

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

LUCAS BRONZATTO SILVEIRA

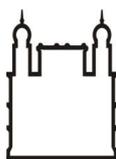
A produção teórica da Saúde Coletiva brasileira na década de 90: texto, contexto e mudança social

Orientadora: Profª Drª Gisele O'Dwyer

Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz

Rio de Janeiro

2015



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A produção teórica da Saúde Coletiva brasileira na década de 90: texto, contexto e mudança social”

por

Lucas Bronzatto Silveira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Gisele O'Dwyer de Oliveira
Segundo orientador: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz

Rio de Janeiro, abril de 2015.



Esta dissertação, intitulada

“A produção teórica da Saúde Coletiva brasileira na década de 90: texto, contexto e mudança social”

apresentada por

Lucas Bronzatto Silveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof.^a Dr.^a Gisele O'Dwyer de Oliveira – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 10 de abril de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S587p Silveira, Lucas Bronzatto
A produção teórica da saúde coletiva brasileira na década de 90: texto, contexto e mudança social. / Lucas Bronzatto Silveira. -- 2015.
166 f.
Orientador: Gisele O'Dwyer
Eduardo Navarro Stotz
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
1. Saúde Pública - história. 2. Política de Saúde.
3. Mudança Social. 4. Processo Saúde-Doença. 5. Serviços de Saúde. 6. Brasil. I. Título.
CDD – 22.ed. – 362.10981

A todas as pessoas que foram detidas, presas e/ou processadas pelo Estado brasileiro por participarem de manifestações e protestos durante o período de elaboração desta dissertação, especialmente às 23 presas e processadas pelo inquérito da Delegacia de Repressão dos Crimes de Informática.

Ainda que este estudo seja sobre mudança social em outro tempo e com outro enfoque, dedico este trabalho a vocês, criminalizados neste período pelo Estado brasileiro por lutarem por mudança social.

Agradecimentos

À minha família, por me dar e ensinar a vida, pelo apoio e pelo porto seguro de sempre. Sem vocês nada disso seria possível.

Aos orientadores, Gisele e Eduardo, pela orientação e suporte verdadeiros desde o primeiro momento em que assumiram estas funções. Além das contribuições teóricas, pelo cuidado e atenção com a elaboração deste trabalho e pelo convívio e aprendizados nas reuniões, disciplinas e outros encontros, que se não entraram aqui, ficam para a vida pessoal e acadêmica.

Ao Aluísio Gomes da Silva Júnior e à Tatiana Vargas de Faria Baptista pelas valiosas contribuições na qualificação e nas trocas de ideias em outros espaços durante este período.

Ao Fórum de Estudantes da ENSP, cujos debates e ações foram fundamentais para minha formação profissional, pessoal e militante durante o Mestrado, por trazerem uma dimensão política ao processo formativo. Agradeço especialmente, pela amizade e convívio enriquecedores, à Amanda Frazão, Carolina Michelin, Carolinne Scopel, Crisólogo Mendes, Ingrid D'Avilla, Laíra Vasconcellos, Ivo Lima, Leonardo Mattos, Milena Junqueira, Norhan Sumar e Raphael Rezende. Seja nas reuniões, nas rodas, nos atos, nas manifestações internas, nos cafés na livraria da Abrasco, nos churrascos, nos debates em outras universidades e com outros coletivos, no grupo de estudos Cecília Donnangelo (já que ninguém sugeriu outro nome e o grupo acabou, podemos manter este?), na Lapa, estar junto com vocês, além de imensamente prazeroso, foi essencial para tentar entender o que acontecia dentro e fora da instituição. Quanta coisa fizemos!

Aos companheiros e companheiras na coordenação do curso para Formação Histórica e Política de Estudantes Universitários da Área da Saúde, José Augusto Pina, Eduardo Stotz, Helena Leal David, Deyvyd Condé, e os já citados Ivo, Laíra, Leonardo e Norhan. Além do que entrou aqui neste estudo, e dos laços de amizade fortalecidos, o convívio com vocês me fez renovar a certeza de que a academia precisa estar lá fora, “onde o ar não é condicionado”.

Às amigas e amigos da subárea de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas, pelas trocas de ideias nas aulas, cafés, bares e outros encontros, pelo apoio e amizade neste tempo.

À Maju, irmã que a vida entregou na minha porta, por ter dividido tudo ou quase tudo de mais importante e valioso nesta passagem por terras cariocas. Enumerar tudo aqui dobraria o número de páginas desta já longa dissertação. Não sabíamos, mas aquele dia que fui te ajudar a trazer suas mochilas pra dentro de casa, na verdade estávamos entrando nas casas e mochilas um/a do outro/a. Em breve nosso estandarte litero-culinário ganhará o céu de outras terras.

À Camila Avarca e Lara Paixão, juntas pela importância no “antes” deste texto, em nossos mates práticos. Pela insistência pra que eu experimentasse o “mundo acadêmico”, por perceberem e apontarem este caminho em meio a tanta turbulência. Individualmente e juntas, por tudo que vivemos antes e durante este processo, por clarearem as perguntas, puxarem pra realidade e pra luta, seja ela qual for. Por começarem uma casa que foi ponto de parada e

respiro nesta viagem, e que hoje se espalhou por aí. “Ruas e números são para as contas. Casa é outra coisa”.

À Eliana Pereira, parte de um destes novos tetos desta casa, chão que começamos e que agora, enfim, vamos poder aproveitar melhor. Pelo pão, vinho, arte e lutas já divididas, e pelo que virá.

À Carla Cabral e Helifrancis Condé, primeiro pela amizade de tantos bons encontros neste tempo. Segundo, porque se esta dissertação fosse um filho, vocês seriam os padrinhos. Isso por sugerirem a Fiocruz quando eu decidi fazer um mestrado, por me receberem durante as provas (e lembrarem que tava na hora de sair pra não perder a entrevista!), pelos “fretes”, pelo apoio, pelas inquietações e perguntas divididas que permeiam este estudo, trabalhos, poemas, e tantas coisas.

À Ellen Francisco, tão presente e tão fundamental na fase final deste trabalho, por todo o vivido e dividido, todas as trocas, aprendizados, afetos e cuidado que permeiam e sustentam estes escritos.

Aos companheiros e companheiras de trabalho e militância no Apoio em São Bernardo do Campo e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de São Carlos, também por dividirem inquietações que se tornaram perguntas que levaram a este estudo. Especialmente às pessoas que convivi cotidianamente, nas equipes de trabalho (Equipe 5 de Apoio e residentes das equipes Romeu Tortorelli e Jardim Munique), nas “casas” (Américo Mori, Guilherme Salgado, Thiago José Sávio, Renata Pereira, Marcos Lima, Daniel Nordi, Mariana Paes e Evelyn Inamorato) e nas passagens por Campinas (Francielly Damas e Júlia Amorim Santos, de tantos cafés, cervejas, prosas e reflexões engrandecedoras).

Aos hermanos Hugo Henrique da Silva, Pedro Abreu e Sandro Chaves, pelas ideias trocadas nos reencontros antes, durante (e depois!) deste trabalho, cada um à sua maneira. E porque quase tudo que faço leva um pouco das ideias e vidas divididas naqueles anos, e que me constituem hoje.

Aos bons encontros e reencontros nesta passagem pelo Rio, com pessoas que também contribuíram para as linhas e entrelinhas deste texto, “melhorando meu olhar” com seus olhares e/ou ajudaram esta caminhada: Dani Santos, Ana Paula Morel, João Vinícius, Felipe Lima, Amanda Xavier, Priscila Talita, Marcelo de Luca, Ísis Botelho, Vinícius Santiago, Anna Rigato e chinelos, Gabriela Bertti, Janaína Camargo.

SILVEIRA, Lucas Bronzatto. **A produção teórica da Saúde Coletiva brasileira na década de 90: texto, contexto e mudança social**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

RESUMO

O presente estudo tem como objeto a teoria produzida pela Saúde Coletiva brasileira na década de 90 e busca identificar questões que contribuíram para as mudanças no referencial teórico-metodológico de interpretação da realidade por este campo, especialmente no que diz respeito à concepção de mudança social e setorial que permeia este referencial. Por meio da revisão realizada para este estudo, foi possível perceber que o horizonte inicial de mudança social e setorial do campo da Saúde Coletiva foi sendo alterado ao longo dos anos, situação que se expressa nos temas e questões abordados pelo campo. Ao chegar na década de 90, o campo havia passado por uma mudança de ênfase, partindo de estudos iniciais que tinham como foco a compreensão do processo saúde-doença em sua dimensão social e política para estudos centrados na operacionalidade técnica de propostas no âmbito das práticas de saúde. Os anos 90 são marcados pela definição das diretrizes de funcionamento do Sistema Único de Saúde e, de um lado, por tentativas de avançar na implementação deste sistema na perspectiva do direito social à saúde e, de outro, pela implantação por parte do Estado brasileiro de políticas sociais neoliberais. Este contexto, associado a mudanças relacionadas à produção científica no país e no mundo que também aconteceram nesta década, implicaram em novas questões teóricas para a Saúde Coletiva e para os atores sociais vinculados à política de saúde no país, que foram aprofundadas neste estudo. Para tanto, utilizou-se de um referencial teórico-metodológico de análise que relacionasse teoria produzida com as questões do contexto social e da prática política dos intelectuais do campo, compreendendo-se a Saúde Coletiva como *campo científico* na perspectiva de Bourdieu (1983, 2004). Para uma melhor compreensão do objeto estudado, entendeu-se como necessária uma caracterização breve da teoria produzida pelo campo nas décadas anteriores e da mudança de ênfase ocorrida, bem como do contexto político deste período, tema dos dois primeiros capítulos. Os outros dois capítulos estão dedicados a uma caracterização da política de saúde nos anos 90 e a uma análise da produção teórica da Saúde Coletiva neste mesmo período, com base em sistematizações e reflexões feitas por autores do campo, que foram colocadas em diálogo. Esta análise foi feita com base em seis questões identificadas como influentes na teoria produzida no período: 1) A predominância da estratégia política de ocupação dos espaços institucionais no Estado; 2) A ofensiva neoliberal no setor saúde; 3) As inflexões e mudanças no âmbito das Ciências Sociais: crise da modernidade e pós-modernidade; 4) A fragilidade dos modelos explicativos da Saúde Coletiva sobre o processo saúde-doença; 5) A pouca elaboração da proposta da Reforma Sanitária Brasileira no âmbito das práticas e dos serviços; 6) As políticas de Ciência e Tecnologia do país. A análise revelou a força das razões de Estado na produção científica do campo, bem como a grande influência nesta produção da prática política do grupo hegemônico do movimento sanitário, o que fragilizou outras abordagens e perspectivas teóricas/políticas na disputa interna no campo científico da Saúde Coletiva.

