neoliberais. Profundas mudanças econômicas afetaram a esfera pública, mas por anular o projeto de instituição de um Estado forte, no qual o neoliberalismo restringe o poder e o dever de Estado de regular a vida social. Se o Estado adotou medidas para incrementar os setores industrial e de serviços, ao mesmo tempo teve, aos poucos, no plano das políticas sociais, sua presença reduzida. Ademais, a partir da década de 80, a onda conservadora de reformas no plano político, econômico e

¹⁴⁵ Apresentação na abertura do ano acadêmico da Escola Nacional de Saúde Pública, em 2005

¹⁴⁶ Sousa, 2003:11.

¹⁴⁷ Escorel, 1998.

social dos vários países, norteadas por prescrições neoliberais, ampliou a crise dos estados nacionais, repercutindo fortemente no Brasil.

Nos anos 90, essas tendências se expressam no país através de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho do Estado, incluindo a agenda de reforma da previdência e a reforma do aparelho do Estado. Ademais, ressalta-se, nesta conjuntura, profundas mudanças nas relações de trabalho, com o aumento do segmento informal, do desemprego estrutural, e a fragilização do movimento sindical. Todas estas mudanças tornaram tensa a implementação de políticas sociais universais e a concretização das utopias igualitárias¹⁴⁸.

Mas a noção de exclusão social se firma, uma versão da teoria da marginalidade se repõe e, com ela, a idéia dos dois brasis se atualiza. Não é por outra razão que, nesses anos 90, o economista Carlos Lessa, examinando indicadores sociais, pensa o Brasil como a “Belíndia”, um amálgama da Bélgica e da Índia. O lado “belga” do país aceitava a crescente expansão da assistência médica suplementar, um outro desafio à implementação do ideário igualitário, aprofundando as desigualdades entre a medicina pública e a privada.

No final dos anos 80, a existência de um grande número de planos de saúde ocorreu simultaneamente a uma importante intensificação da comercialização de planos individuais, com a entrada de grandes seguradoras no ramo da saúde, e a adesão de novos estratos de trabalhadores. Com esse processo de expansão, um mesmo hospital, além de estar conveniado com o SUS e com numerosas empresas de assistência suplementar, tornou-se ainda empresa de plano de saúde. Na esteira do Plano Real, a perspectiva do aumento do poder de compra de um expressivo contingente populacional, e a informalização do mercado de trabalho estimularam a comercialização de planos individuais por hospitais filantrópicos e empresas médicas regionalizadas.

Ora, a expressão “universalização excludente”, cunhada para qualificar a associação entre uma “expansão por baixo”, pela inclusão de milhões de indigentes, e uma exclusão por cima, mediante a qual segmentos de trabalhadores mais qualificados, e a classe média em geral renunciam à assistência médica do SUS, em busca de atendimento mais

¹⁴⁸ Levcovitz, 2001;270.

qualificado nos planos de saúde, faz reconhecer um modelo de saúde escorado nas desigualdades sociais.

Na conjuntura dos anos 90, alguns marcos históricos e políticos haviam modificado profundamente a forma pela qual os intelectuais questionavam o campo da saúde e seu lugar dentro dele. Um deles deu-se logo após a aprovação da Constituição de 1988, da Lei Orgânica de Saúde, quando mudanças significativas foram acopladas às noções de política e de esquerda. Dá-se, então, uma tentativa de reinventar a ação política.

Ocorre que tais mecanismos levam a uma nova concepção de exercício de poder, ou seja, o poder partilhado entre Estado e sociedade. Modifica-se, portanto, a relação entre os intelectuais e o estado. Nestas instâncias, diferentes interesses em disputa passam a ser representados: remanescentes do movimento sanitário, parlamentares, movimentos sindicais e populares contra propostas dos grupos privados de prestação de serviços de saúde, empresas nacionais e internacionais de equipamentos e medicamentos.

O significado político dessas circunstâncias ainda está por ser avaliado corretamente, na medida em que se trata de uma alteração profunda na arquitetura do Estado, com o compartilhamento das atribuições públicas. No entanto, tais instâncias podem ter esvaziado a dimensão democrática de representação e enclausurado a luta pela saúde na dimensão institucional do setor, como no caso da exigência da capacidade técnica para participação efetiva no processo político, que introduz desigualdades importantes entre os atores. Para intelectuais e militantes, esses acontecimentos representaram marcos fundamentais de ruptura de referências que orientaram as transformações no ideário e nas práticas de saúde¹⁴⁹.

Também, neste momento, quando a participação social – ou, na forma de expressão usual -, a área de controle social se define como direito, os intelectuais passam a ter muitas reservas, quanto a este tema. Como que surpreendidos diante desse velho tema, carregado de novos signos, os intelectuais da saúde enfrentam, com nítidas dificuldades, uma nova avaliação de conceitos.

Velhas noções de participação social ressurgem com novos significados. Diante da relevância assumida pelo discurso neoliberal, forças coletivas capazes de ir de encontro a esta lógica, enfraqueceram-se, diminuindo a margem de manobra das estruturas coletivas –

¹⁴⁹ Fleury, 1994.

como órgãos coletivos de defesa dos trabalhadores, sindicatos, associações, cooperativas - capazes de obstaculizar a estrutura do mercado puro¹⁵⁰. O movimento dos intelectuais da saúde apresenta-se, nesta década, com uma nova configuração e com novos dilemas internos e desafios a enfrentar à medida que outras vertentes oriundas dos novos movimentos sociais surgem, exigindo também novas leituras¹⁵¹.

No reconhecimento desta conjuntura, um projeto comum unia esse movimento: o de implementação dos princípios constitucionais de universalização, equidade e integralidade, um movimento de defesa da vida e da saúde da população brasileira para superação da pobreza, tema que, aliás, nunca deixou de acompanhar os intelectuais neste período¹⁵².

Neste momento, a correspondência entre discurso e prática oficial se altera; mudam conceitos e estratégias formuladas e divulgadas nas décadas anteriores pela academia e pelos organismos internacionais, como, por exemplo, os de atenção primária a saúde, medicina comunitária, promoção da saúde, vigilância à saúde, dentre outras.

O movimento geral que se percebe seria, portanto, da transformação de um discurso ideológico em ação política. Isso se aprofunda e se torna mais evidente, a partir de 1996, seja nos *papers* de origem acadêmica, oficial ou semi-oficial. Nessa produção, se instala uma linguagem justificativa do que já estava criado; também se introduzia, nelas, como parte de um discurso renovado, noções ligadas à nova concepção de saúde pública ou às novas pautas de saúde, nas quais se enfatizavam as condições de saúde e seus determinantes, reafirmando as práticas de saúde como imbuídas de caráter social e de dimensões simultaneamente técnicas, políticas e ideológicas, e pondo em relevo a questão da pobreza¹⁵³.

A questão da pobreza ganha, mais uma vez, significativa evidência no país. Vale lembrar que, a partir de 1990, compôs-se uma linha de interpretação da sociedade brasileira onde os termos mais utilizados são “pobreza”, “desigualdade”, “exclusão social” e “condições de vida”, para referir-se à situação de opressão e privação em oposição ao “desenvolvimento social” e ao “desenvolvimento sustentável” que passam a falar de utopias de livre mercado, propagadas por governos e organismos internacionais. O Brasil

¹⁵⁰ ‘L’essence du neoliberalism”, de Pierre Bourdieu.

¹⁵¹ Para Touraine, os novos movimentos sociais caracterizam-se por compartilhar um projeto, um inimigo e uma prática de ação transformadora (apud Escorel, 1998:194)

¹⁵² Escorel, 1998:194.

¹⁵³ Goulart, 2002:133.

atinge as mais altas taxas de concentração de riqueza do mundo e as menores de distribuição de renda. Aumentam os índices de violência no campo e na cidade, agravando-se, ao lado do "progresso", as condições de miserabilidade.

Em 1990, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (Pnud) cria o Índice de Desenvolvimento Humano, buscando com este indicador compreender a extensão das desigualdades existentes no país. A Fundação João Pinheiro, em parceria com o IPEA, desenvolveu o chamado Índice de Condições de Vida. As disparidades entre os dois brasis estão de novo em pauta, referidas à “Belíndia”, antes mencionada. Também, o relatório das Nações Unidas denominado “*Democracia na América Latina*”(Pnud)– publicado neste período, mostrava, por exemplo, que a região vivia uma situação paradoxal em que a desigualdade e a exclusão social persistia, não obstante à existência de sistemas eleitorais democráticos. De igual maneira, a Cepal também reproduz tal discurso, compondo uma linha de interpretação da realidade brasileira.

Em 1991, o *Jornal Proposta* publica a declaração aprovada no final da Conferência Internacional Ação pela Saúde Pública, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que conclui: “a miséria que se verifica na imensa maioria das nações do Terceiro Mundo, que reflete a desigualdade hoje existente é o principal obstáculo à tese do desenvolvimento sustentado, que busca traçar programas de ação em todo mundo que apontem para maior proteção do planeta terra e a convivência mais equilibrada entre o homem e a natureza”.

O momento é, pois, de reconhecimento das dimensões das desigualdades, traduzidas, por exemplo, pela utilização do “mapa da fome” na alocação dos recursos previstos. Havia, de um lado, um movimento civil coordenado pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e de outro, a atuação do Governo Itamar Franco, buscando sintonia com as propostas oriundas da sociedade. A discussão sobre o número real dos muitos pobres existentes no país, variando intensamente o acordo sobre a sua cifra, em alguns milhões de pessoas, de acordo com o estudo ou o pesquisador¹⁵⁴.

E a prática de ação transformadora dos intelectuais nesta conjuntura? O inimigo número um parecia estar identificado nas diferentes facetas que o projeto neoliberal imprime à saúde, tanto em diferentes âmbitos de ação governamental quanto em diversas

¹⁵⁴ Goulart, 2005:104.

práticas assistenciais. Em 1990, enfrentam impasses concretos de implementação da proposta reformadora diante das características do executivo federal (Governo Collor)

Após o *impeachment* de Fernando Collor, em 1992, o governo Itamar Franco que se sucede, nomeia Jamil Hadad Ministro da Saúde - e uma equipe de assessores vinculados ao ideário progressista da saúde, muitos deles militantes da Reforma Sanitária. Desta lista de assessores consta o nome de Carlos Mosconi (deputado federal e presidente da Comissão de Seguridade Social na Assembléia Constituinte), José Alberto Hermógenes (Ex-secretário de saúde da Bahia) e Jorge Bermudez (pesquisador da ENSP). A conjuntura política estava, pois, favorável à mudança na saúde, no esquema de alianças do governo Itamar Franco. Mesmo numa conjuntura econômica desfavorável, os ventos corriam a favor de propostas de transformação, traduzidas pelas palavras de ordem daqueles tempos: “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”.