Lista de abreviaturas e siglas

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
C&T	Ciência e Tecnologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
Finep	Financiadora de Estudos e Projetos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSE	Fundo Social de Emergência
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e da Reforma do Aparelho do Estado
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MP	Medida Provisória
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PEC	Projetos de Extensão de Cobertura
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PESES/PEPPE	Programa de Estudos Sócio Econômicos em Saúde/Programa de Estudos Populacionais e de Pesquisas Epidemiológicas
PIASS	Programa de Interiorização da Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema de Saúde
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PP&G	Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde' (PP&G)
PPI	Programação Pactuada e Integrada

PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
Reforsus	Projeto Reforço à Reorganização do SUS
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SILOS	Sistemas Locais em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USaid	United States Agency for International Development

Sumário

Apresentação	12
Introdução	15
Capítulo 1 - A Saúde Coletiva brasileira nos anos 70 e 80	34
Capítulo 2 - A mudança social e setorial nos movimentos de luta pela saúde nos anos 70 e 80	53
Capítulo 3 - Políticas de saúde na década de 90	73
Capítulo 4 - Produção teórica da Saúde Coletiva brasileira sobre práticas de saúde na década de 90	116
4.1 Caracterização da produção teórica da saúde coletiva na década de 90	117
4.2 Questões que contribuíram para as mudanças no referencial teórico-metodológico de interpretação da realidade pela Saúde Coletiva	127
4.2.1 Predominância da estratégia política de ocupação dos espaços institucionais no Estado e suas implicações para a teoria	127
4.2.2 Expressões da ofensiva neoliberal no campo	130
4.2.3 Reflexos no campo de inflexões e mudanças no âmbito das ciências sociais: crise da modernidade e pós-modernidade	135
4.2.4 Fragilidade dos modelos explicativos sobre o processo saúde-doença	143
4.2.5 Pouca elaboração das propostas do campo para os serviços de saúde	145
4.2.6 Reflexos das políticas de ciência e tecnologia do país para o campo da Saúde Coletiva	148
Considerações finais	151
Referências Bibliográficas	157
Anexo 1 – Poemas	164

Apresentação

Esta dissertação é parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e tem por objeto a produção teórica da Saúde Coletiva brasileira na década de 90. Propõe-se uma análise da teoria inserida em seu contexto social e orientada pela trajetória deste campo e dos movimentos aos quais se vincula, principalmente o chamado *movimento sanitário*. Buscou-se nesta análise identificar questões que contribuíram para as mudanças no referencial teórico-metodológico de interpretação da realidade pela Saúde Coletiva, especialmente no que diz respeito à concepção de mudança social e setorial.

O interesse por este objeto vem da trajetória de formação e atuação profissional do pesquisador nesta área. cursando uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família, de 2008 para 2010, deu-se o primeiro contato mais aprofundado com a teoria da Saúde Coletiva. A base da formação se constituía de elementos teóricos específicos do núcleo profissional e elementos teóricos do campo da Saúde Coletiva ligados à organização dos serviços e das práticas de saúde na atenção básica. Pela característica de formação pelo trabalho das residências, era possível colocar em prática a teoria o que facilitava a compreensão e colocava novas indagações.

Desde o término da Residência, esta integração teoria e prática se manteve presente na trajetória, pois minha atuação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) se deu em contextos nos quais existiam espaços de reflexão sobre a prática, orientados por abordagens teóricas da Saúde Coletiva. Neste sentido, foi possível vivenciar na prática algumas das potencialidades e limitações destas abordagens e, principalmente, perceber que havia distintas concepções de mudança social e setorial em torno delas, que se revelavam no momento da atuação nos serviços.

Refletindo sobre as experiências formativas das quais participei e convivendo com outros profissionais de saúde com trajetórias semelhantes, notei que parecia haver uma tendência à formação de sanitaristas ‘operadores de dispositivos de mudança’ de processo de trabalho em saúde. A centralidade das discussões parecia sempre estar em um âmbito técnico-gerecncial, no SUS, e pouco se discutia sobre outras questões da proposta de Reforma Sanitária Brasileira e do processo saúde-doença, especialmente seus aspectos políticos e sociais. Esta percepção despertou a curiosidade de compreender melhor a história da Saúde Coletiva e do movimento sanitário e as origens destas teorias com as quais tinha contato.

Participando também de congressos e debates do campo, foi se evidenciando que havia mais questões políticas em torno da luta pela saúde como direito do que apenas a implantação do SUS. Já no mestrado na ENSP/Fiocruz, nas disciplinas e demais espaços de discussão, estudos e leituras, foi ficando mais claro que os debates e ações que levaram à constituição do campo da Saúde Coletiva eram bastante permeados por questões de natureza política, entendidas como fundamentais para compreensão da saúde e atuação na área. No entanto, ao que parecia, ao longo dos anos estas questões foram perdendo relevância, ou foram recolocadas de outras formas, em outros termos. Por meio da revisão bibliográfica que será apresentada, a década de 90 foi localizada como o período de formulação de uma boa parte das abordagens teóricas com as quais tive contato nesta curta trajetória formativa na Saúde Coletiva, além de ser um período com importantes questões na política de saúde e na produção acadêmica do campo, como veremos.

Este período revelou-se importante para um aprofundamento no contexto histórico e teórico de formulação de algumas destas abordagens, de modo a compreender melhor o que muitos autores apontam ter havido no campo: uma mudança de ênfase, partindo de estudos iniciais que tinham como foco a compreensão do processo saúde-doença em sua dimensão social e política para estudos centrados na operacionalidade técnica de propostas no âmbito das práticas de saúde, bastante presentes na década de 90 (FLEURY, 1988; LEVCOVITZ *et al.*, 2002; PAIM, 2008). Este apontamento condiz com a percepção do pesquisador sobre os processos formativos pelos quais passou, e por isso um aprofundamento como o proposto pode ajudar a compreender o presente, lançando luz sobre o contexto de origem de abordagens teóricas que orientam formações e políticas de saúde atualmente.

Há dois aspectos importantes de serem destacados que estão nas entrelinhas do texto que virá adiante. O primeiro diz respeito ao momento de ascenso de mobilizações sociais pelo país, que se deu durante o período em que cursei o Mestrado e que, entre outras implicações pessoais, políticas e profissionais, se refletiu no processo de elaboração desta dissertação. Desde as manifestações em massa contra o aumento da tarifa de ônibus de junho de 2013, aconteceram no Rio de Janeiro e no país uma série de outras mobilizações. Entre manifestações da juventude pelo direito à cidade, greves de algumas categorias de trabalhadores, como professores, garis e motoristas de ônibus e protestos contra a violência policial nas favelas, as ruas do Rio de Janeiro estiveram ocupadas por protestos e manifestações, em maior ou menor medida no período de elaboração desta dissertação. O

salto do aparato repressivo do Estado neste período foi nítido, incluindo prisões políticas e táticas repressivas usadas em outros países.

A participação nestas mobilizações e nos debates com coletivos sobre as questões políticas às quais se referiam permitiram olhar o Estado de um outro lugar, distinto daquele em que havia me habituado como farmacêutico/sanitarista. A experiência nas ruas e a percepção, na própria pele (literalmente), do que o Estado é capaz de fazer para garantir os interesses das classes dominantes foi algo que colocou em cheque minha compreensão sobre o Estado e se expressa, indiretamente, nesta dissertação. Depois desta passagem pelo Rio de Janeiro, não consigo ler da mesma maneira que antes a expressão “Estado Democrático de Direito”, tão comum em textos do campo, apenas para citar um exemplo.

Estas questões não entraram diretamente neste texto, dado o recorte temático e temporal do estudo, mas estiveram presentes na participação no Fórum de Estudantes da ENSP, bastante permeada pelo contexto do país. O Fórum foi também um espaço de debate e compreensão teórica, e de tentativas de estabelecer relações entre este contexto social e nossa inserção como estudantes na instituição, seja nos espaços de debate e gestão da pós-graduação, seja nas salas de aulas e/ou atividades formativas extra-classe. Estas discussões e também as participações em outras instâncias da instituição, como o Fórum de Articulação da ENSP com os Movimentos Sociais, foram de grande valia para uma melhor apreensão do Estado, da política social, e do papel social da academia e da pesquisa.

Esta experiência está mais presente no outro aspecto que gostaria de destacar das entrelinhas deste texto. O período que cursei o Mestrado foi também um período de maior exercício de um outro “ofício”, o de poeta. Durante o Mestrado, além de publicar um livro de poemas de minha autoria, foi nesta escrita que consegui expressar diretamente as percepções da experiência nas ruas (opressão e resistência) e também algumas das contradições da academia e da política social diante deste cenário. Por compreender, como veremos, a atividade científica como um dos modos possíveis de ver a realidade e não o único (DEMO, 1985), pareceu interessante inserir alguns poemas de minha autoria como um registro artístico (ou outra forma de ver a realidade) do período e deste processo formativo e suas contradições. Foram escolhidos três poemas, que estão ao final do texto, como anexo.

Introdução

A Saúde Coletiva brasileira constitui-se atualmente como um campo amplo de práticas, multiparadigmático e interdisciplinar, composto por disciplinas distribuídas em um espectro que se estende das ciências naturais às ciências sociais e humanas (NUNES, 2006). Seu objeto é constituído, como veremos adiante, inicialmente pelo estudo da determinação do processo saúde-doença, das práticas de saúde e das representações sociais da saúde e da doença. As origens deste campo no Brasil, segundo Nunes (2006), remetem à década de 50 e às construções teóricas europeias em torno da Medicina Social no século XIX, mas é somente na década de 70 que a Saúde Coletiva inicia sua estruturação formal como um campo científico. Para este autor, há uma grande vinculação entre os estudos iniciais que vão levar à formação do campo e o contexto das políticas de saúde do país nos anos 70, relação também identificada por outros autores (ESCOREL, 2009; FLEURY, 1988; PAIM, 2008).

A revisão realizada para este estudo indica que a relação entre a Saúde Coletiva brasileira e o contexto das políticas de saúde do país é uma marca presente no campo desde a sua criação até os dias atuais. Fleury (1988b) indica haver uma unidade dialética entre prática política dos intelectuais e a construção de saber neste campo, estabelecendo-se assim uma forte vinculação da teoria com o contexto social. A autora indica que esta vinculação é permeada por uma concepção de mudança social e setorial, elemento que também esteve presente na produção teórica deste campo desde os primeiros anos até hoje, em maior ou menor medida. Aprofundando-se nesta vinculação, Fleury (1988b) caracterizou a existência de três pilares que sustentam o campo, que chamou de *triedro da Saúde Coletiva*: conhecimento, consciência sanitária e organização do movimento (ou, em outros termos, saber, ideologia e prática política).

A prática política relacionada à produção teórica da Saúde Coletiva está inicialmente referida à atuação do chamado *movimento sanitário*, que ao longo da década de 70 se articulou politicamente em torno de uma proposta de Reforma Sanitária Brasileira, em um processo que será detalhado no primeiro capítulo deste estudo. Esta proposta e a atuação política deste grupo inseria-se no contexto de redemocratização política do país, e teve parte de suas intenções efetivadas levando a mudanças nas estruturas organizativas e institucionais do Estado no setor saúde. Dentre estas mudanças está a inscrição da saúde como um direito social na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a criação, a partir desta lei, do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2008).

A criação do SUS trouxe novas questões para a prática política do movimento sanitário e para a produção de saber na Saúde Coletiva, resultando em mudanças que serão exploradas neste estudo. A definição das diretrizes de funcionamento do SUS só aconteceu no início da década de 90, e a partir deste momento procurou-se avançar na implementação do SUS na perspectiva do direito social à saúde, um dos primeiros aspectos que caracterizam a década em questão. Também se inicia nesta década a implantação por parte do Estado brasileiro de políticas sociais de cunho neoliberal, implicando também em novas questões para o campo e para os atores sociais vinculados à política de saúde no país. Este contexto, associado a mudanças relacionadas à produção científica no país e no mundo que também aconteceram nesta década, fazem da década de 90 um período rico para ser analisado com vistas a uma maior compreensão do desenvolvimento teórico do campo da Saúde Coletiva no país.

Por meio da revisão realizada para este estudo, foi possível perceber que o horizonte inicial de mudança social e setorial do campo da Saúde Coletiva foi sendo alterado ao longo dos anos, situação que se expressa nos temas e questões abordados pelo campo. Neste sentido, explorar melhor estas alterações mostrou-se um caminho interessante para o estabelecimento de relações entre o contexto social e o campo científico e por isso este tema foi escolhido para delimitar o estudo da teoria produzida pela Saúde Coletiva na década de 90.

Assim, o presente estudo tem como objeto a teoria produzida pela Saúde Coletiva brasileira na década de 90 e busca identificar questões que contribuíram para as mudanças no referencial teórico-metodológico de interpretação da realidade por este campo, especialmente no que diz respeito à concepção de mudança social e setorial que permeia este referencial. Dentro desta produção teórica, foi dada uma maior ênfase à teoria relacionada às práticas de saúde, uma vez que originalmente a proposta deste estudo era de caracterizar e demarcar aproximações e diferenças entre as principais propostas/abordagens de práticas de saúde elaboradas por autores deste campo nesta década. O tempo disponível para a execução da pesquisa não permitiu o aprofundamento em cada uma das abordagens, de modo que o estudo restringiu-se apenas a uma caracterização geral da produção teórica e do contexto na qual esteve inserida.

Para uma melhor compreensão do objeto estudado, a saber, a produção teórica da década de 90, entendeu-se como necessária uma caracterização breve da teoria produzida pelo campo nas décadas anteriores, bem como do contexto político deste período. Esta

caracterização será realizada nesta introdução e nos dois primeiros capítulos. Uma vez que se buscou, em todos os capítulos, relacionar teoria e questões do contexto na qual se deu sua produção, fez-se necessário a utilização de um referencial teórico-metodológico que ajudasse na compreensão desta relação.

A relação entre teoria e o espaço social foi um dos aspectos sobre o qual Bourdieu (1983, 2004) se aprofundou em seus estudos sobre ciência e campo científico, e por isso os apontamentos deste autor serão utilizados para compor o referencial teórico-metodológico de análise deste estudo. Para Bourdieu (1983) a ciência é um campo social como qualquer outro, no qual se dão relações de força, monopólios, lutas e estratégias que fazem com que o discurso e a prática científicas nunca sejam desinteressados, mas produzam uma forma específica de interesse.

Assumindo estas premissas, o autor desenvolveu sua noção de *campo científico*, compreendido como um espaço permeado pela e submetido às leis sociais, mas dotado também de leis próprias. São estas leis, a lógica interna do campo, que conseguem mediatizar as pressões e influências externas, retraduzindo-as de uma maneira específica para o campo, característica que o autor chama de *refração* de um campo. Nesta concepção, o campo não escapa das imposições da sociedade, mas dispõe de autonomia parcial, que pode ser mais ou menos acentuada de acordo com sua capacidade de refração (BOURDIEU, 2004). Para Bourdieu (1983), a ciência retraduz os problemas que são engendrados pela sociedade.

O autor defende que para se compreender uma produção científica é preciso ir além da relação entre o conteúdo dos textos e contexto social, uma vez que entre estes dois pontos existe o *campo científico*, universo no qual estão os agentes responsáveis pela produção, reprodução ou difusão da ciência (BOURDIEU, 2004). Neste universo, se dá um processo compreendido pelo autor como uma luta:

O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nesta luta é o monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da *competência científica*, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (BOURDIEU, 1983, p. 122, grifos do autor).

Antes de se avançar na discussão sobre as relações entre os apontamentos de Bourdieu (1983, 2004) e a Saúde Coletiva, cabe situar a definição de ciência que será utilizada neste

estudo, bem como algumas de suas implicações. Assume-se para este estudo a perspectiva de Demo (1985), que compreende a Ciência como um fenômeno que também é social. O autor reconhece a existência e a necessidade de padrões lógicos e elementos fixos na Ciência, mas aponta que a Ciência é uma atividade e um produto com características históricas e em constante processo de formação.

Segundo Demo (1985), o produto específico da atividade científica são teorias explicativas da realidade. No entanto, compreende que a Ciência é apenas um modo possível de ver a realidade, nunca é único e nem final. Trata-se de uma forma de interpretar e conceber os fenômenos da realidade que é sempre parcial, uma vez que a realidade é um todo complexo, maior que a capacidade de captação dos cientistas e da qual a Ciência apresenta apenas uma visão. Ao mesmo tempo em que busca conhecê-la, a Ciência também é uma maneira de desconhecer a realidade, uma vez que esta é reduzida a uma dimensão parcial (DEMO, 1985).

Demo (1985) chama a atenção para o caráter normativo da Ciência, afirmando que “a ciência é uma norma”. Do seu ponto de vista, a suposição de que existe uma ordem na realidade está no âmago da produção científica, conferindo-lhe um caráter normativo. Para o autor, “a ciência se faz possível porque se apoia numa visão de rotina histórica e ontológica. Elaborar leis só é pensável diante de um comportamento ordenado do cientista e da realidade” (DEMO, 1985, p. 72). Nesta visão, a ciência, de um modo geral, pressupõe que na realidade aconteceria mais repetição do que inovação.

Para este autor, a Ciência se autodefine permanentemente, de acordo com interesses e com o processo histórico. No seu desenvolvimento, tem em seu centro as hipóteses, compreendidas como lançamentos teóricos provisórios, interpretações possíveis da realidade, que são sempre questionáveis e nunca se comprovam como verdade. Podem vir a ser confirmadas na forma de consensos dentro da comunidade científica, mas não se pode afirmar que são interpretações verdadeiras da realidade. São, segundo este autor, versões historicamente possíveis desta, como o são todas as interpretações (DEMO, 1985).

No entanto, Demo (1985) alerta que é necessário tomar cuidado para que esta definição não seja compreendida como um relativismo, no sentido de que “não havendo possibilidade de fundamentação última, a ciência não passaria de um jogo diletante e descompromissado, em que cada qual diz o que quer e aceita o que bem entender” (DEMO, 1985, p. 17). Para este autor, este relativismo não se sustenta sociologicamente, uma vez que

existe a demarcação científica, feita pela comunidade científica, que faz com que a ciência não seja um fenômeno individual (DEMO, 1985).

O autor aponta como uma posição intermédia entre o objetivismo empirista (que acredita que o dado se impõe ao sujeito) e o relativismo subjetivo (que inventa a realidade) a concepção de *realidade construída*. Dela decorre a concepção de *objeto construído*, apresentado como um enfoque diverso da relação entre sujeito e objeto:

Sua [*da concepção de objeto construído*] especificidade está na tentativa de problematização desta relação, ou seja, não tomá-la como adequadamente dada. O sujeito é incapaz de apenas *descrever, retratar* o objeto, como se fosse uma câmara fotográfica. Esta imagem (...) revela que o retrato totalmente objetivo não existe: depende da qualidade do filme, da perfeição da máquina, das condições ambientais e etc. Por isso propomos substituir o conceito de objetividade pelo de *objetivação* (DEMO, 1985, p. 19).

Nesta perspectiva se assume que o ideal da ciência é o conhecimento objetivo, exato e fidedigno da realidade, mas que por razões lógicas e sociológicas, não pode ser realizado. É por esta razão que o autor propõe a substituição de objetividade por objetivação, compreendida como “a tentativa de reproduzir a realidade assim como ela é, mais do que como gostaríamos que fosse” (DEMO, 1985, p. 16). A objetivação implica num esforço controlado de conter a subjetividade, tendo como meta a objetividade de modo a evitar que o objeto construído se torne um objeto inventado.

Na mesma linha, Oliveira (2001) aponta que uma das maneiras de se evitar o relativismo é proceder de modo que a escolha de teorias no interior da ciência seja mais orientada por valores cognitivos do que por valores morais e sociais. Dentre estes valores cognitivos, um dos que se tornou mais importante é a adequação empírica, compreendida como a capacidade de uma teoria dar conta de explicar os dados observacionais e experimentais disponíveis. São também identificados pelo autor como valores cognitivos a consistência lógica, o poder explicativo e a simplicidade. Ainda que às vezes se afaste da escolha de teorias orientada por valores cognitivos, a ciência não deve deixar de ter um processo de escolha com estas características como um ideal a ser perseguido (OLIVEIRA, 2001).

Um dos fundamentos da posição de Demo (1985), que também é assumida aqui, é que o sujeito também pertence ao contexto do objeto da pesquisa, de modo que a ciência é produto lógico e sociológico da atividade científica dos cientistas, como aponta o autor. Demo (1983) indica que não é possível ver a realidade se não for a partir de um ponto de vista e os pontos

de vista são sempre dos sujeitos. Para o autor, só haveria objetividade na ciência se o sujeito pudesse sair de si mesmo e observar-se de fora. Sendo assim, os fatos, as teorias e os dados apresentados pela ciência já são interpretações, são maneiras de se construir e de selecionar relevâncias na realidade. (DEMO, 1985).

Por este motivo, esta concepção baseia-se na tese da não-neutralidade da ciência. Segundo Demo (1985), desde o momento de escolha de temas e abordagens de pesquisa se constata a forte presença de valorações pessoais dos sujeitos:

É uma propriedade da subjetividade selecionar o que lhe interessa no campo da realidade. Com isto teríamos o seguinte quadro: todo fato conhecido é de alguma maneira valorado subjetivamente porque recaiu no interesse da pessoa; todo fato desconhecido, que não recaiu no interesse da pessoa, representa desinteresse, ou seja, é um não-valor, pelo menos por enquanto. Conclusão: a realidade é um campo sempre carregado valorativamente pelo interesse ou pelo desinteresse do sujeito (DEMO, 1985, p. 91).

A visão deste autor contrapõe-se à de outros autores que defendem que, mesmo o conhecimento sendo marcado por juízos de valor, os sujeitos podem e devem distanciar-se destes valores em sua prática científica, devendo ser treinados para isto. Autores que sustentam a posição da neutralidade da ciência indicam que a diferença entre o conhecimento do senso comum e o conhecimento científico está justamente na distância dos juízos de valor existente neste último. Nesta posição, o conhecimento científico é faculdade das pessoas que, munidas de técnicas específicas, conseguem tratar os objetos de maneira neutra e inserida no ideal do retrato perfeito da realidade. Assim, o objeto impõe-se ao sujeito, mais do que o sujeito ao objeto. Busca-se, com isso, aumentar a possibilidade de se criarem evidências aceitáveis por todos (DEMO, 1985).