Neste período, dá-se a intempestiva substituição de Jamil Hadad por Henrique Santillo, que havia sido governador de Goiás. Santillo tinha como assessor especial um técnico brasileiro do Unicef, Halim Girade, que acumulava uma experiência marcante em trabalhos comunitários em Goiás e outros estados do Brasil. Girade narra em entrevista que o ministro pedira sua atenção para algumas idéias que vinha desenvolvendo, em busca de um novo modelo de atenção para comunidades pobres e sem médicos, tendo como ponto de partida a experiência de Goiás¹⁵⁵. Segundo Girade, a idéia de Santillo tinha correspondência com algumas experiências em andamento no país, como, por exemplo, o Grupo Hospitalar Conceição. Assim, por determinação do ministro, o assessor visitou várias experiências e deu início a articulação de um programa nacional. Em janeiro de 1994, é criado, então, o Programa Saúde da Família, que parece ter contribuído para dar continuidade às utopias igualitárias.

Concomitantemente, em decorrência da ação dos intelectuais no Movimento de Reforma Sanitária, inúmeras iniciativas de governos municipais foram sendo estimuladas. Via de regra as ações abarcavam a rede básica, que se expandiu com a implantação de novas unidades em comunidades de baixa renda. Contrapondo-se aos serviços da previdência social, esta nova rede reformulava a lógica assistencial, privilegiava a

¹⁵⁵ Goulart, 2005.

universalização da assistência e a democratização do setor¹⁵⁶, mas imersa num modelo médico dual, não universal, não igualitário e não integral. Mesmo assim, novas ferramentas e tecnologias foram introduzidas neste período de reestruturação da rede de Centros e Postos de Saúde no Brasil, pondo em circulação e estabelecendo um caminho em busca da concretização das utopias da Reforma Sanitária.

3.1- Os intelectuais, o PSF e a continuidade das utopias igualitárias

“Enquanto existirem homens cujo empenho político seja movido por um profundo sentimento de insatisfação perante as iniquidades das sociedades contemporâneas, eles carregarão consigo os ideais que há mais de um século têm distinguido todas as esquerdas da história” (Norberto Bobbio)

Fazendo um paralelo com a frase do jurista Norberto Bobbio, Maria de Fátima Sousa diz que é esta a meta que tem guiado os profissionais envolvidos direta ou indiretamente na construção do Programa Saúde da Família: a busca da superação das iniquidades. Jorge Ferreira, observando o imaginário político dos comunistas no Brasil, dirá que o homem moderno conserva vestígios de seu antecessor. Entre os comunistas, os *slogans* que clamavam por liberdade, paz, abolição das classes, igualdade e solidariedade resgataram antigos mitos, traduzidos em imagens e desejos que mobilizaram milhões de pessoas em todos os países. É justamente dessas imagens que Sousa faz uso para descrever aqueles que participam do PSF. Dizia ela que aquilo que havia levado essas pessoas [os trabalhadores do PSF] a se alimentarem, no dia-a-dia, do desejo de justiça e do de resistir às iniquidade é a “convicção que o sonho não acabou”. Ora, nesta época destituída de relações com o sagrado, os antigos mitos, próprios das sociedades tradicionais, perderam suas funções originais. Contudo, laicizados, e, por isso, obrigados a sobreviver nos imaginários sociais, os arquétipos continuaram a oferecer ao homem moderno, e aos revolucionários, crenças e aspirações narrando o caráter revolucionário do grupo ainda que difusas¹⁵⁷.

O PSF, uma vez caracterizado pelo estilo de lidar com os problemas decorrentes do atraso e da pobreza, parece suscitar, no pensamento dos intelectuais e dos trabalhadores em saúde, imagens de grande força simbólica, postas a expressar contrastes sociais e, no

¹⁵⁶ Aguilera, 2003:11.

¹⁵⁷ Ferreira, 2002:26.

limite, o antagonismo de diferentes formas de organização social e cultural. Essa tendência passa a dar sentido às lutas centradas na universalidade, na equidade e na integralidade, como que re-atualizando utopias igualitárias. Mas diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com os interesses públicos, e uma prática médica, fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos, são questões que vão de encontro à concretização destes princípios. Mesmo assim, o PSF incorpora, em sua pauta de luta, elementos essenciais destas utopias que parecem, pois, persistir, apesar das vicissitudes em marcha, compondo-se como “uma proposta capaz de expressar e acolher os princípios fundadores da reforma sanitária”¹⁵⁸.

O PSF emerge, pois, em meio a desafios postos pelo agravamento da pobreza, das condições de saúde e dos problemas sociais, assim como, pelo recrudescimento de doenças tidas como já eliminadas, revelando aos intelectuais a necessidade de (re) pensar as políticas, insistindo na ampla cobertura de segmentos da população sem acesso à atenção à saúde¹⁵⁹. O dilema entre a necessidade de tornar universal a assistência médica de qualidade e a constante busca de contenção do gasto público e privado no setor, levava essa experiência, inevitavelmente, ao aumento sempre crescente de custos. O leque de opções por novas tecnologias e produtos, sempre em evolução, estimulava o consumo individual sem precedentes, de forma acrítica, sem que houvesse uma comprovação clara de sua efetividade com relação a procedimentos anteriormente adotados. A ampliação de cobertura da atenção primária¹⁶⁰ a saúde foi, pois, uma tentativa de resposta a esse dilema.

O Programa Saúde da Família instala em 1994 uma importante mudança na política de saúde no país: a atenção básica passa a ser a área de concentração de esforços,

¹⁵⁸ Entrevista realizada com Antônio Ivo de Carvalho

¹⁵⁹ Aguilera, 2003, 113.

¹⁶⁰ “A APS é um termo aceito internacionalmente e que engloba todas as iniciativas que se baseiam nos quatro princípios descritos anteriormente: primeiro contato/acesso; longitudinalidade; integralidade e cooperação, ainda que agreguem novos elementos a esses. Há críticas à forma como a APS tem sido historicamente implantada em alguns países, de forma conservadora e com enfoque nas doenças e em grupos populacionais específicos. Isto, provavelmente, influenciou o Ministério da Saúde ao criar a expressão Atenção Básica, para definir uma forma própria de organização dessa estratégia de atenção à saúde, incorporando novos princípios e aprofundando aqueles definidos na Conferência de Alma Ata, em 1978, com a adoção do enfoque promocional da saúde. O PSF com seus princípios estabelecidos e reconhecidos é entendido como o formato operacional dado à implementação da atenção básica, nomenclatura brasileira atual para a atenção primária. Ambas as definições, na atualidade, defendem os mesmos princípios, entretanto, a prática tem demonstrado que não é a nomenclatura adotada que define a forma de atuação e os resultados alcançados. (ITD- Informação para tomada de decisão. Ver mais em <http://itd.bvs.br/>)

programas e investimentos do governo, visando disseminar um modo de exercer a prática de saúde a partir da reorientação do modelo assistencial.

Ocorre que este Programa, uma vez instituído em meio a um embate entre os interesses mercantis da medicina e a defesa de um sistema público, construiu uma tentativa de escapar das prescrições favoráveis ao modelo de privatização (per) seguindo tradições de luta da saúde e redefinindo referências do campo de militância política, mostrando-se um espaço de atualização das utopias da reforma sanitária.

Nesse programa, essa geração, fortemente impregnada por referências identificadas como do campo da esquerda, reafirma seu ideário, organizando-se em torno dos princípios do SUS, numa tentativa a mais de reverter o desenvolvimento extensivo de referências que passam a negá-los. O PSF torna-se um lugar em que se revigoram teses do passado norteadoras de propostas ao longo dos anos de lutas do setor saúde, como reconhece Escorel: “o exército com maior adesão ao SUS são os trabalhadores da saúde da família, pois se sentem responsáveis pela saúde das pessoas que estão nas comunidades em torno e acreditam no PSF como algo que pode mudar as condições de saúde da população”.

Uma abordagem sumária das experiências suscitadas pelo PSF permite, desde logo, vislumbrar que este programa formulou um conjunto de idéias e uma doutrina sustentadas pela crença na idéia de inclusão social, o que reabilita antigas teses contidas na noção de dois brasis. Mas este termo, agora, permite reconhecer e combater justamente a existência de um modelo centrado na doença, que privilegia uma medicina de alto custo. A saúde da família, então, “passa a ser algo que mostra como o SUS deve chegar aos excluídos, para que dessa forma possam entrar na esfera pública como cidadãos e usar o sistema”¹⁶¹.

O imaginário produzido por esse modelo assistencial, no entanto, não surge aleatoriamente, nem de maneira arbitrária. Com efeito, os contrastes entre o Brasil moderno e atrasado que permearam o imaginário sobre o país nas primeiras décadas do século XX, nos relatos de Belisário Penna e Arthur Neiva no *Correio da Manhã*, também fazem parte do imaginário propagado pelo PSF, produzindo-se nos anos 90 uma interpretação sobre o país que levaria ao reconhecimento da extensão das desigualdades existentes.

Vários indícios parecem confirmar a impressão de Sônia Fleury: o PSF teve como antecedente o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que se desenvolveu desde

¹⁶¹ Entrevista realizada com Sônia Fleury.

1987 no Ceará, criado inicialmente como frente de trabalho, em uma conjuntura de seca. Ações básicas de saúde foram desenvolvidas em 118 municípios do sertão cearense. O PACS previa, em cada um dos municípios envolvidos, atender às necessidades de saúde de toda a população e identificar seus problemas. Outra idéia-chave era empregar em áreas, entre as mais pobres do estado, um número relevante de mulheres que assim melhorariam a sua condição social.