Demo (1985) critica esta perspectiva, indicando que há um processo dinâmico de mútuo condicionamento entre objeto e sujeito, e que, considerando-se a sociedade como um campo carregado de valores, a busca pela isenção de valor é uma tomada de posição. Este autor não considera a emergência de juízos de valor por si só como um problema metodológico, uma vez que todas as pesquisas os contêm. São considerados como problemas metodológicos, na posição assumida pelo autor, a dogmatização dos pontos de vista, a eliminação do ideal da objetivação, a negação de distinções lógicas e também a negação dos pressupostos subjetivos dos cientistas, quando estes buscam aparentar-se como representante de verdades evidentes (DEMO, 1985). Para Demo (1985), a compreensão dos objetos começa pelo que já se compreendeu anteriormente:

Não há cientista fora de uma tradição histórica; não há sujeito cognoscente fora de uma constelação social. A objetividade é um resultado do sujeito, é um tipo de construção; não é uma propriedade do objeto, porque, ainda que fosse, para ser conhecida teria que ser captada, ou seja, pressuporia o processo de captação. Equivale a dizer que a ideia de objetividade não é dada, mas construída. E desiste-se de encontrar um fundamento último da ciência, fixando-se como critério mais importante de cientificidade a crítica mútua (DEMO, 1985, p. 97).

Trata-se de uma posição identificada pelo autor como hermenêutica, na qual os objetos da ciência são históricos, e em última instância, coincidem com os sujeitos. O autor apresenta duas subposições hermenêuticas, a objetivada e a política, das quais assume a posição objetivada. Nesta posição, é um critério importante de cientificidade o conhecimento objetivado, isto é, treinado nos quadros metodológicos de controle da própria subjetividade, na perspectiva de objetivação. Busca-se que na pesquisa haja primazia do argumento sobre a justificação ideológica e que haja mais descrição de fatos do que deturpação deles. Na hermenêutica objetivada se “admite a convivência com valores, dentro da distinção fundamental de que, sendo eles um pressuposto normal, o erro estaria apenas em confundi-los com fatos.” (DEMO, 1985, p. 98)

Lenk (1990) traz apontamentos importantes sobre a relação sujeito e objeto do ponto de vista epistemológico, que também incorporamos para ajudar a compreender as relações entre Ciência e sociedade. Em estudo sobre a epistemologia das Ciências Sociais, o autor aponta que por mais que sejam frequentemente tidas como objetivas e isenta de valorações, as teorias também estão repletas de valores e preceitos: “a razão teórica possui um fundamento ético, estando sob o 'primado da razão prática' sendo, portanto, dependente dos valores, decisões normativas e parâmetros, além de basear-se, pragmaticamente, em formas de vida previamente dadas e em seus valores” (LENK, 1990, p. 80).

Sendo assim, indica que as teorias devem ser compreendidas como parte de um contexto histórico e social e que não apresentam validade ilimitada, para além do campo científico em que foram formuladas. As teorias, no âmbito das Ciências Sociais, são compreendidas por este autor como “quase-explicações”, por terem validade somente dentro de condições históricas específicas de nossas sociedades. Nesta perspectiva, as “quase-explicações” podem se constituir como pressuposições sistemáticas que orientam uma fundamentação ou argumentação explicativa. São inexatas, apontam tendências, mas admitem exceções (LENK, 1990).

Para Lenk (1990), a compreensão das “quase-explicações” como fundamentos

científicos das Ciências Sociais favorece a característica de sistematizadora da realidade desta Ciência, sem que esta se restrinja à busca por leis universais descontextualizadas dos processos históricos e sociais. Por serem também carregadas de valores vinculados a estes processos Lenk (1990) destaca a importância de evidenciá-los:

O problema dos valores e da liberdade de valores das Ciências Sociais pode encontrar solução ou, ao menos, ser aguçado através de uma clara regulamentação da linguagem, de conceitos precisos e de uma distinção entre sentenças de caráter filosófico-epistemológico e as de caráter empírico (LENK, 1990, p. 103).

As definições apontadas até aqui colocam o conhecimento como parte da luta social e não como um fenômeno abstrato e à margem da sociedade, ainda que o campo científico (com a sua autonomia parcial) crie a ilusão de que a ciência esteja à margem do que acontece fora dela. Ao criar esta ilusão, a ciência “tende a fazer esquecer que ela só resolve os problemas que pode colocar ou só coloca os problemas que pode resolver” (BOURDIEU, 1983, p. 139). Neste sentido, torna-se importante apontar os valores sociais em disputa nos processos histórico reais em questão, posicionando-se quanto a estes e buscando uma maior aproximação possível da realidade e da totalidade.

Aprofundando-se nesta concepção de conhecimento como parte da luta social, Bourdieu (1983) aponta que em um dado campo científico, está em jogo (como vimos) a autoridade científica e o poder de produzir a representação legítima do mundo social, aspecto que também está em jogo entre as classes no campo da política. A autoridade científica é compreendida pelo autor como uma tipo específico de *capital social*, o capital científico, que garante poder sobre os mecanismos de constituição do campo e que pode vir a ser reconvertido em outras formas de capital (BOURDIEU, 1983).

Para Bourdieu (2004), a estrutura do campo é definida a cada momento de acordo com o estado das relações de força entre os protagonismos em luta, ou seja, os agentes de pesquisa. Nesta luta também está em jogo a definição da ciência, processo compreendido por Bourdieu (1984) como a delimitação do campo dos problemas, dos métodos e das teorias que são considerados científicos por seus pares, de acordo com seus interesses específicos. Para este autor,

a definição do que está em jogo na luta científica faz parte do jogo da luta científica: os dominantes são aqueles que conseguem impor uma definição da ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem (BOURDIEU, 1983, p. 128).

Assim, nesta concepção de campo científico, os conflitos epistemológicos e intelectuais são sempre conflitos políticos, de poder (BOURDIEU, 1983). Da mesma forma, as transformações dos campos se dão por meio de estratégias de *conservação* e *subversão* da estrutura do campo, conduzidas pelos seus cientistas, com suas posições políticas e seu capital científico acumulado. Em seus estudos foi possível verificar que quanto mais favorecida é a posição das pessoas na estrutura do campo, mais tendem a conservar ao mesmo tempo a estrutura e sua posição, em uma luta pela preservação da autoridade e hierarquia científica (BOURDIEU, 2004).

Bourdieu (2004, p. 41) indica que “toda estratégia de um erudito comporta, ao mesmo tempo, uma dimensão política (específica) e uma dimensão científica, e a explicação deve sempre levar em conta, simultaneamente, esses dois aspectos”. A revisão realizada neste estudo revela que os apontamentos de Bourdieu (1983, 2004) sobre campo científico se aplicam, de um modo geral, à Saúde Coletiva brasileira, sendo de grande valia para a compreensão das relações entre este campo e o contexto social no qual está inserido. A concepção de *triângulo da Saúde Coletiva* (FLEURY, 1988b), apontada acima como a relação que se dá neste campo entre saber, prática política e ideologia, é um dos indicativos de que a concepção de campo científico de Bourdieu (1983, 2004) pode ajudar a compreender melhor a teoria produzida pelo campo. Além disso, esta aproximação já foi feita por outros autores (LEVCOVITZ *et al.*, 2002; NUNES, 1998; SILVA JUNIOR, 1998)

Neste sentido, usaremos a definição de ciência e campo científico apontadas acima (BOURDIEU, 1983; 2004; DEMO, 1985), assumindo a mesma posição de Demo (1985) para este estudo, tanto no que diz respeito à forma de compreensão da Saúde Coletiva na caracterização histórica e teórica que será feita – compreendida como uma ciência e, por isso, não-neutra – quanto com relação aos pressupostos que norteiam a análise que será feita. Aproxima-se, assim, da concepção hermenêutica objetivada apontada por Demo (1985), para se analisar a Saúde Coletiva como um campo científico.

A revisão bibliográfica realizada situa a emergência do campo científico da Saúde Coletiva como parte de um processo de compreensão e crítica das propostas de Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, em um discurso sanitário cujo eixo político alinhava-se aos estudos de renovação da Medicina Social na América Latina e que tinha como referência a teoria crítica histórico-social da doença (PAIM, 2008). As teses de Sérgio Arouca, de 1975 (AROUCA, 2003) e de Maria Cecília Ferro Donnangelo de 1976 (DONNANGELO;

PEIREIRA, 1979), são parte deste processo e são reconhecidas por muitos autores como os marcos teóricos iniciais para a constituição deste campo no Brasil (FLEURY, 1985a; NUNES, 2006; PAIM; TEIXEIRA, 2006; PAIM, 2008).

Os apontamentos destes autores sobre a medicina, a sociedade e a prática nos serviços de saúde da época foram um parâmetro fundamental para as investigações na área e ajudaram a descortinar um conjunto de problemas, apontando para duas asserções fundamentais, segundo Fleury (1985a): 1) o cuidado médico é um processo de trabalho que intervém nos valores vitais (biológicos e psicológicos) e uma vez que atende a necessidades humanas, é também uma unidade de troca, com um valor atribuído histórica e socialmente; 2) a prática técnica da medicina responde a exigências definidas à margem da própria técnica, determinadas no todo organizado das práticas sociais, entre as quais se inclui.

Para Fleury (1985a) é possível identificar nestas duas obras as articulações fundamentais da medicina à sociedade:

a) a manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho, implicando na diferenciação da atenção médica de acordo com a inserção dos indivíduos na estrutura produtiva; b) o consumo de mercadorias que, embora sejam produzidas externamente à medicina, só têm seu consumo efetivado através dela, o que implica na crescente subordinação da prática médica à lógica de capitalização; c) a constituição da hegemonia político-ideológica das classes sociais, através da possibilidade de aumento do consumo dos serviços médicos, de sorte a atenuar os antagonismos de classe, legitimando o Estado em suas realizações no campo das políticas sociais (FLEURY, 1985a, p. 91).

Em torno dos apontamentos destes dois autores foi se delineando uma nova abordagem teórica para as questões ligadas à saúde no país, distinta da Medicina Preventiva/Social e da Saúde Pública, que veio a se constituir no campo da Saúde Coletiva. Este processo será melhor descrito no Capítulo 1, mas apresentamos aqui alguns de seus elementos teóricos, para estabelecer um diálogo com o que Bourdieu (1983) aponta quanto à emergência de um campo científico. Para Bourdieu (1983), a inauguração de um campo novo supõe a derrubada de um antigo e se inicia com o que chama de invenção/contestação herética:

a invenção herética (...), colocando em questão os próprios princípios da antiga ordem científica, instaura uma alternativa nítida, sem compromisso possível, entre dois sistemas mutuamente exclusivos. (...) Recusando todas as cauções e garantias que a antiga ordem oferece, recusando a participação (progressiva) ao capital coletivamente garantido que se realiza segundo procedimentos regulados de um dos contratos de delegação, eles *[os fundadores de uma ordem científica*

herética]realizam a acumulação inicial através de um golpe de força, por uma ruptura desviando em proveito próprio o crédito de que se beneficiavam os antigos dominantes (BOURDIEU, 1983, p. 139).