O Programa Saúde da Família foi idealizado em 1993 e oficializado em 1994, mas a sua expansão efetiva ocorre a partir de 1995. Desde o início, a concepção do Programa era que sua implantação deveria privilegiar áreas de maior risco social. A população-alvo do PSF, quando criado, foi, prioritariamente, a residente em áreas delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de acordo com as características geográficas e a distribuição da população, em cada município e posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil. Isso levaria a muitas outras expedições de reconhecimento da extensão das desigualdades sociais do país.

Uma das formas pelas quais o PSF denunciava estes contrastes e buscava uma tradição de pensamento, ao longo do período, sobre a superação dos problemas sociais, estava na reafirmação da noção de integralidade que conforma a criação do Sistema Único de Saúde. Como lembra Ruben Mattos, antes de ser consagrada como tal pela Constituição de 88, e incorporada como um dos princípios do PSF, a integralidade era uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário. Sônia Fleury, no artigo *Equidade e reforma sanitária: Brasil*, destaca a integralidade como um dos princípios que teria representado a proposta de transformação do sistema.

Não obstante a polissemia do termo, já amplamente estudado no Lappis/IMS, prevê este conceito que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação¹⁶². Ao PSF foi, então, atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção, propondo-se uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura a ampliação do acesso. O Programa deveria promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de

¹⁶² Aguilera, 2003:573.

abordagem, provocando reflexos em todos os níveis de atenção, parecendo “dar uma dimensão operacional geral a alguns princípios fundadores da reforma sanitária”¹⁶³.

Além disso, o Programa é pautado no modelo de vigilância em saúde. Outra forma, pois, de enfrentar as desigualdades. Embutido nesta idéia está o desafio a ser superado pela dicotomia das ações dos setores envolvidos na assistência à saúde. O modelo de vigilância em saúde, proposto por meio da estratégia do PSF, pode ser considerado uma forma de agir em saúde, onde os problemas passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada, produzindo uma reavaliação na forma de exercer a prática médica. Apresenta-se, pois, este modelo como uma tentativa a mais no sentido de reverter tendências de desenvolvimento extensivo da especialização e fragmentação da prática médica nas últimas décadas, assim como do uso intensivo das hospitalizações, sobretudo face ao contínuo aumento de custos da assistência médica. Outra forma, pois, de re-atualizar as utopias.

Por detrás desse conceito amplamente divulgado na proposta, um novo olhar sobre a saúde é lançado. Um olhar que leva em conta os diversos fatores envolvidos na perpetuação dos problemas sociais.

Aqui, cabe ressaltar a busca de superação de um pressuposto: o do autoritarismo médico na relação com o paciente, e de construção do compartilhamento do conhecimento do processo saúde X doença. Leda, uma das entrevistadas, relatou a transformação de conduta que a experiência como médica no Programa lhe proporcionara. O ato de abrir um livro na frente de um paciente, que antes “abalava a sua imagem”, já que significava seu desconhecimento em relação ao problema por ele apresentado, hoje representa justamente o oposto. A experiência ao longo do tempo, como médica do PSF, lhe fez perceber que o “bom profissional” é aquele que sabe buscar a informação: “Eu não tenho mais dificuldade em mostrar que eu tenho dificuldade com aquele conhecimento. Agora, eu teria muitas dificuldades se eu não percebesse de fato essa dificuldade”. O programa contribui para a revisão mesmo de clássicas hierarquias na consulta a usuários, pretendendo assegurar novas práticas médicas, como evidenciado em entrevistas realizadas com médicos do Programa.

Ademais, o *locus* de ação, difundido através do programa, reaviva a idéia de comunidade. Esta idéia permite justamente o vislumbre de um projeto alicerçado

¹⁶³ Entrevista realizada com Antônio Ivo de Carvalho.

justamente em princípios esvaziados pela globalização: vinculação, solidariedade, valorização da prática cotidiana. A comunidade¹⁶⁴ remete à idéia de “um corpo orgânico onde os membros são vinculados uns aos outros por elos íntimos em comum, responsáveis por um sentido de ligação entre os membros da comunidade: território, família, tradições, práticas e experiências comuns partilhadas no dia a dia”¹⁶⁵.

Unifica, pois, reconhecimentos da complexidade com que se estruturam sistemas de poder e dominação nas relações de classes, gêneros, sexualidades, raças/etnias, gerações, com todas as suas interseções. No entanto, num mundo de fronteiras dissolvidas, as velhas identidades têm sido postas em questão; fragmentam-se paisagens culturais construídas por essas complexas relações. Também, nelas, estão mudando identidades pessoais, num fenômeno que Hall chama de perda do sentido de si, ou descentração do sujeito. Em meio a este cenário, os vínculos se transformam. Ocorre que as “sociedades da modernidade são caracterizadas pela diferença; são atravessadas pelas divisões e antagonismos sociais que produzem uma variedade de diferentes identidades”. Logo, no esteio deste novo contexto, o PSF parece estar promovendo uma reavaliação conceitual de antigos ideários postos pelos intelectuais, fazendo com que velhos tratamentos conceituais ressurgissem, pois, sob novos significados.

O PSF confronta-se com antigos problemas da saúde pública: ao pretender prestar atendimento básico de saúde de forma integral, esbarra em uma formação acadêmica focada na doença e não na prevenção, assim como, no privilégio dado às ações curativas, em detrimento das preventivas. Ao pretender divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão, vai de encontro à mercantilização da saúde, à pressão do

¹⁶⁴“Trabalhar com a idéia de comunidade atualmente e, mesmo operacionalizá-la, é indispensável à ultrapassagem da sua visão nostálgica, além de um certo grau de incompreensão que hoje circunda o termo. Para comprovar, basta notar que atualmente tudo tem se transformado em comunidade, sendo, para tal, necessário apenas existir um grupo com algumas pessoas fazendo ou pensando a mesma coisa.

Outra maneira simplista de explicar sua existência é apenas relacioná-la à idéia de espacialidade: por exemplo, a comunidade do bairro da Rocinha. Pode-se também recorrer a uma certa e forte dose de tradicionalismo, com, por exemplo, a comunidade da Mangueira, mas também a comunidade global, aquela desde o século XX almejada pelos países mais desenvolvidos do mundo, pautada basicamente pela implementação de aparatos coercitivos, diante da constatação do aumento da violência e do crescente número de excluídos.(apud Sophia, 1998).

Mas comunidade pode ter ainda muitas representações, como comunidade universitária ou científica, que parece ter mais relação com as antigas corporações de ofício da Idade média. Também a comunidade dos funkeiros do lugar X, a comunidade cristã, negra, evangélica, dos alcoólatras, dos comilões, etc... enfim,, comunidades das mais variadas vertentes e que apenas reforçam a premência de se analisar o que as constitui em função do mundo atual

mercado privado e a resistências de corporações, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o Conselho Federal de Medicina (CFM). Ao visar contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde - doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde, vai de encontro a um discurso medicalizante, assistencial e individualizado.

Logo, parece dar continuidade a lutas pela universalização do direito à saúde, uma antiga assertiva da saúde pública, mas defrontando-se com uma "estrutura hegemônica" do setor, expressão esta reiterada em discursos presentes nos diversos documentos, teses e artigos sobre o Programa Saúde da Família. Anunciada como um marcador do campo em que o PSF se organiza, a expressão "estrutura hegemônica" significa a tendência que se contrapõe aos princípios de universalização, integralidade e equidade, postos hoje sob ameaça e, mesmo circunstancialmente, interrompidos, diante das prescrições neoliberais¹⁶⁶. Dessa forma, os novos signos das utopias igualitárias estão nas referências aí esboçadas e alguns dos seus sentidos já bem delineados.

O PSF e continuidades das utopias igualitárias

Na reafirmação das diferentes formas de organização social no imaginário dos intelectuais, a produção intelectual sobre o Programa permitiu a eles se comunicarem sobre um terreno comum, assumindo um papel importante na reconstrução de uma linguagem coletiva.

Não é pequeno, pois, o número de trabalhos que se propõem a pensar a saúde da família. Na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, foram encontradas 1327 referências bibliográficas sobre saúde da família publicadas: a maior parte delas refere-se à

¹⁶⁵ Apud Sophia, 2001.

¹⁶⁶ Cada equipe é composta, no mínimo, por um médico, que atende a todos os integrantes de cada família assistida e desenvolve ações de prevenção e promoção; um enfermeiro, que tem como função a supervisão do trabalho do auxiliar de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde assistindo às famílias que necessitam de cuidados de enfermagem; auxiliar de enfermagem que realiza procedimentos de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde que são considerados como o elo de ligação entre as famílias e o serviço, responsável pelas visitas aos domicílios, feitas pelo menos uma vez ao mês. As equipes têm como função o cadastramento e diagnóstico das famílias pelas quais são responsáveis, a identificação dos principais problemas de saúde e situações de risco, a prestação de uma assistência integral, desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais e a elaboração de um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde doença, uma discussão que deverá ser feita junto com a comunidade.

A implantação do Programa depende de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação da proposta pelo Conselho de Saúde. Cabe às Secretarias Estaduais o papel de apoiar na elaboração e na implantação do Programa. A implantação consta das seguintes etapas: a identificação das áreas prioritárias para a implantação, o mapeamento do número de habitantes em cada área, o cálculo do número de equipes e agentes comunitários que serão necessários, uma solicitação formal à secretaria estadual, a adesão do Município ao PSF e a seleção, contratação e capacitação dos profissionais que trabalharão no Programa.

literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, num total de 633 títulos, seguida por literatura localizada em áreas especializadas como a saúde na adolescência (274) e administração de serviços de saúde (99). Em quarto lugar, 109 referências localizadas no acervo da Opas¹⁶⁷. Na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, realizada em junho deste ano, foram inscritos 1.618 trabalhos vindos de todos os estados brasileiros, revelando a vitalidade da produção acadêmica e de serviços em torno da saúde da família, mas também a propagação de idéias, conceitos e representações sociais sobre rumos da saúde pública. Também o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) está organizando o seu acervo e já conta com 1.270 documentos- teses, publicações, livros- sobre o tema¹⁶⁸. Outro registro também chama atenção: durante o VII Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, realizado em julho de 2003, foram apresentados 500 trabalhos sobre o PSF. Têm aparecido seguidos estudos sobre o processo de implantação do programa, e intercâmbios profissionais em encontros, seminários e congressos, lugares de muitas reflexões e de produção de símbolos¹⁶⁹.

Esse intenso movimento intelectual surgido com o PSF reafirma-se como mais um momento do campo de luta em que este programa atua. É significativo que tenha se multiplicado, em termos recentes, a produção de textos sobre o Programa Saúde da Família no Brasil. Sinal, pode-se supor, de contemporaneidade da inteligência do setor saúde, que rapidamente traduz em novas/antigas referências os problemas dominantes.

Ocorre que essa produção é fonte de significados culturais que não estão imunes a valores e crenças. Assim, paradigmas que forjaram antigas utopias da saúde pública, num diferente contexto, e, mesmo sob novas configurações institucionais, marcam a militância - hoje, mais veladamente talvez - do setor saúde. No exame do PSF como um campo de lutas por direitos sociais, elas têm desempenhado papéis a serem mais bem conhecidos na invenção de tradições da saúde pública. Alguns indícios nos levam a fazer tal afirmação.

Nesses trabalhos, está contida a idéia-chave de apresentá-lo como uma estratégia de reorientação do modelo de assistência com características antagônicas ao denominado “modelo tradicional”, que persiste durante todos os momentos do desenvolvimento do projeto, ou seja, desde “ser” programa até se transformar em estratégia de substituição do

¹⁶⁷ Bireme/Opas. Endereço: <http://www.bireme.br/>

¹⁶⁸ informação levantada em 07/07/2004

¹⁶⁹ Brasil, 2004.

modelo¹⁷⁰. Em que pesem certos questionamentos, o PSF é entendido como uma possível mudança de paradigma nas práticas assistenciais, tendo como aspectos a destacar a superação do enfoque curativo e a prevalência do enfoque preventivo.

O caráter inovador do Programa se constitui como uma das formas pelas quais boa parte dos autores atualiza antigas referências sobre a forma de lidar com os problemas decorrentes do atraso, da pobreza e da dependência econômica. Ana Luiza Vianna, Jairnilson Silva Paim e Eymar Vasconcelos são referências frequentemente referidas nestes estudos. Os três têm em comum o entendimento sobre o caráter transformador que Programa representa. Ana Luiza Vianna atribui ao PSF o caráter de “propagador de práticas não convencionais, com grande peso dado à promoção e prevenção”. Jairnilson Silva Paim, autor que constitui referência obrigatória quando o assunto é organização dos modelos de assistência à saúde no Brasil, insere o PSF “na categoria das políticas democratizadoras da saúde na década de 90, em contraposição ao caráter meramente racionalizador das políticas de momentos anteriores”¹⁷¹ (Goulart). Já Eymar Vasconcelos, por sua vez, atribui ao programa a “potencialidade de promover uma retomada na humanização da atenção clínica, além da melhor qualificação de seus profissionais”¹⁷².

Por essas referências, o PSF sugere a possibilidade de transformar o quadro da saúde brasileira em direção aos princípios defendidos outrora pela geração dos anos 70. Nela, a denúncia das mazelas do sistema vigente e a proposição pela urgente superação do paradigma clínico ganha corpo, pondo em relevo e atualizando antigos ideários.

Outro indício parece sugerir o PSF como lugar de repensar as antigas utopias. Nas teses e trabalhos sobre o PSF, o programa é visto como consequência de uma série de experiências anteriores no Brasil (Programa Médico de Família, Pacs, Comunidade Solidária, Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, Centros Comunitários de Saúde, Sesp, Piass, dentre outros.) e fora do país (modelos canadense, cubano e inglês) que visam mostrar que o país já desenvolvia experiências similares. Ora, mostra-se, pois, como um marco de continuidade com o passado, mas re-atualizando-o. Esses programas e experiências, outrora, formavam importantes núcleos agregadores de intelectuais, de suas

¹⁷⁰ Pereira, 2001.

¹⁷¹ Goulart, 2005.

¹⁷² Goulart, 2005.

vivências concretas na luta política, em torno de uma proposta de organização do sistema de saúde, numa forma contra-hegemônica.

Da aproximação com a produção intelectual sobre o PSF, é possível perceber a ampla utilização de princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção da saúde, vigilância em saúde, que têm se tornado cada vez mais presentes nas agendas de governo.

Também, como que surpreendidos com a atualidade de um velho tema, carregado de signos regularmente rejeitados na história profissional, os intelectuais da saúde enfrentam, com nítidas dificuldades, uma nova avaliação de conceitos. Uma distinção imediata se impôs como que a delimitar campos conceituais: o da imagem do “médico de família”. Esta imagem se auto-afirma como significativa de valores universais e igualitários quanto a condutas ideais da relação profissional médico-paciente, mas desconsidera sistemas de poder e dominação contidos nas relações sociais de classes, gêneros, raças/etnias e mesmo gerações, nas muitas interseções que presidem essa prática.

Com efeito, na imagem do médico de família, é possível localizar elementos responsáveis pela idealização, não apenas do ato médico individual em seus aspectos internos, mas, sobretudo nos aspectos organizacionais da estrutura da atenção médica. Ao por em relevo o próprio modelo de ensino respaldado pela Reforma Flexner¹⁷³, não tem conseguido mudar a tendência ao conhecimento crescentemente centrado e corporificado na tecnologia e na especialização como padrão hegemônico, antigos dilemas da saúde pública, submetidos inúmeros interesses mercantis. A proposta de medicina de família aparece, pois, reiteradamente em muitos estudos, como resposta a uma crise que coloca o esgotamento do modelo previdenciário enquanto possibilidade de solucionar o problema da assistência, estimulando a expansão de cobertura em bases alternativas, e uma formação mais generalista e humanitária para os médicos.

Como proposta de medicina comunitária, o PSF dá continuidade à politização do setor saúde. Outrora, o trabalho de profissionais na experiência aberta pela organização e

¹⁷³ A Reforma Flexner se constitui como um conjunto de transformações que aconteceram no modelo de ensino da medicina nos Estados Unidos após a publicação de um relatório produzido por Abraham Flexner encomendado pela Associação Médica Americana. O nome de Flexner passou a ser associado a um modelo de ensino médico que privilegiava a formação científica de alto nível, o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas acreditando ser possível o entendimento do homem pelo estudo de suas partes. (Rego, 2003:32).

administração dos serviços, os politizava. Todavia, antes e agora, há idealizações da "comunidade" a serem examinadas, sobretudo as idéias que homogeneízam noções sobre "povo brasileiro". Imagens da medicina de família, de médico de família e de comunidade próprias ao contexto dos anos 70, reiteram conceitos sobre práticas médicas que perderam seus significados originais.

Na produção intelectual sobre o PSF, a diretriz do acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, ao reconhecer a universalidade como valor e princípio normativo de acesso ao sistema, organiza todas as noções subseqüentes. Para Andrade (2002), a universalidade é um dos grandes legados do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Ele afirma que a estratégia saúde da família responde às diretrizes postas pelo Movimento de Reforma, "já que vem viabilizando a acessibilidade horizontal"¹⁷⁴. Também, Maria Fátima de Sousa anuncia o ideal de universalidade na apresentação de seu livro *Os sinais vermelhos do PSF* (2002). Com um tom de regozijo, afirma que a chegada do Programa representaria a possibilidade de assegurar "Saúde para todas as famílias em todos os recantos deste heterogêneo, imenso e rico Brasil!"^{175/176}, o que não tem sido sempre factível no modelo partido e dual em que se montou o Sistema Único de Saúde.

De todo modo, em consonância com o processo de democratização do país, essa produção intelectual acaba contribuindo de modo peculiar e decisivo para o debate em torno da identidade do povo brasileiro, assim como do setor saúde, quando faz a associação da noção de povo brasileiro com a de cidadania plena de direitos, afirmados também no setor saúde pelo movimento de Reforma Sanitária e incorporada pela Constituição de 1988

¹⁷⁷.

Diante desses desafios, profissionais de diferentes formações compartilham linguagens e práticas através de códigos normativos, alguns explicitados, outros ainda ocultos, em prescrições de muitos tipos, e que se encontram em permanente movimento.

¹⁷⁴ Andrade, 2002:75.

¹⁷⁵ Sousa, 2002:19.

¹⁷⁶ Um postulado central do SUS, a universalidade, poderia ser questionado em relação às ações desenvolvidas no âmbito do PSF. Até certo ponto, este seria um aspecto constante, empiricamente verificado nos programas existentes. Entretanto, como os programas geralmente se destinam a segmentos mais pobres dentre os usuários, derivam daí questionamentos sobre um possível caráter de focalização, configurando um dilema entre uma opção universalista e uma opção focalista, a ser resolvido mediante uma análise mais global da política de saúde, em termos de compromisso político, saúde como bem público, focalização com instrumento técnico, além de financiamento e condução público. A questão se remeteria, portanto, ao próprio potencial evolutivo do SUS no momento atual (Goulart, 113)

Esses códigos que organizam referências e forjam novos significados estão em identidades profissionais, nos seus vínculos de pertença, e em imagens que dão corporalidade a ideais e a ações¹⁷⁸, que, no caso, resgatam tradicionais bandeiras de luta da esquerda. O PSF, visto através dessa produção intelectual e acadêmica, funda sua legitimidade sobre a igualdade política, tem coesão nessa busca da universalidade do acesso; sua legitimidade política funda-se, pois, nessa utopia criadora.

O Programa Saúde da Família vem dando continuidade ao ideário posto pela geração dos intelectuais dos anos 70. O resultado é que este conjunto de idéias, comportamentos, símbolos e valores parecem expor a face revolucionária dos trabalhadores do Programa. Em seu caldo cultural, há inquietação, insatisfação, desassossego, e desejo por algo absolutamente diferente do que existe. Essas são sensações extraídas da leitura de textos sobre o Programa.