A relação estabelecida entre os apontamentos feitos pelos autores fundantes do campo da Saúde Coletiva – resumidos acima por Fleury (1985a) – e o saber acumulado pela Medicina Preventiva/Social (antiga ordem científica, da qual faziam parte) aproxima-se do processo descrito por Bourdieu (1983). A ótica de análise que estes autores propunham, bem como as questões lançadas e a proposta teórica para compreendê-las eram distintas do que era hegemônico até então, levando a uma ruptura e criação de um novo campo.

Paim e Teixeira (2006) destacam a mudança que o estudo de Donnangelo (DONNANGELO; PEIREIRA, 1979) trouxe para as discussões na área, indicando que a caracterização das relações entre o Estado e a assistência médica feita por esta autora rompeu com as linhas de interpretação dominantes sobre a intervenção estatal no setor. O diferencial do estudo, segundo os autores, estaria na utilização da dinâmica das classes sociais para explicar a ação estatal, compreensão que abriu novas perspectivas para “o desenvolvimento de estudos em política de saúde, assim como formas alternativas de pensar as instituições e, conseqüentemente, o planejamento e a gestão” (PAIM E TEIXEIRA, 2006, p. 74). No entanto, como veremos no capítulo 1, apesar de buscar romper com a Medicina Preventiva/Social e com a Saúde Pública, são os departamentos vinculados a estes saberes que vão abrigar a nova abordagem nascente.

Desde sua criação, a Saúde Coletiva é um campo politicamente vinculado às políticas públicas e ao Estado, conforme aponta a definição deste e síntese de suas principais questões teóricas à época de seu nascimento feita por Fleury (1997):

A constituição da Saúde Coletiva como campo do saber e espaço de prática social foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social a *organização social da prática médica*, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta. Assim, enquanto a noção de determinação social nos remetia à estrutura produtiva, subsumindo ao econômico o político e o ideológico, o conceito de organização social da prática médica situava-se ao nível político, ainda que operando uma segunda redução da problemática do poder, ao nucleá-la a partir de sua dimensão de materialização institucional (FLEURY, 1997, p. 25, grifo nosso).

Esta definição revela algumas das características que serão aprofundadas neste estudo. Nota-se que o campo é marcado, desde o início, por uma concepção de mudança social e

setorial, expressa na existência de estratégias de luta e na noção de determinação da saúde pela estrutura social. Há nesta definição um entrelaçamento explícito entre ciência e política, ou seja, entre saber e poder, tanto no que diz respeito aos problemas com os quais o campo trabalha, quanto ao tipo de análise e estratégias de intervenção para estes problemas.

É através do aprofundamento deste entrelaçamento apontado que se buscará identificar as principais questões do contexto político da década de 90 que afetaram a produção teórica da Saúde Coletiva. Para tanto, o referencial teórico-metodológico que orienta este estudo será composto pelos apontamentos de Bourdieu (1983, 2004) e Lowi (1994) sobre campo científico e sobre as relações entre Ciência e Estado, respectivamente.

Ao que já foi apontado até aqui quanto ao campo científico, acrescentam-se as questões apontadas por estes autores sobre o tema das relações entre Ciência e Estado. Dada a natureza das instituições de pesquisa e do Estado nas sociedades capitalistas, Bourdieu (2004) destaca a importância de se analisar a construção social dos objetos e temas de estudo propostos pelas instâncias estatais aos cientistas. Lowi (1994) se debruçou sobre este aspecto de maneira aprofundada. Estudando as relações entre a ciência política estadunidense e os momentos políticos do país, caracterizou alguns aspectos do papel da ciência em um governo burocrático moderno:

A ciência é parte integrante do novo Estado burocratizado em pelo menos duas dimensões: a primeira destaca um compromisso com a construção da ciência como instituição, isto é, uma obrigação do governo *para com* a ciência. A segunda implica uma obrigação com o governo por parte da ciência – ou seja, um compromisso com a tomada de decisões em bases científicas. Esse aspecto tem sido bem definido como uma tendência para a tecnocratização, o que para mim significa 'prever para controlar' (Lowi, 1994, p. 6).

Aprofundando-se sobre as tais “obrigações”, Lowi (1994) constatou que, à época de seu estudo, na ciência política estadunidense os termos do discurso eram determinados pelo poder, levando-o a afirmar: “Efetivamente não somos os mestres que pensávamos ser” (LOWI, 1994, p. 3). Neste sentido, constata profundas relações entre as questões políticas enfrentadas pelo Estado (por exemplo, as mudanças de regime político dos Estados Unidos ao longo da História) e os temas e disciplinas com maior força no campo estudado (LOWI, 1994).

Suas reflexões podem ajudar a compreender as relações entre a agenda de pesquisas da Saúde Coletiva e as demandas do governo/Estado brasileiro e serão incorporadas à análise, como uma aproximação entre estes dois campos, no decorrer deste estudo. Entendemos que

esta aproximação pode ser feita, uma vez que há na Saúde Coletiva uma apropriação das ciências sociais e humanas para a compreensão do processo saúde-doença, e por isso se pode considerar o campo como suscetível às determinações existentes nestas ciências. Além disso, nosso resgate histórico mostrou que esta proximidade entre o momento político do Estado brasileiro e as questões discutidas pela Saúde Coletiva está presente desde sua origem e permeia o campo, como se verá a seguir. Esta é, inclusive, a primeira constatação de um dos estudos que se dedicou a analisar a produção teórica deste campo:

Um primeiro fato constatado nessa pesquisa aponta para uma harmonia de discussão do debate acadêmico com o debate político na trajetória da política de saúde. Ou seja, os estudos acadêmicos, de uma forma ou de outra, com pequenas defasagens de tempo, buscaram compreender, explicar, analisar e criticar o processo político vivido pelo setor saúde em cada fase da política, contribuindo de forma direta ou indireta na definição da política de reforma setorial (LEVCOVITZ *et al.*, 2002, p. 31).

Aclaradas as definições de Ciência e campo científico que serão utilizadas neste estudo, e após situar a Saúde Coletiva como um campo politicamente implicado e vinculado às políticas estatais, faz-se necessário apresentar algumas das interpretações teóricas sobre o Estado, tema bastante presente em todos os capítulos. Para isso, tomamos como base as contribuições de Carnoy (1988), que se dedicou no estudo em questão a explorar os diferentes conceitos de Estado a partir de uma perspectiva de classe, bem como das diferentes políticas de mudança social que estes conceitos implicam.

Para este autor, duas interpretações são identificadas como fundamentais para a compreensão de abordagens mais recentes sobre o Estado: a visão tradicional/clássica de “bem comum” e a visão marxista. Destas duas decorrem, fundamentalmente, as demais interpretações, ainda que existam diferenças internas também entre estas. Para Carnoy (1988) as teorias do Estado são teorias de política e é nesta perspectiva que o autor as analisa. Indicaremos, a seguir, alguns aspectos dos principais conceitos apontados pelo autor.

A visão do Estado como um “bem comum” é apontada por Carnoy (1988) como tendo bastante força no mundo (é reconhecida como dominante nos Estados Unidos da América, país de origem do autor) e remete a formulações teóricas bastante antigas. Há muitos desenvolvimentos contemporâneos desta teoria, que variam em muitos aspectos, mas mantém alguns traços que podem ser considerados como características centrais destas abordagens. Destes, o principal traço é que estas análises trazem implícita a ideia de que os governos existem para servir aos interesses da maioria, ainda que, na prática nem sempre isso aconteça. Nesta perspectiva, o governo estaria a serviço do povo, colocado lá pelo povo para cumprir

sua função, e os indivíduos, em exercício de suas funções políticas, determinariam as leis que governam e regem a sociedade. O espaço político é compreendido como uma arena de disputa de diferentes interesses, passível de ser penetrada e ocupada por todos os grupos sociais existentes. O Estado asseguraria, assim, que a competição entre indivíduos e grupos permanecessem em ordem, enquanto suas ações seriam dirigidas aos interesses coletivos do “todo” social (CARNOY, 1988).

Nesta concepção, o Estado é dotado de um certo poder próprio e é capaz de decidir sobre os problemas, sobre a legislação e sobre o desenvolvimento econômico e social de um país. Por meio de eleições, a população decide qual grupo de líderes políticos deseja que conduza este processo de tomadas de decisão. São reconhecidos pelo autor como desenvolvimentos contemporâneos desta vertente as visões pluralista e corporativista do Estado, além das interpretações liberais do Estado, modernas e clássicas. (CARNOY, 1988). Sob diferentes vertentes, afirma-se a ideia de que o Estado é um Estado de cidadãos.

A interpretação marxista recusa o fundamento do “bem comum” e as premissas pluralistas sobre a relação entre o Estado e a sociedade civil. Os fundamentos do pensamento marxista neste âmbito remetem às contribuições de Marx, Engels e Lenin sobre política e Estado, caracterizados por Carnoy (1988) como teorias políticas marxistas “tradicionalistas”. Nesta concepção, a base da estrutura social e também da consciência humana está nas condições materiais da sociedade, de maneira que a forma do Estado emerge das relações de produção e não do conjunto das vontades humanas, como sustenta a visão do “bem comum”:

Marx, ao contrário, colocou o Estado em seu contexto histórico e o submeteu a uma concepção materialista da história. Não é o Estado que molda a sociedade mas a sociedade que molda o Estado. A sociedade, por sua vez, se molda pelo modo dominante de produção e das relações de produção inerentes a esse modo (CARNOY, 1988, p. 65).

Partindo de uma compreensão da sociedade capitalista como uma sociedade de classes dominada pela burguesia, o Estado, emergindo das relações de produção existentes na sociedade, não representaria o bem comum, mas sim expressaria a estrutura de classes inerente ao processo produtivo, expressando também a dominação da burguesia. Uma vez que a burguesia (a classe capitalista) tem o controle sobre processo produtivo e sobre o trabalho, essa classe estende seu poder ao Estado e suas instituições. Assim, segundo esta interpretação, o Estado seria um instrumento essencial de dominação de classes na sociedade: “Ele [*o Estado*] não está acima dos conflitos de classes mas profundamente envolvido neles. Sua

intervenção no conflito é vital e se condiciona ao caráter essencial do Estado como meio da dominação de classe.” (CARNOY, 1988, p. 67).

O Estado capitalista, na concepção marxista, se origina da necessidade de controlar conflitos sociais entre os diferentes interesses econômicos, sendo este controle exercido pela classe economicamente mais poderosa na sociedade. Surge, assim, como resposta à necessidade de mediação do conflito entre classes (fundamentalmente entre trabalhadores e burguesia, e suas frações) e manter a ordem burguesa, ou seja, reproduzir o domínio econômico da classe capitalista, garantindo suas propriedades e interesses (CARNOY, 1988).