Diante das imagens do PSF como palco de lutas, Sousa compara o momento de surgimento do Programa, na reunião ocorrida no dia 27 de dezembro de 1993, à derrubada dos 48 anos da ditadura de Salazar, no episódio que ficou conhecido como os Cravos de Abril. “Imaginem se há espaços para grandes formulações, sobretudo, nos dias 27 e 28 de dezembro em Brasília; foi exatamente aí que nasceram os cravos do Programa Saúde da Família”¹⁷⁹. Essa mesma autora, ao listar o nome dos formuladores do Programa, compara-os à figura de Tiradentes, precursor da independência; de Chico Mendes, defensor das florestas e do seu povo; de Zumbi dos Palmares, líder de uma república negra. Na sua percepção, os precursores do PSF merecem tratamento digno de mártires, pois, haviam participado da “Revolução dos Zés e das Marias”, nome que atribuíra ao episódio de surgimento do PSF. Segue, então, uma longa lista de nomes de mestres idealizadores do Programa, ou melhor, dos “lanternas vermelhas” que se constituíram os arautos facilitadores na abertura de novos caminhos.

É interessante notar como as imagens produzidas pelos sujeitos dão corporalidade a ideais e a ações que pretendem a busca de cidadania, lugar de antigas utopias¹⁸⁰. Por meio da imagem divulgada sobre o agente comunitário de saúde, considerado como o elo entre a

¹⁷⁷ Teixeira, 2003: 94.

¹⁷⁸ Hall, 2003:47.

¹⁷⁹ Sousa, 2003:21.

¹⁸⁰ Hall, 2003:47.

comunidade e a equipe, é igualmente possível reconhecer a continuidade desses mesmos ideais. No *Guia Prático do PSF*, divulgado pelo Ministério da Saúde, lê-se o seguinte depoimento: “Ivete dos Santos, 37 anos, nasceu, cresceu e sempre viveu na Ilha de Combu, onde é agente comunitária de saúde. Para a agente, é compensador fazer parte de um trabalho que ‘está ajudando a melhorar a vida da sua comunidade’”. Ocorre que o engajamento da agente comunitária, ao produzir sentidos com as quais ela pode se identificar, constrói identidades. Esses sentidos estão justamente nas histórias que são contadas sobre os agentes, memórias que conectam seu presente com o seu passado, e imagens que assim são construídas¹⁸¹. Com efeito, Souza contribui para reiterar o PSF como um campo de luta por direitos sociais, pela democratização da saúde e como lugar de formação de identidades dos atores que nele atuam em todo o país, ganhando expressão com a forma como os trabalhadores do PSF passam a vivê-lo. Em vista das tradições de luta expressas no PSF, os movimentos sociais têm-se apropriado do espaço institucional criado pelo Programa. Delcio da Fonseca Sobrinho, por meio de um exame da história do planejamento familiar no Brasil, por exemplo, mostra que os movimentos feministas atuam, organizam e transferem para os programas a sua face revolucionária quanto à reprodução. Esses movimentos na saúde prescreveram a superação do modelo de assistência materno-infantil; deslocando-se nela a noção de saúde integral da mulher, antes apoiada apenas na maternidade, no binômio mãe-filho¹⁸². No caso, não só conceitos são mudados, diversificam-se as formas de ação organizada no interior do estado, no mundo do trabalho, e na vida cotidiana com relação aos direitos reprodutivos.

Com o mesmo sentido, ganham notável expressão as equipes de saúde da família derivadas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde¹⁸³. Implementado inicialmente como “frente de trabalho” com recursos dos Fundos especiais de emergência do Governo

¹⁸¹ Hall, 2003:51.

¹⁸² Sobrinho, Delcio da F.,1993; COSTA, S. G. ,1999, 2002 (**FALTA REFERÊNCIA**)

¹⁸³ O Pacs foi implementado inicialmente como “frente de trabalho” com recursos do Fundos especiais de emergência do Governo Federal para atuar nas regiões assoladas pela seca. No início, assumiu um caráter emergencial tendo os agentes atuado em 118 municípios e os profissionais eram em sua grande maioria mulheres. A partir de 1988, passado o período crítico da seca, o Programa foi mantido, dessa vez com fundos do tesouro estadual assumindo características de expansão de cobertura e de interiorização das ações de saúde abandonando esse caráter emergencial. Os agentes passaram a trabalhar regularmente por meio de visitas feitas de casa em casa com o objetivo de fazer com que a comunidade pudesse cuidar de sua própria saúde. Três anos após o início das atividades, a experiência cearense contribuiu para que o Pacs fosse vinculado institucionalmente à Funasa e expandido para a Região Norte e Nordeste.

Federal para atuar nas regiões assoladas pela seca, permitiu a inserção de novos “sujeitos sociais com interesses, ideologias e semelhantes visões de mundo”¹⁸⁴. Cabe ressaltar que, no ano de criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, o *Jornal do Commercio* de Recife, do dia 4 de maio, publica a notícia de que agentes comunitários de saúde, em torno de duzentos, estariam organizando um seminário para a fundação de uma associação para o grupo, pois há mais de dez anos exerciam gratuitamente atividades preventivas e educativas, e ainda não haviam sido contratados pelo Estado. Assim, neste novo contexto institucional gerado com a criação do PACS, esses movimentos ocupam este novo espaço institucional, alargando as formas tradicionais de fazer política, e engendrando uma nova prática política através da intervenção direta dos atores¹⁸⁵.

Por essa experiência, o PSF potencialmente sugere a capacidade das sociedades desenvolverem e alterarem suas próprias orientações, contestando e criando padrões culturais diante de novas circunstâncias. A experiência desses profissionais, nas equipes cujo centro da vida social é a luta permanente pelo controle social das próprias capacidades de transformar a sociedade, contribui para questionar, produzir ou assegurar padrões culturais. Os agentes que participam do PSF, seja como profissionais das equipes, seja como acadêmicos e intelectuais, se vêem em permanente conflito pelo controle social dos principais padrões sociais, passando a se organizarem de diversas formas criando, recriando ou até mesmo reproduzindo padrões culturais num permanente movimento em torno de suas utopias.

Ademais, como forma a contribuir para a propagação deste ideário, as universidades e secretarias de saúde articulam-se em torno da criação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, com o objetivo de “sensibilizar as equipes de saúde da família em relação as bases conceituais e atualização técnica em áreas específicas”¹⁸⁶; também, a parceria com a Comunidade Solidária (1998); a abertura de linhas de financiamento junto ao Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS - (1998); a realização da I e II Mostra de Experiências em Saúde da Família (1999 e 2003); o estabelecimento do Pacto de Atenção Básica, entre Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais (2000); e, mais recentemente, a elaboração do Pacto de Gestão entre os três níveis de governo,

¹⁸⁴ 2001:47.

¹⁸⁵ Silva, 2002.

¹⁸⁶ Aguiar, 1998:73.

estabelecendo a atenção básica como uma das áreas prioritárias de atuação no SUS. Tais iniciativas são um indicativo da continuidade do ideário da geração de intelectuais dos anos 70, reafirmado e propagado, por meio das ações do Programa, a alcançar as novas gerações de médicos e trabalhadores do Sistema, certamente que com novos sentidos.

3.1- As utopias não são mais as mesmas

Em fins dos anos 80, no pleno período da reconstitucionalização brasileira, a saúde se define como direito e os intelectuais parecem guardar, quanto à idéia de igualdade civil, muitas reservas. Como que surpreendido com a atualidade de um velho tema, o PSF coloca-os frente a uma nova reavaliação de conceitos. Alguns velhos tratamentos conceituais surgem com novos significados. Um dos objetivos postos pelo PSF de “divulgar o conceito de saúde como direito do cidadão” nos remete à seguinte questão: o tipo ideal da sociedade nacional moderna está fundada em valores, princípios e instituições da cidadania nos quais os indivíduos, independentes de suas origens históricas, de suas características sociais ou econômicas, são também cidadãos. Ora, a coesão posta por essa sociedade se esteia sobre uma igualdade civil, política e jurídica negada todo tempo. A concretização da igualdade, princípio da legitimidade política e fonte da relação social ¹⁸⁷ marca a identidade do regime democrático: o governo dos cidadãos e o conceito de cidadania fazem a síntese das noções de igualdade. Em geral, o pensamento político moderno assume que a noção de universalidade da cidadania traz o sentido de “cidadania para todas as pessoas”, transcendendo à particularidade e à diferença e, por conseguinte, reafirmando esta igualdade.

Está aí implícita a idéia de que não importam quais sejam as diferenças sociais: o fato de ser cidadão concede a todas as pessoas idêntica categoria de pares na esfera da política pública. A busca por essa igualdade cidadã, que aparece como um código cultural no Movimento Sanitário no slogan “saúde direito de todos e dever do estado”, é atualizada hoje, no PSF, em seu intuito de superar os já citados embates da saúde pública ao reafirmar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade.

¹⁸⁷ Serpa, 2004:22 (FALTA INDICAR REFERÊNCIA).

Ocorre que hoje, o *status* de cidadão - sob prescrições e interesses neoliberais - guarda a noção de condição de consumidores diante do mercado. Nesse sentido, cada um adquire bens e serviços segundo suas "diferenças". Essa noção é a que inspira a avaliação de qualidade dos serviços públicos com referência a uma dada oferta de serviços, regida pela lógica do mercado. Essa ordem cínica está nas imagens freqüentes de jornais: filas de espera por atendimento, que têm início nas madrugadas, e o uso reiterado de expressões como “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano” ou mais elaboradas “se quem pode pagar tem plano de saúde dá para o SUS cuidar melhor dos pobres”¹⁸⁸. Também, quando ao referir-se ao PSF, enuncia-se como “um programa de pobre para pobre”. Ou ainda, como diz Fleury: a saúde da família mostra como chegar aos excluídos¹⁸⁹.

Essas imagens e falas denotam uma clivagem praticamente intransponível, criada pela quebra da noção de cidadania igualitária. As diferenças de qualidade da rede assistencial pública e a privada, entre aqueles que têm acesso aos serviços e àqueles aos quais resta o serviço público, são dilemas antepostos à construção de um sistema de proteção social universal, tal como preconizado pelas diretrizes do SUS. Essas diferenças estão ainda na pretensão de legitimar direitos diferentes para pessoas diferentes, sejam elas sexuais, raciais, de geração, de classes etc., colocando novas e graves questões de discriminação humana. O que agora está em jogo não é a noção de diferença, mas a noção de desigualdade. Joan Scott, historiadora, feminista norte-americana (1998), por meio de um exame semântico, distingue os dois conceitos: no caso das mulheres, mostra que, enquanto a noção de diferença tem por antônimo a de semelhança, a noção de igualdade tem por oposição a de desigualdade. Portanto, um jogo semântico tem justificado a defesa de cidadanias diferenciadas, outro desafio à universalidade de direitos. O conceito de cidadania hoje envolve a importância da noção de diferença para garantir a não discriminação de direitos iguais devidos a todos; como novos direitos a serem concedidos, exatamente postos pelas diferenças. As diferenças servem, pois, para ampliar o reconhecimento de novos direitos, não para restringi-los.

Hoje, os movimentos sociais avançam fracionados, em lutas sociais específicas, impulsionando direitos específicos - como os reprodutivos, idem de negros, de etnias, de

¹⁸⁸ Bahia, 2001:330

idosos etc. - com muitas identidades em circulação. As velhas identidades, que por tanto tempo estabilizaram o mundo social, estão em declínio, fazendo surgir novas identidades e fragmentando o indivíduo moderno. A assim chamada crise de identidade é vista como parte de um processo mais amplo de mudança, que está deslocando as estruturas e processos centrais das sociedades modernas, e abalando os quadros de referência que davam aos indivíduos uma ancoragem estável no mundo social¹⁹⁰.

Pela razão cínica, o ideal de cidadania dispensa a noção homogênea da humanidade; construindo-se de modo a fazer com que a existência de muitos grupos - minorias étnicas, raciais, de gênero, etc.- justifique a não universalização de direitos e a defesa da cidadania diferenciada¹⁹¹. Assim, o reconhecimento do *status* de cidadão, a partir das diferenças, parece servir à legitimação de uma segmentação dos serviços de saúde que leva a abrir mão de ideais igualitários, e afasta-se da tradição primeira da saúde pública no país, concretizada na expansão do mercado dos planos de saúde. A expansão dos planos privados, assim como as insuficiências do SUS, associadas à expansão da assistência médica suplementar, vai de encontro à noção de universalidade (“universalidade” aqui entendida como a garantia universal do acesso aos serviços). Caberia destacar que um dos principais eixos do debate - e da legislação elaborada para regulamentar o mercado de planos e seguros de saúde - repousa sobre a idéia de que as ampliações de cobertura liberam o SUS do atendimento de clientes da assistência médica hospitalar. Estima-se que esse mercado compreenda hoje cerca de 32 milhões de clientes¹⁹².

Os dilemas do PSF, portanto, são muitos. Mesmo quando pretende criar uma concepção universal de cidadania, na prática convive com uma ordem fundamentalmente injusta, porque historicamente ignora modos de superar os dois brasis com suas enormes desigualdades sociais. A noção de igualdade, nesses termos, se dilui, e esvazia a efetividade de suas pautas de lutas.

Nesse novo milênio, poderíamos então dizer que as utopias estariam com seus dias contados? Extinção definitiva dos mitos? Aparentemente. Há muitas resistências, porém, aqui e acolá. Em fevereiro de 1995, o subcomandante Marcos, líder do Exército Zapatista

¹⁸⁹ Conferência proferida na abertura do ano acadêmico da Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

¹⁹⁰ Hall, 2003:7.

¹⁹¹ Kimlicka, 1997.

de Libertação Nacional, escreveu uma carta de agradecimento a todas as organizações e entidades que ajudaram na luta dos índios e camponeses. Com o nome de “flor prometida”, na carta, o revolucionário enfatizou o passado de lutas e sofrimentos do povo mexicano. A mentira, a corrupção e a falsidade, dizia o subcomandante, transformaram o “sonho de bonança” em “pesadelo dos Maias”. O governo mexicano, após jogar sobre os camponeses bombas e balas, pediu então que os revoltosos falassem. E eles falaram: “nós lhe repetiríamos que queríamos democracia, liberdade e justiça”. Após contar sua história e agradecer a solidariedade internacional, Marcos alega que, se ao menos tivesse uma flor, ofereceria um pedaço dela a todos “os seres humanos que não se esqueceram do que é democracia, liberdade e justiça”. A matéria prima de que se serviu o subcomandante para elaborar imagens de uma nova sociedade, radicalmente diferente da atual, é a mesma utilizada pelos comunistas e que está no ideário do PSF. Marcos encontrou nos mitos e nas utopias o material para imaginar uma organização social justa e igualitária, apesar de tudo.

É certo que os intelectuais do setor saúde continuam a atuar ainda hoje, com suas ambigüidades e contradições. São diferentes entre si, embora algo comum tivesse movido suas trajetórias. Sua prática, sua ação transformadora, não dependeu de voluntarismo, e sim, de um processo de tomada de consciência sobre condições de pobreza e saúde.

Arouca faleceu em 2002. Antônio Ivo, hoje, torna-se diretor da Escola Nacional de Saúde Pública. Sônia Fleury continua lecionando na Fundação Getúlio Vargas. Sarah Escorel mantém suas atividades como presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes - e como professora da Escola Nacional de Saúde Pública. Hésio Cordeiro encontra-se dirigindo uma faculdade particular. Nos últimos trinta anos, muitas foram as transformações do setor saúde. E os intelectuais, é certo, questionaram o campo e seu lugar dentro dele. Inventaram novas tradições de pesquisa. Continuaram a reproduzir algumas. Inúmeras ações foram aqui indicadas, ressaltando a ‘flor prometida’ desta geração. Como o líder do Exército Zapatista, parecem repetir o desejo da democracia, liberdade e justiça. Parecem ter sido levados, acossados pela injustiça que os cercavam, a procurar a organização mais perfeita possível neste mundo em que lhes cabe viver.

¹⁹² Esse número exclui os clientes de esquemas particulares administrados diretamente pelas instituições públicas como os institutos de previdência estaduais e pelas forças armadas (Bahia, 2001:333).

Dois eventos recentes expõem indícios desta continuidade. Com o título Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados, organizou-se nos dias 27 e 28 de julho do corrente ano, uma ampla discussão com a presença de distintas entidades representativas como o CEBES, a Abrasco, ENSP, e diversos setores da sociedade civil para discutir os problemas de saúde e as alternativas a serem implementadas pela política de modo a que os princípios da universalidade, equidade e integralidade sejam garantidos. Uma semana antes do evento, na oficina organizada pela Escola Nacional de Saúde Pública, intelectuais como Sarah Escorel, Antônio Ivo, Adolfo Chorny, Nelson Rodrigues dos Santos, pessoas, enfim, reconhecidamente militantes da saúde pública, reuniram-se para discutir as propostas que seriam levadas à Brasília por ocasião do Simpósio.

Dizia Nelson Rodrigues dos Santos que: “as forças que estão por trás da organização deste simpósio, em grande parte, são das mesmas forças que estão acobertadas pela sigla movimento da reforma sanitária brasileira. Ele nasceu de uma reunião da diretoria das quatro entidades em dezembro de 2004- Cebes, Abrasco, Abras e Rede Unida. As quatro diretorias passaram o dia inteiro fazendo uma análise da conjuntura. Junto como CNS, CONASS, CONASEMS e Ministério Público, desde 1999, vínhamos acumulando uma sensação de esgotamento de paradigma de rumos traçados, um descumprimento dos rumos iniciais e de esgotamento”.

O segundo evento trata-se do Seminário Internacional Desafios para a saúde pública no século XXI: desafios e estratégias para a construção de sistemas de saúde universais e equitativos na América Latina e Caribe, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, a ser realizado no dia 01 e 02 de agosto deste ano. Na ocasião, intelectuais do país como Sônia Fleury, Antônio Ivo, José Carvalho de Noronha, Jairnilson Silva Paim, Paulo Buss, e internacionais como Edmundo Granda, Asa Cristina Laurell, Oscar Feo, dentre outros, estarão reunidos com o intuito de construir um pensamento latino americano que possibilite a articulação daqueles que defendem sistemas de saúde universais e equitativos. Num texto sobre o marco de referência desse encontro, distribuído aos participantes, põe-se a seguinte pergunta: de que modo os princípios da universalidade, equidade e integralidade estão sendo apropriados

pela cultura do setor saúde hoje, frente às posições que sustentam a focalização e privatização destes sistemas?¹⁹³.

Esses dois eventos levam a uma outra questão: o setor saúde hoje está vivendo um período de importantes revisões. No fim do segundo milênio da Era Cristã, vários acontecimentos de importância histórica transformaram o cenário social da vida humana, atingindo o âmago do sentido civilizador das práticas sociais. Isso atinge em cheio os intelectuais e a cultura predominante no campo da saúde. Uma revolução tecnológica concentrada nas tecnologias da informação começou a remodelar a base material da sociedade em ritmo acelerado. Por todo mundo, economias passaram a manter interdependência global; diversificaram-se e individualizaram-se as relações de trabalho; e, o capitalismo passou por um processo de profunda reestruturação; Enfim, inúmeras e profundas mudanças aconteceram neste fim de milênio¹⁹⁴.

Mas, ao contrário das palavras de Cervantes, ao dizer que o caminho se faz ao caminhar, o passado histórico pode oferecer ao andarilho algumas pistas de trajetórias que lhe permite definir melhor o rumo que tomará. A existência, no meio intelectual, da matéria prima de que se serviu o subcomandante Marcos para elaborar imagens de uma nova sociedade, radicalmente diferente da atual, foi a mesma utilizada pelos comunistas e pela esquerda da saúde. Como ele, essa esquerda encontrou nos mitos e nas utopias o material para imaginar uma organização de práticas sociais cujos sentidos civilizadores não dão trégua às lutas por materializar o antigo lema revolução francesa: “liberdade, igualdade e fraternidade”.