O outro aspecto fundamental da teoria sobre o Estado nas primeiras interpretações marxistas, é que este apresenta uma função repressiva, que serve à classe dominante, sendo por isso caracterizado como braço repressivo da burguesia. Segundo Carnoy (1988), esta função é apontada por Lenin como a função primordial do Estado burguês: “a legitimação do poder, da repressão, para reforçar a reprodução da estrutura e das relações de classes” (CARNOY, 1988, p. 71). Nesta definição, o sistema jurídico também é compreendido como um instrumento de repressão e controle, uma vez que estabelece regras de comportamento, leis e punições que se ajustam aos valores e interesses da classe dominante. Registra-se que a maioria dos analistas do Estado reconhece a função de repressão como uma de suas principais características, incluindo a vertente do “bem comum”, mas a especificidade da teoria marxista é o reconhecimento do Estado capitalista como aparelho repressivo de uma das classes, a burguesia (CARNOY, 1988).

Dentro das perspectivas analíticas do Estado na perspectiva de classe – nas quais se inclui o pensamento marxista “tradicional” – Carnoy (1988) destaca analistas e vertentes marxistas modernas, algumas das quais apontaremos aqui, situando-as e resgatando-as ao longo do estudo quando necessário. A primeira das contribuições marxistas modernas destacada por Carnoy (1988) é a concepção de Estado de Antonio Gramsci. Na concepção gramsciana, o Estado é um ponto-chave para a compreensão da aceitação da sociedade de classes pelas classes dominadas. Esta aceitação seria resultado da *hegemonia* da classe capitalista, uma forma de dominação consensual de classe, que se expressaria no domínio das normas e dos valores da classe dominante na sociedade. Para a formação deste consenso, é fundamental a atuação de intelectuais, tanto dentro quanto fora do Estado, com a função de legitimar o desenvolvimento capitalista, nas diferentes instâncias da sociedade. O Estado, como aparato ideológico e repressivo, teria como função legitimar a hegemonia da classe

capitalista. Segundo Carnoy (1988):

a principal crise do desenvolvimento capitalista para Gramsci não é econômica, mas hegemônica. É somente quando o "consenso" subjacente ao desenvolvimento capitalista começa a desmoronar que a sociedade pode se transformar. A política revolucionária é, portanto, a luta contra a hegemonia, incluindo o desenvolvimento, como parte dessa luta, de uma "contra-hegemonia", baseada nos valores e cultura da classe operária (CARNOY, 1988, p. 12).

Outra perspectiva identificada por Carnoy (1988) é a concepção de Estado do chamado marxismo estruturalista, vertente na qual se situa a compreensão de Louis Althusser e os primeiros escritos de Nicos Poulantzas, segundo o autor. Nesta vertente, rejeita-se a noção do homem como sujeito/agente da História, uma vez que os indivíduos são compreendidos como "suportes" ou "portadores" de relações estruturais. Os sujeitos da História seriam as classes sociais (as relações de produção), desenvolvendo-se em um modo específico de produção e entrando em conflito, e não os atores individuais como agentes livres (CARNOY, 1988).

Nesta compreensão, a ideologia é ponto crucial para a reprodução das relações de produção, de modo que ainda que se sintam livres e ajam de forma responsáveis pelos seus atos, os indivíduos estariam sujeitos e submissos a uma ideologia que age como uma autoridade superior. Desta forma, por meio da sujeição à ideologia dominante, colocam-se 'voluntariamente' no contexto dos aparelhos ideológicos, tendo sua liberdade definida por estas instituições. Nesta perspectiva, é a vitória da classe dominante nestes aparelhos ideológicos que permite que sua ideologia seja neles instalada e difundida (CARNOY, 1988). Carnoy (1988) aponta que, para os autores em questão,

a função do Estado é ideológico-repressiva, mas sua natureza de classe é "estruturada" pelas relações econômicas fora do Estado. Ao mesmo tempo que o Estado, para cumprir seu papel de classe, é necessariamente "relativamente autônomo" frente a essas relações econômicas (sociedade civil), ele é também o lugar onde o(s) grupo(s) capitalista(s) dominante(s) organiza(m) as frações concorrentes da classe capitalista em "classe-unidade" (hegemonia). (...) Assim, a luta de classes é relegada à sociedade civil; o Estado e a política são a arena das frações da classe capitalista em sua tentativa de mediar essa luta (CARNOY, 1988, p. 12).

O ponto de vista de Claus Offe é caracterizado por Carnoy (1988) como uma outra vertente de interpretação do Estado vinculada ao pensamento marxista. Esta vertente se baseia nas teorias da burocracia de Max Weber e com base nestas ideias, Offe aponta que a

burocracia de Estado representa os interesses dos capitalistas, uma vez que o Estado depende da acumulação de capital para se manter existindo como tal. No entanto, Offe compreende que o Estado capitalista é independente de qualquer controle sistemático, direto ou estrutural, da classe capitalista. Nesta concepção, a política e as contradições do desenvolvimento do capitalismo se dariam internamente no Estado, essencialmente. O Estado seria o intermediário de reivindicações dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, um “sujeito” político que organiza a acumulação do capital. Neste sentido, seria também o local onde se expressam as principais crises do capitalismo avançado (CARNOY, 1988).

A última abordagem que será apresentada aqui é a concepção do Estado como arena do conflito de classes. Esta vertente é caracterizada por Carnoy (1988) como inspirada em alguns aspectos da obra de Gramsci, mas que se desdobraram em distintas vertentes interpretativas sobre o Estado, muitas delas vinculadas a experiências de Partidos Comunistas, Socialistas e Social-democratas na Europa, agrupando, assim, matrizes políticas distintas. Nesta perspectiva, de um modo geral, o Estado seria moldado pelas relações sociais de classe, mas também contestado por estas, tornando-se produto da luta de classes. Assim,

a política não é simplesmente a organização do poder de classe através do Estado pelos grupos dominantes da classe capitalista e o uso desse poder para manipular e reprimir os grupos subordinados; é também o lugar de conflito organizado pelos movimentos sociais de massa para influenciar os planos de ação do Estado, para ganhar o controle dos aparelhos do Estado e dos aparelhos políticos fora do Estado (CARNOY, 1988, p. 14).

Algumas das vertentes decorrentes deste tipo de interpretação sobre o Estado apostam na possibilidade de novas formas de participação e democracia transformarem o relacionamento entre indivíduos e Estado, indo além dos limites formais da democracia burguesa/liberal. Contrapõem-se, assim, à interpretação marxista “tradicional” que compreende o Estado capitalista como uma “fachada” democrática, como vimos anteriormente (CARNOY, 1988).

Com estas breves notas, buscamos apenas situar algumas das distintas interpretações de um tema tão complexo como o Estado, uma vez que faremos menção a algumas destas ideias ao longo dos próximos capítulos. Veremos que a questão do Estado permeia este estudo e está presente em todos os capítulos, ora de maneira indireta, ora de maneira direta. Cabe destacar que no capítulo em que procede a contextualização da política de saúde nos anos 90, não foi possível – em virtude do curto tempo disponível e de este não ser o objeto central da

dissertação – realizar uma análise própria e orientada por um referencial teórico-metodológico elaborado especificamente para este fim, o que implicaria basear-se em alguma destas interpretações sobre o Estado. O que foi feito foi uma sistematização de análises da política de saúde do período feita por autores que se dedicaram a este tema.

Assume-se a limitação metodológica desta opção e entre estas limitações está a de que este capítulo ficou orientado pelas concepções de Estado destes autores, seja de maneira implícita ou explícita. No entanto, com base na revisão realizada, é possível apontar que os principais autores utilizados no capítulo em questão, especialmente quando buscam analisar as disputas entre os atores na arena da política de saúde, situam-se ora próximos aos desenvolvimentos contemporâneos da concepção do Estado como um “bem comum”, ora próximos à concepção do Estado como arena do conflito de classes (CARNOY, 1988).

Com algumas exceções, a maior parte dos autores utilizados nos demais capítulos também parecem situar-se entre estas duas concepções. Uma boa ilustração da forte presença da concepção do Estado como bem comum entre os atores/autores do movimento sanitário/Saúde Coletiva é um depoimento presente em Faleiros *et al.* (2006) de um dos partícipes do processo de luta pelo direito à saúde no país:

O Movimento dos Sem-Terra, que discute o acesso à terra, tem uma relação crítica com o direito, porque entre outras coisas eles dizem “*lei injusta não é lei, o direito injusto não é direito, o acesso à terra é algo maior do que uma norma escrita pelo parlamento, que é feita por grandes latifundiários*”. (...) o movimento sanitário (...) tem um discurso jurídico legalista do tipo “*é a lei, tem que cumprir a lei, viva a legalidade*”. (...) O movimento sanitário considera a lei uma vitória, enquanto outros movimentos sociais têm a lei como adversária (JACQUES, H apud FALEIROS *et al.*, 2006, p. 194, grifos do autor).

Para o entrevistado, esta é uma diferença importante entre o movimento sanitário e outros movimentos sociais como o citado acima, indicando que o primeiro dá pouca ênfase à contradição entre legalidade e legitimidade e entre direito e lei. Esta relação com a lei e o direito indica uma certa compreensão sobre Estado e sobre mudança social, que, como veremos, tornou-se hegemônica no movimento sanitário.

Como já apontamos, ainda que o foco do estudo seja a produção teórica da Saúde Coletiva na década de 90, compreendemos como necessária uma revisão do desenvolvimento histórico e teórico do campo nas décadas anteriores. Sendo assim, o estudo desenvolvido na presente dissertação está dividido em quatro capítulos, a saber: O primeiro capítulo busca situar o marco histórico de constituição da Saúde Coletiva como um campo científico, para na

sequência caracterizar de maneira mais aprofundada seu desenvolvimento teórico nas duas primeiras décadas de sua existência. No segundo capítulo analisaremos as diferentes concepções de mudança social no movimento sanitário e em outros movimentos de luta pela saúde existentes no período, tema identificado por muitos autores como de grande relevância para a compreensão dos caminhos teórico-metodológicos trilhados pela Saúde Coletiva.

Busca-se nestes dois primeiros capítulos uma caracterização geral deste campo e dos atores envolvidos com sua produção teórica, de modo a contextualizar a situação deste quando se inicia a década de 90, recorte histórico escolhido para aprofundamento neste estudo. Nos capítulos seguintes busca-se realizar este aprofundamento, sendo o capítulo 3 uma contextualização das questões mais relevantes da política de saúde na década de 90, e o capítulo 4 está dedicado à caracterização e análise da produção teórica da Saúde Coletiva brasileira deste período.

Capítulo 1 – A Saúde Coletiva brasileira nos anos 70 e 80

*“É mais um coração que deixa de bater
Um anjo vai pro céu
Deus me perdoe mas vou dizer
O doutor chegou tarde demais
Porque no morro
Não tem automóvel pra subir
Não tem telefone pra chamar
E não tem beleza pra se ver
E a gente morre sem querer morrer
(Zé Keti)”*

A literatura sobre a história do movimento sanitário e da Saúde Coletiva no Brasil é vasta e há diferentes periodizações, de acordo com a perspectiva de análise. Optou-se, neste capítulo, por apresentar inicialmente como se deu o processo de constituição da Saúde Coletiva como um campo científico, para em seguida caracterizar seu desenvolvimento teórico nas duas primeiras décadas de existência. Esta divisão é meramente didática, como se verá adiante.