Não há mais projeto de sociedade justa, fraterna, democrática, humana e livre sem fabulação mítica, sem projeções utópicas, sem nostalgias passadistas, sem sonhos de futuro radioso. Não há sequer imaginação sem imagens e representações oferecidas por mitos, por utopias e por relações com o sagrado. Abre-se, pois, a possibilidade de um amplo campo de estudos. Os elementos essenciais das utopias do setor saúde parecem persistir, pois, apesar de todas as vicissitudes da história, o discurso da cultura do setor saúde não é assim tão

¹⁹³ Fazendo referência ao conceito utilizado pelo historiador Roger Chartier “apropriação cultural”, o objetivo desta intervenção junto aos atores foi o de conceder atenção às condições e aos processos pelos quais estes princípios foram construídos reconhecendo que mesmo estes princípios foram construídos na descontinuidade das trajetórias históricas.

¹⁹⁴ Castells, 1999.

moderno quanto aparenta ser. Ele constrói identidades que são colocadas, de modo ambíguo, nessa dialética passado e futuro.

A academia tem, hoje, no debate, alimentado o imaginário da saúde, dando continuidade a lutas da saúde pública com a recriação de imagens, como as do médico de família, de medicina de família, de comunidade, com as quais se tem pretendido enfrentar um modelo de medicina liberal privatizante, e o PSF ressurgiu como uma forma de militância, reafirmando-se ainda como esse campo de lutas.

No entanto, um dos impasses desse movimento acadêmico encontra-se na forma pela qual os estudos avaliativos do Programa têm sido efetivados. As pesquisas sobre o Programa, tal como são desenvolvidas hoje, têm apresentado as condições gerais nas quais ele encontra o seu lugar, não indo além de uma simples exposição de dois níveis de observação – o ‘macro’ e o ‘micro’¹⁹⁵ localizando-se o que Revel denomina por “uso argumentativo de uma determinada noção de contexto no *modus operandi*” de produzir pesquisas sobre o PSF. Ora, visto o Programa dessa forma, falta entender inteiramente como o PSF foi apropriado pela cultura desses profissionais, em contextos variáveis e heterogêneos. Cabe destacar aqui estudo de D’Aguiar, sobre o PSF em Volta Redonda (RJ)¹⁹⁶. O autor toma como eixo central a resolutividade¹⁹⁷ dos serviços de saúde nesse município (micro), dedica-se a analisar os modelos cubano, canadense e inglês de saúde comunitária (macro) no curso de sua tese, mas no entanto não desvenda a relação dessas experiências internacionais no exame da resolutividade dos serviços a qual propunha-se em seu estudo localizando-se aí o que Revel denomina por *uso argumentativo de uma determinada noção de contexto no modus operandi* de produzir pesquisas sobre o PSF¹⁹⁸.

Ora, como já sinalizado anteriormente, visto o Programa dessa forma, falta entender inteiramente como o PSF foi apropriado pela cultura desses profissionais. Por isso, a

¹⁹⁵ O conceito de escala utilizado pelos historiadores que se ocupam de micro análises orientou-me no percurso da minha investigação e na construção de meu objeto de pesquisa considerando essa lacuna encontrada nos estudos. Escolher consiste em selecionar um nível de informação que seja pertinente com o nível de organização a ser estudado, como nos lembra o autor: “A um geógrafo que quisesse se interrogar sobre a configuração de uma rede rodoviária regional, um mapa na escala de 1:25.000 não informaria nada, mas seria precioso para aquele que desejasse entender a relação entre a distribuição do habitat e o traçado das estradas rurais”.

¹⁹⁶ D’Aguiar, 2001.

¹⁹⁷ Para Campos (apud D’Aguiar), resolutividade pode ser entendido como sinônimo de solucionar, dar solução a algo. Assim, mais resolutivo é o serviço que soluciona maior proporção dos problemas que lhe são apresentados.

¹⁹⁸ Revel, 1998.

inserção de novos elementos e o reagrupamento de velhos ao redor de imagens e símbolos, premissas e temas, relacionados ao Programa Saúde da Família, estão exigindo um esforço cada vez maior das ciências sociais em torno de novos paradigmas avaliativos.

Nessa perspectiva, talvez o nosso esforço adicional de pesquisa deveria se dar no sentido de extrair desse debate questões e desafios postos ao tipo de desenvolvimento de sistemas de saúde a que aspiramos¹⁹⁹. No âmbito do Programa Saúde da Família, repensar, por fim, as utopias igualitárias recriadas nos estudos avaliativos da saúde pública, pondo em relevo as muitas ambigüidades desse campo de militância de esquerda, talvez seja a forma de romper antigas assertivas. Trata-se de tarefa a ser empreendida, com muitos desafios a enfrentar.

Sendo o PSF um movimento, um sistema de representação e um modo de construir sentidos, pode-se admitir que influencie e organize ações bastante plurais. Examiná-lo requer, pois, compreendê-lo como uma regularidade histórica de longa duração, que, em diferentes espaços do território brasileiro, tem forjado identidades diversas, quer dizer, entendendo-o para além do percurso histórico institucional que viabiliza sua formulação e implementação²⁰⁰.

Considerações finais

Fizemos neste trabalho uma aproximação preliminar com a história dos intelectuais pretendendo desvendar o processo de produção de utopias. No entanto, o tempo restrito para efetivação da pesquisa e produção da dissertação me colocou diante de muitos limites para alcances maiores; muitas lacunas aguardam preenchimentos. Uma delas é a formação

¹⁹⁹ Mattos, 2001:389.

²⁰⁰ Para contar essa 'história institucional', nos diferentes estudos sobre o PSF, pesquisadores bebem das mesmas fontes documentais, que são as seguintes: Saúde dentro de casa (MS:1994), Informe sobre a Reforma do setor saúde no Brasil (MS:1995), Plano de Ação do MS 1995 -1999 (MS:1995), 1997-O ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias (MS:1997) e Manual para a organização da Atenção Básica no SUS (MS:1999). Além disso, os trabalhos encontrados mostraram uma clara preocupação em descrever o papel das Normas Operacionais Básicas e alguns com descrições prolongadas das portarias postas em vigor relativas ao Programa. Na maioria dos textos, no entanto, o uso das fontes apenas ilustra o histórico sobre a implantação do Programa e os antecedentes de sua implantação. Esse histórico do Programa, por sua vez, vem acompanhado de uma análise macro-estrutural tendo como objetivo apresentar o contexto que contribuiu para o surgimento do PSF. Essa análise da macro-estrutura segue um mesmo roteiro: traça-se um panorama evolutivo da saúde a partir dos anos sob ditadura militar, segue-se o movimento pela mudança desse paradigma por meio da Reforma Sanitária até chegar à constituinte, à formação do Sistema Único de Saúde, à aprovação da Constituição de 88 e com ela à legitimação do princípio fundamental de atenção à saúde enquanto direito de cidadania.

de novas redes de intelectuais na entrada dos anos 90. Esta tarefa ficou em suspensão. Trabalhei com alguns indícios a serem mais precisamente pesquisados.

Com esta pesquisa, procurou-se demonstrar o Programa de Saúde da Família (PSF) como lugar de idéias - força que dá continuidade a ideários e ações de democratização da saúde pública brasileira, entendidas como utopias igualitárias, numa perspectiva de longa duração histórica. Daí porque localizar, nessa experiência da saúde pública, motivações, compromissos e práticas sociais moldados nos princípios da universalização, da equidade e da integralidade da saúde, que expressam um processo continuado de invenção das tradições. Também se buscou desvendar, nessa experiência, continuidades e rupturas de tradições diante de dilemas postos pelas desigualdades sociais do país, e por práticas médicas de diferentes tradições.

Essa dissertação pretendeu contribuir com a produção de um conjunto de referências de análise da saúde pública, no interior dos estudos culturais, de modo a expressar o PSF como lugar de expressão de certas identidades e tradições médicas, estabelecendo uma abordagem metodológica que efetive a comparação de prescrições programáticas de criação, de implementação e de revisões do PSF com as de outros diferentes modelos de programas de saúde pública, desvendando-lhes sentidos civilizadores comuns.

Diante dos novos dilemas postos pela nova ordem mundial, o PSF parece estar dando continuidade a essas lutas, tendo conquistado, ao longo dos anos 90, um importante lugar na oferta de idéias sobre antigos paradigmas da saúde pública, neles compreendidas as utopias igualitárias, redefinindo referências para a militância política. Essa experiência está em movimento.

Ao contrário da experiência passada, quando os avanços do setor saúde estavam ligados a um significativo social forte - crise social que punha em causa a coesão da sociedade diante do regime militar, suscitando o problema da sobrevivência - hoje há algo de novo na forma pela qual o PSF dá continuidade a essas lutas, pois também nos parece que os movimentos relacionados a este programa se redefiniram, em circunstâncias que também redefiniram a indignação ou a revolta, ou mesmo, possibilidades de explosão social, tema para novas pesquisas.

Referências bibliográficas:

AGUIAR, D. S. **A Saúde da família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

AGUIAR, R.A.T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

ALVES, P. C. (Editora Relume Dumará). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.** Rio de Janeiro, 1998. 248p.

AMADO, J. F., MORAES, M. (Editora FGV). **Usos e Abusos da história oral** Rio de Janeiro, 2002.

ARAÚJO, I (Editora Unisinos). **A reconversão do olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social.** São Leopoldo, 2000.

ARAÚJO, M. P. N (Editora FGV). **A utopia fragmentada: as novas esquerdas no Brasil e no mundo na década de 1970.** Rio de Janeiro, 2000. 200 p.

AROUCA, S (Editora Fiocruz). **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva.** Rio de Janeiro, 2003.

BAHIA, L. **Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90.** Ciência e Saúde Coletiva, vol.06, p. 329-341, 2001.

BONFIM, L. A. **Estudo Etnográfico do usuário do PSF na Bahia.** Ciência e Saúde Coletiva, vol. 07, p. 581-589, 2002.

BOURDIEU, P. (Editora Bertrand Brasil). **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro, 2001. p.17-59

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção**. Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil, Recife, 3 (1): 113-125, jan. março, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez grandes Centros Urbanos- síntese dos principais resultados**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS- 15 anos de implantação: desafios e propostas para a sua consolidação**, 2003.

BRASIL. Fundação Serviços de Saúde Pública. **O SESP nos primeiros 15 anos**.
_____ **Síntese de atividades da Fundação Sesp**

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa de Interiorização das ações de saúde e saneamento, suas metas, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde**.

Conferência Nacional de Saúde, 8º, Brasília, 1986, Ministério da Saúde.