Como vimos, os estudos iniciais do campo têm grande relação com o contexto das políticas e da situação de saúde da década de 70 (SCOREL, 2009; FLEURY, 1988; NUNES, 2006; PAIM, 2008) e este será o ponto de partida para esta revisão. Nesta década, durante a ditadura militar, a oferta de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social mostrava-se insuficiente e pouco eficaz para lidar com as questões de saúde enfrentadas pela população. A industrialização acelerada fomentada no período, as condições de intensa exploração no trabalho, a precária infraestrutura urbana e a baixa incorporação dos trabalhadores ao mercado formal de trabalho originaram um conjunto de problemas que também se expressavam no setor saúde (STOTZ, 2005). Para Scorel (2009), a política econômica que o regime implementava era geradora de doenças e riscos à saúde, acarretando péssimas condições de vida e saúde para a população, ao mesmo tempo em que diminuía a oferta e a qualidade dos serviços públicos de assistência à saúde.

De um modo geral, as ações do Estado neste período voltaram-se principalmente para estimular e apoiar o setor privado. A Constituição vigente no período (promulgada em 1969) conferia prioridade à iniciativa privada para organizar e explorar atividades econômicas no país (OLIVEIRA; FLEURY, 1985). No setor saúde a interferência estatal tinha esta mesma orientação, o que pode ser constatado por meio da caracterização da Previdência Social e da política de assistência médica no pós-64, feita por Oliveira e Fleury (1985).

Estes autores identificam quatro características principais do modelo de Previdência Social desta época, a saber: 1) Cobertura previdenciária expandida de forma a abranger quase a totalidade da população urbana e parte da população rural, compreendendo-se a assistência médica como um direito ‘consensual’ e não natural; 2) Política nacional de saúde orientada para privilegiar a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública de caráter preventivo e de interesse coletivo; 3) Fomento à criação de um setor privado prestador de serviços em saúde e de um complexo médico-industrial, responsável por elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas de produção de medicamentos e equipamentos médicos; 4) Desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde, permitindo a capitalização da medicina e utilizando-se de instrumentos que garantiam privilégios aos produtores privados destes serviços (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A estas características, soma-se a progressiva eliminação dos trabalhadores da participação nos processos decisórios relacionados à Previdência desde o golpe militar, compreendida por Oliveira e Fleury (1985) como parte de um processo de reorganização das relações entre Estado e trabalhadores. Esta reorganização, que se deu de maneira geral no âmbito do Estado durante a ditadura, levou ao fechamento de canais de participação da sociedade civil, incluindo os relacionados à Previdência Social (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Para Oliveira (1987), a partir de meados dos anos 70 instala-se uma crise político-financeira no modelo de organização da atenção à saúde estruturado a partir de 1964, caracterizada pelo autor como expressão setorial de uma crise mais abrangente no âmbito do Estado. Tratava-se de uma crise do regime autoritário, que era simultaneamente econômica e política, passando pela legitimidade perante a sociedade e por problemas identificados pelo governo como de natureza fiscal (OLIVEIRA, 1987). Ocorria também, segundo Stotz (2005) uma ‘crise sanitária’, expressa em “problemas agudos de sobrevivência da população trabalhadora, decorrentes da intensa e elevada acumulação de capital às expensas do trabalho e da desproteção social” (STOTZ, 2005, p. 12).

Neste contexto, o Estado inicia a elaboração de um conjunto de proposições voltadas para o controle, a reforma e a racionalização do modelo de assistência à saúde vigente (OLIVEIRA, 1987). Para Nunes (1998), este processo

cria condições para o surgimento de espaços para a realização de embates políticos e para a conformação de alianças entre grupos que se colocavam nas estruturas de poder do governo, e se identificavam com ideias que vinham sendo discutidas em outros setores da sociedade que ansiavam por mudanças políticas e sociais (NUNES, 1998, p.12).

Este período é conhecido como ‘reformismo autoritário’ da ditadura militar, marcado por estratégias voltadas para reduzir tensões sociais causadas pelas políticas econômicas (STOTZ, 2005). Em linhas gerais, as políticas sociais do Estado neste período buscaram evitar as consequências desorganizadoras do processo intenso de acumulação de capital, através da busca por uma normatividade reguladora das relações de classe entre capital e trabalho (ANDRADE¹, 1982 apud STOTZ, 2005, p. 13). Dentre estas políticas, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) é destacado por muitos autores como um conjunto de ações e propostas na área social que tiveram um papel relevante na constituição do campo da Saúde Coletiva (LEVCOVITZ *et al.*, 2002; NUNES, 1998; PAIM, 2008) e alguns de seus elementos serão abordados mais à frente neste estudo.

Ao longo da década de 70, algumas instituições acadêmicas de saúde passaram a desenvolver estudos que buscavam realizar uma leitura socializante dos problemas que a crise da medicina mercantilizada evidenciava, apontando, entre outras coisas, sua ineficiência em constituir um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes no país (FLEURY, 1988b). A construção teórica que se inicia neste período tem influência de estudos e movimentos alternativos ao modelo de atenção à saúde prestado pelo Estado que já se fortaleciam desde os anos 50 (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Estes novos estudos dão origem a um pensamento alternativo na área da saúde, levando ao desenvolvimento de um marco teórico referencial orientado pela determinação social do processo saúde-doença nos Departamentos de Medicina Preventiva espalhados pelo país (SCOREL, 2009). Destacam-se deste processo as contribuições do argentino Juan César García, tido por muitos autores como pioneiro na área de Ciências Sociais e Saúde na América Latina, cuja produção intelectual influenciou bastante o desenvolvimento teórico do estudos citados (NUNES, 1989).

Aprofundando-se no contexto histórico de formulação destas teorias, identifica-se que a renovação da Medicina Social latinoamericana e a Saúde Coletiva nascem de esforços

1 ANDRADE, R. C. Política social e normalização institucional no Brasil. In: CEDEC (Centro de Estudos de Cultura contemporânea) (org.). **América Latina: novas estratégias de dominação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1982. p. 87-114.

científicos voltados à interpretação dos problemas de saúde vinculados ao processo de “modernização” pelo qual a América Latina passava nos anos 60 e 70 (STOTZ, 1997). As características deste processo são sintetizadas por Stotz (1997) da seguinte maneira:

industrialização capitalista “periférica”, com a expansão do trabalho assalariado, do mercado interno e do papel do Estado em impulsionar tal processo, institucionalizando os conflitos sociais gerados – aí incluído o reconhecimento de alguns direitos sociais (STOTZ, 1997, p. 274).

O referencial teórico-metodológico utilizado expressa um movimento de interpretação crítica da “modernização” (STOTZ, 1997). A partir dele chegou-se à noção de que a produção e distribuição dos riscos sanitários entre as populações são determinadas pelas estruturas sociais, compreensão que foi fundamental não apenas para a crítica às políticas do setor, como também ao modelo biomédico (PAIM, 2008).

Segundo Paim (2008), o entendimento do processo saúde-doença como fenômeno determinado social e historicamente alargou os horizontes de análise e intervenção na realidade por parte dos intelectuais da área da saúde. O período que se estende de 1974 a 1979 é marcado por pesquisas sociais e epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde e pela discussão de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente (NUNES, 1998). É neste contexto que se dá a elaboração e defesa das teses de Sérgio Arouca em 1975 (AROUCA, 2003) e Maria Cecília Ferro Donnangelo em 1976 (DONNANGELO; PEIREIRA, 1979), que, como vimos, são tidos por muitos autores como marcos teóricos importantes para a constituição do campo de Saúde Coletiva no Brasil (FLEURY, 1985a; NUNES, 2006; PAIM; TEIXEIRA, 2006; PAIM, 2008).

Estas e outras produções teóricas ligadas à dinâmica do processo saúde-doença nas populações e suas relações com o sistema social global passaram a circular nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social pelo país, fomentando críticas construtivas sobre a realidade de saúde brasileira (NUNES, 2006). Por meio deste processo, paulatinamente vai se constituindo o chamado *movimento sanitário*, composto por intelectuais atuantes nestas instituições de ensino e pesquisa em saúde, articulados entre si e a segmentos de movimentos estudantis e populares da época (ESCOREL, 2009). O contato entre vários destes núcleos de estudos levou à formação de uma rede na qual se difundiam pensamentos, práticas, conceitos e estratégias, que conferiu organicidade ao movimento sanitário (ESCOREL, 2009).

No ano de 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o

Progresso da Ciência, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), entidade apontada por Paim (2008) como organizadora da reconstrução do pensamento em saúde neste período. Este e outros autores (ESCOREL, 2009; FLEURY, 1985a; NUNES, 1998) apontam que a socialização desta produção acadêmica crítica da área da saúde foi fortalecida por esta entidade, por meio de encontros, discussões, publicação de livros e da revista *Saúde em Debate*.

O Cebes caracterizava-se como uma entidade suprapartidária, da qual participavam intelectuais da área da saúde, movimentos sociais e integrantes de partidos políticos (PAIM, 2008). A identidade entre os diferentes sujeitos se dava em torno da questão da democratização da saúde e a entidade buscava denunciar as iniquidades da organização econômico-social da época, identificando-as no sistema de prestação de serviços de saúde, além de participar das lutas pela democratização do país e por uma outra racionalidade na organização de ações e serviços de saúde (PAIM, 2008). O grupo de maior força política no CEBES eram os membros do Partido Comunista Brasileiro (PCB), caracterizados por Cohn (1989) como lideranças internas da entidade. Nunes (1998) destaca o importante papel que o CEBES exerceu também na renovação do ensino em saúde neste período, tanto por meio de sua produção editorial, quanto pela problematização dos projetos e políticas de saúde do Governo.

Dentre as várias articulações que propiciaram a difusão deste pensamento transformador em saúde no período, além do CEBES, destaca-se também o Programa de Estudos Sócio Econômicos em Saúde/Programa de Estudos Populacionais e de Pesquisas Epidemiológicas (PESES/PEPPE). Este programa era um dos elementos do II PND, financiado pela agência estatal Financiadora de Estudos e Projetos² (Finep) e executado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz. (NUNES, 1998). Para Nunes (1998), mesmo inserido no âmbito das propostas racionalizadoras para a saúde do governo militar, o PESES/PEPPE contribuiu para a expansão da reformulação do pensamento sanitário no Brasil. A articulação entre vários centros formadores, relacionando pesquisa e ensino – parte da proposta do PESES – permitiu a difusão das questões estudadas também para os serviços de saúde (NUNES, 1998).

2 Levcovitz *et al.* (2002) ressaltam que o fortalecimento do processo de institucionalização da pesquisa – que se deu com a criação do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e da Financiadora de Estudos e Projetos – estava vinculado e subordinado ao projeto desenvolvimentista do Estado no período.