BURKE, P (Editora Civilização Brasileira). **Variedades da história cultural** Rio de Janeiro, 2000. P. 1-11 e 231-269.

BOBBIO, N. **Dicionário de Política**. 5ª edição. São Paulo: Editora UnB, 2004. P. 1284.

BONFIM, L. A.; Batos, SOUSA, A. C.. **O impacto sócio- cultural do Programa Saúde da Família: uma proposta de avaliação**. Cadernos de Saúde Pública; 14; 429-435, abr-jun, 1998.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, 2003, p. 569-584.

_____. **Centros municipais de saúde do Rio de Janeiro: reconstrução da trajetória de uma organização sanitária: 1927-1997**. Faculdade de Medicina preventiva da Universidade de São Paulo, 1999.

CANESQUI, A. M. (Editora Hucitec-Abrasco). **Ciências sociais e Saúde**. Rio de Janeiro, 1995. 287p.

CASTELLS, M. (Editora Paz e Terra). **A Sociedade em Rede**. São Paulo, 1999.

CERTEAU, M (Editora Vozes). **A Invenção do Cotidiano**. Petrópolis, 1994.

CHARTIER, R (Editora Bertrand Brasil). **História Cultural: Entre Práticas e Representações**. 1990.

COHEN, M. **O modelo assistencial no SUS Niterói: conflitos e pactuação política no processo de integração do PMF**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

CONSELHO Nacional de Saúde. **Regimento da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. [online]. Disponível na internet via www.cns.org.br. Arquivo capturado em 24 de abril de 2005.

CORDEIRO, H. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.6, p.319-328, 2001

COSTA, S. G. **A ‘invenção das tradições: a proteção social e os cursos de graduação em serviço social**. *Revista Serviço Social e sociedade*. n° 48, p. 58-69, 1995.

_____ **Signos em transformação: a dialética de uma cultura profissional** (Editora Cortez). São Paulo, 1995.

D’ AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil: a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. 146 p.

Declaração de Alma Ata. [on line]. Disponível na internet via www.oms.org: [Arquivo capturado no dia 02 de março de 2005]

Dicionário Histórico – biográfico brasileiro pós 1930 (Editora FGV). Rio de Janeiro, 2001.

ESCOREL, Sarah (Editora Fiocruz). **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, 1998.

FERREIRA, J (EDUFF). **Prisioneiros do Mito: cultura e imaginário político dos comunistas no Brasil (1930- 1956)**. Niterói, 2002. 320 p.

FLEURY, Sônia. **Para pensar a questão social na América Latina**. In *Estados sem cidadãos*. Editora Fiocruz, 1994, Pg.129-151.

_____ (Editora Cortez) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo, 1995.

_____ (Abrasco) **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada (org.)**. Rio de Janeiro, 1995.

_____ **Equidade e Reforma Sanitária: Brasil**. Revista Saúde em Debate, 1994. p.44.

FURTADO, C. (Editora Paz e Terra). **Brasil: tempos modernos**. Rio de Janeiro, 1979.

GEERTZ, C. (Editora Guanabara). **A interpretação das culturas**. 1989.

GINZBURG, C (Editora Companhia das Letras). **Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história**. São Paulo, 1989. p.143 a 273.

_____ (Editora Companhia das Letras) **O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição**. São Paulo, 1987.

GOMES, A. S. J. **Modelos Tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996.

GOULART, F. A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** Dissertação (Tese de doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005.

GUIMARÃES, R (Editora Graal). **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro, 1978.

HALL, S (Editora UFMG). **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte, 2003.

_____ (DPA Editora). **A identidade cultural na pós – modernidade**. Rio de Janeiro, 2003.

HUGHES, H. S (The Harvester Press). **Consciousness and society**. 1979.

HUNT, L (Editora Martins Fontes). **A nova história cultural** São Paulo, 1992.

HOBBSAWN, E (Editora Paz e Terra). **A Invenção das Tradições**. 2002.

IDE, P (Editora Martins Fontes). **A arte de pensar**. São Paulo, 2000.

IGNATIEFF, M. **Instituições totais e classes trabalhadoras: um balanço crítico**. Revista Brasileira de História. São Paulo, v.7, número 14. pg 185-193.

KYMLICKA, W. e NORMAN, W. 1997. **El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía**. Agora, número 7: 5-42.

LAMBERT, J (Editora Brasiliense). **Os dois brasis**. São Paulo, 1967.

LE GOFF, J (Editora da Unicamp). **História e memória**. São Paulo, 1996. P.423-485.

LEVCOVITZ, E. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas**. Ciência e Saúde Coletiva. Vol 6, número 2, 2001. 269-292.

_____ **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil: (1974-2000)**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2003.

LEVI, G. **Sobre a micro – história**. In PETER, Burke. A escrita da história: novas perspectivas. Editora da Universidade estadual Paulista, 1992. 133-163

LIMA, N. T. **Um sertão chamado Brasil: intelectuais, sertanejos e imaginação social**, Dissertação (Doutorado em Sociologia) – Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LOBATO, L. V. **Reforma Sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços**. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000. pg.1- 40.

LOPES, M. A. (Editora Contexto). **Grandes Nomes da História intelectual** São Paulo, 2003.

LOWY, M (Editora Boitempo). **Walter Benjamin: aviso de incêndio: uma leitura das teses “sobre o conceito de história”**. São Paulo, 2005. 160 p.

LUCHESE, P. T. R.(Coleção Escola de Governo). **A Gestão Compartilhada do Sistema Único de Saúde: o diálogo na Comissão Intergestores Tripartite**. Rio de Janeiro, 2003.

_____ **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995**. In: Planejamento e Políticas Públicas. Instituto de Pesquisa Econômica e aplicada, Brasília, 1996.

_____ **A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil (1975-1978)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

LUZ, M. **As Conferências Nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80**. In Saúde e sociedade no Brasil: anos 80 (Editora Relume Dumará). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

LUZ, M. **As instituições médicas no Brasil** 1979.

MACHADO, M. H. (Editora Fiocruz). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro, 1997.

MATTOS, R. de A.. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias.** Ciência e Saúde Coletiva, vol.06, número 2, 2001. Rio de Janeiro, 2001. p.377-391.

MELLO, C. G. de (Editora Hucitec). **O Sistema de saúde em crise.** São Paulo, 1981.
_____ **O Sistema Nacional de Saúde: proposições e perspectivas.** Revista Saúde em Debate. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1976, pg.25, out-nov-dez 1976.

MINAYO, C. **Quantitativo- qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MOTA, C. G. (Editora Ática). **Ideologia da cultura brasileira: 1933-1974: pontos de partida para uma revisão histórica.** São Paulo, 1978.

NETO, A. de F. P. (Editora Fiocruz). **Ser médico no Brasil: o presente no passado.** Rio de Janeiro, 2001. 232 p.

NETO, E. R. (Editora Fiocruz). **Saúde: promessas e limites da Constituição.** Rio de Janeiro, 2003. 260 p.

NUNES, E. D. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas.** Organizado por Everardo Duarte Nunes. Brasília: Opas, 1985. 474 p.

NUNES, R. C. **A história do projeto Montes Claros.** In: Fleury, Sônia. Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

OLIVEIRA, F de (Editora Boitempo). **Crítica à razão dualista - o ornitorrinco.** São Paulo, 2003.

PAIM, J. S. **Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva?** Mim.

PEREIRA, S. R. **A inserção dos médicos no PSF no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PESAVENTO, S. J. (Editora Autêntica). **História & História Cultural** Belo Horizonte, 2004. 132 p.

REGO, S (Editora Fiocruz). **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro, 2003.

REINALDO, G. (Edições Graal). **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro, 1978.

REVEL, J (Editora FGV). **Jogos de escala: a experiência da microanálise**. Rio de Janeiro, 1998.

SALLINS, M. (Editora Jorge Zahar). **Ilhas de história**. Rio de Janeiro, 1997.

SANTOS, B. de S. (Editora Cortez). **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo, 2003.

SILVA, J. A. (Editora Fiocruz). **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro, 2002.

SIRINELLI, J. F. **Os intelectuais**. In Rémond, René (org.). *Por uma história política*. Rio de Janeiro: FGV/UFRJ, 2003.

SOPHIA, D. C. **Estrutura de um jornal comunitário**. Projeto experimental (Graduação em Comunicação Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SOUSA, M. F. (Editora Hucitec). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo, 2002.

SOUZA, S. F. da S. **A Inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no PSF**. (Dissertação) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

TEIXEIRA, R. R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003.

THOMPSON, E (Editora Paz e Terra). **A formação da classes operária Inglesa**. Rio de Janeiro, 1987.

TOLEDO, C. N. de (Editora Ática). **ISEB: Fábrica de ideologias**. São Paulo, 1982.

VIANA, A. L. de A. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o PSF**. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, 8 (2): 11-48, 1998.

_____ **Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais**. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, Curitiba, novembro de 1995.

YOUNG, I. M. 1990. **Polity and group difference: a critique of the ideal of universal citizenship**. *Ethics*, 99:250-274.

ENTREVISTAS

Sarah Escorel

Aluísio Gomes

Antônio Ivo de Carvalho

Sônia Fleury (Conferência)

Entrevista realizada com Ana Pontes em 02/04/2004 e Daniela Moraes em 01/02/2004

¹ Entrevista realizada em 18/03/2004 durante o XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado entre os dias 17 e 20 de março de 2004.

SITES

Organização Mundial da Saúde www.oms.org

Projeto Descentralização On Line: www.intranet.ensp.fiocruz/descentralizar

PERIÓDICOS:

Jornal Proposta

Revista Tema

Revista Súmula

OUTRAS FONTES

Constituição do acervo sobre a elaboração e implementação das políticas prioritárias do Inamps: 1985-1998.

Lista de entrevistas consultadas:

Eleutério Rodrigues Neto

Hésio Cordeiro

José Carvalho de Noronha

José Gomes Temporão

Conjunto de entrevistas realizadas por Sarah Escorel por ocasião da elaboração da dissertação “A reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário”

Lista de entrevistas consultadas:

Eleutério Rodrigues Neto

Hugo Tomassini

José Gomes Temporão