O processo de interação entre instituições leva a uma aproximação entre os saberes da Medicina Social e da Saúde Pública, constituindo uma nova abordagem, que passa a ser denominada no Brasil de Saúde Coletiva (Nunes, 1998). Para Fleury (1985a), a abordagem da Saúde Coletiva está delimitada pela especificidade de seu objeto, o coletivo, que remete à necessidade de construção do social, da coletividade em suas manifestações histórico-concretas, como objeto de análise e campo de intervenção (FLEURY, 1985a). Esta definição incorpora tanto as práticas sociais da medicina que procuram recuperar e manter a saúde, como também os processos que mantêm a saúde ou provocam a doença, assumindo como objeto os corpos sociais e suas relações e não apenas os corpos biológicos (FLEURY, 1985a).

A criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva³ (Abrasco), em 1979, é reconhecida por Nunes (2006) como um momento importante para a institucionalização da Saúde Coletiva enquanto um campo de conhecimento científico no Brasil. A entidade é criada durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, promovida pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (NUNES, 1998). Nunes (2006) reconhece que o momento de criação da Abrasco coincide com o início da utilização do termo Saúde Coletiva para nomear e agrupar parte da produção teórica em saúde que vinha sendo feita no país⁴. Segundo este autor, congregou-se nesta associação o que havia sido produzido nas áreas de Medicina Preventiva, Medicina Social, Epidemiologia, Planejamento em Saúde, Ciências Sociais em Saúde e Políticas de Saúde (NUNES, 2006).

Num primeiro momento, a organização e articulação da Abrasco se deu entre profissionais da área da saúde, principalmente da área acadêmica e na sequência a associação busca se fortalecer, assim como ao campo, junto às agências de financiamento de pesquisa da

3 À época, o nome da entidade era Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. A mudança para Associação Brasileira de Saúde Coletiva ocorreu no ano de 2011.

4 Não se quer com essa afirmação – e nem com qualquer outra afirmativa generalizante que se fará ao longo deste estudo – indicar homogeneidade na Saúde Coletiva, tampouco no movimento sanitário. Uma vez que estamos considerando a Saúde Coletiva como um campo científico na perspectiva de Bourdieu (1983, 2004), reconhecemos a existência de permanentes disputas conceituais e políticas no campo. Algumas destas diferenças serão exploradas neste estudo, mas em muitos momentos, quando nos referimos ao campo como um todo, trata-se daquilo que é mais visível e/ou compreendido como geral ou hegemônico pelo/a autor/a em questão.

época (FONSECA, 2006). Ao longo dos anos, a Abrasco foi se consolidando como um ator político do setor saúde no país, representando, junto com o CEBES, “o pensamento da área, na perspectiva crítica, suprindo-se de material analítico de seus associados para esse exercício político, e disponibilizando dados e análises para a atuação desses atores” (NUNES, 1998, p. 90). Nunes (1998) nota uma associação constante entre as atividades políticas do Cebes e da Abrasco, percebendo em seu estudo que a identidade entre as duas entidades estava na luta pela democratização da saúde e no reconhecimento do ensino em saúde como espaço estratégico de atuação política.

Segundo Fonseca (2006), a Abrasco surge, se constitui e se consolida institucionalmente na interligação entre formação profissional e atuação política. Para Barata e Goldbaum (2006), a trajetória da associação compreende a atuação em três eixos: formação de recursos humanos em Saúde Coletiva, produção de conhecimentos técnico-científicos e política nacional de saúde, com uma espécie de intermediação entre estes três pontos. Ao longo de sua História – pelo menos até o período de análise de nosso estudo – parte considerável dos membros das diretorias desempenharam papéis institucionais de formulação, articulação e condução de políticas nestes três eixos (BARATA; GOLDBAUM, 2006).

No que diz respeito à atuação no âmbito das políticas de saúde, a reconstituição da trajetória da Abrasco feita por Barata e Goldbaum (2006) revela um permanente trânsito de parte dos membros da diretoria entre atividades acadêmicas e espaços de formulação da política estatal nos três níveis de governo, o que aponta para uma função de mediação e legitimação desta instituição entre estas duas instâncias. Em maior ou menor medida, este trânsito se deu desde a criação desta instituição até o final dos anos 90, com maior força nos anos 80 (BARATA; GOLDBAUM, 2006). Faleiros *et al.* (2006) também destacam esta função da Abrasco de mediação entre academia e formulação de políticas desde sua criação como uma de suas principais características.

Segundo Nunes (2006), na medida em que a Abrasco iniciava as atividades voltadas à construção e estruturação do campo, revelavam-se as dificuldades de se chegar a consensos sobre a conceituação de Saúde Coletiva. Para Fleury (1988b), mesmo com a heterogeneidade existente sob o escopo da Saúde Coletiva, a identidade em torno da adoção do “coletivo” como objeto fez com que este novo paradigma orientasse as ações do movimento sanitário, desdobrando-se em experiências práticas, lutas políticas e produções teóricas, que serão apresentadas e analisadas a seguir.

Para Fleury (1985a), o objeto adotado remetia à necessidade da busca de conceitos e métodos nas Ciências Sociais, uma vez que a Saúde Coletiva procurava estudar os sujeitos, grupos e relações sociais referidos ao processo saúde-doença e à determinação social deste processo (FLEURY, 1985a). O levantamento temático dos estudos realizados pelo campo de 1974 a 1979 feito por Levcovitz *et al.* (2002) corrobora com esta percepção de Fleury (1985a).

Estes autores destacam o forte respaldo das Ciências Sociais à teoria produzida no período, embasando as análises das relações Estado-Sociedade e do padrão de intervenção estatal no âmbito das políticas sociais⁵ (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Buscava-se nestes estudos a compreensão da “crise da saúde”, enfocando também a prática assistencial e a análise de propostas existentes no debate político da época: atenção primária à saúde, extensão de ações e serviços de saúde, descentralização e experiências de reforma sanitária de outros países. (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Também é marcante nestes primeiros anos as discussões teórico-conceituais sobre direito à saúde e o papel do Estado na intervenção e configuração das políticas sociais (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Muitos estudos caracterizavam-se pela denúncia do poder centralizador do Estado e do caráter tutelar das ações do governo (em particular o pós-74), conformando um arcabouço teórico crítico para a discussão política do setor saúde (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Condizente com a já referida perspectiva de interpretação do processo de “modernização”, estes estudos iniciais são marcados pela busca da compreensão histórica e crítica da concentração de renda e poder e da exclusão de parcelas significativas da população dos benefícios da “modernização” (STOTZ, 1997). Procurava-se demonstrar, por meio da epidemiologia, que “a modernização em países como o nosso produzia um perfil de morbimortalidade que combinava, desigualmente, 'doenças do atraso' e 'doenças da modernidade' ” (STOTZ, 1997, p. 275).

Fleury (1985a) indica que a incorporação das Ciências Sociais na Saúde Coletiva

5 Além de Donnangelo (1974, 1976) e Arouca (1975), Levcovitz *et al.* (2002) também destacam como importantes os seguintes estudos: CORDEIRO, H. **Determinantes de consumo de medicamentos:** uma contribuição à crítica dos conceitos de necessidade e consumo em saúde. 1978. Dissertação (Mestrado) — IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1978; MACHADO, R. **A danação da norma:** medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978 e LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil:** instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

realizada neste período não se deu de forma aleatória. Para a autora, havia uma opção dos pesquisadores pela adoção do método histórico-estrutural, que conferia uma importante especificidade à produção de conhecimento científico pelo campo (FLEURY, 1985a). Minayo (2001) destaca a contribuição deste referencial para a constituição do arcabouço teórico do movimento sanitário e das lutas políticas desenvolvidas por este, constatando uma importante vinculação da teoria com a prática. Paim e Teixeira (2006) também chamam a atenção para esta vinculação, afirmando que na década de 70

(...) encontram-se teses e revistas que estimularam e fundamentaram debates para a atuação do nascente movimento sanitário, sendo que a própria natureza desse movimento e os desafios da Reforma Sanitária tornaram-se objeto de estudos acadêmicos que estabeleciam pontes com a sociedade (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 75).

Neste sentido, as experiências práticas e a luta política dos intelectuais do movimento sanitário vão ter grande influência na produção teórica da Saúde Coletiva e serão aprofundadas na sequência. Nas décadas de 70 e 80 se dão muitas experiências práticas que levaram à formulação de um projeto por parte do movimento e à busca de respostas teóricas nas instituições de pesquisa para responder às questões encontradas.

A seguir, indicaremos algumas destas experiências, buscando estabelecer relações entre prática do movimento sanitário e teoria da Saúde Coletiva. Destaca-se que daqui em diante serão abordadas experiências práticas e lutas políticas que não se deram necessariamente após a conformação do campo, mas também durante ou mesmo antes da denominação de Saúde Coletiva para a produção teórica nascente.

Fleury (1988b) identifica que uma das frentes de atuação do movimento sanitário em seus primeiros anos de existência foram os projetos de Medicina Comunitária, desenvolvidos em serviços de saúde por instituições acadêmicas. Para a autora, a estratégia do movimento sanitário neste período baseava-se no aprofundamento da consciência sanitária dos vários atores políticos para alterar a correlação de forças existente no setor. Atuando na interface ensino-serviço, buscava ampliar a base de apoio às suas análises e propostas relacionadas à situação de saúde no Brasil, possibilitando o encontro dos intelectuais com outros profissionais de saúde e com o trabalhador adoecido que frequentava os serviços (FLEURY, 1988b). A ampliação da consciência sanitária era compreendida neste contexto, com base nos apontamentos de Berlinguer (1978), como a tomada de consciência de que saúde era um direito e que por ser um direito descuidado, eram necessárias ações individuais e coletivas

para alcançá-lo (FLEURY, 1988b).

A abertura de espaços nas instâncias estatais responsáveis pelo setor saúde, no período de reformismo autoritário da década de 70, possibilitou a incorporação de quadros técnicos do movimento sanitário ao aparelho estatal. Esta inserção favoreceu o desenvolvimento e o estímulo financeiro a projetos institucionais que vão ajudar a constituir a base das propostas deste movimento no que diz respeito à transformação e organização dos serviços de saúde (SCOREL, 2009). A ocupação destas “brechas” esteve acompanhada das múltiplas formas de repressão e controle existentes na lógica de funcionamento dos aparelhos do Estado do período, de modo que o movimento sanitário ocupava-as como um pensamento alternativo e não hegemônico⁶ (SCOREL, 2009). Nunes (1998) também reconhece esta característica na atuação do movimento neste período e aponta que as contradições produzidas pelo momento político criaram condições para a produção de alternativas de mudanças da realidade. Em meio à dinâmica de funcionamento do Estado, na qual a perspectiva conservadora convivia com possibilidades de renovação, foram gestados vários projetos embasados na Medicina Comunitária e articulados às políticas públicas, como os Projetos de Extensão de Cobertura (NUNES, 1998).

Algumas universidades já desenvolviam experiências práticas com Medicina Comunitária, mas foi por meio dos Projetos de Extensão de Cobertura que estas experiências ganharam dimensão nacional (Nunes, 1998). Também inseridos no pacote de propostas racionalizadoras do regime militar, dentro do II PND, estes programas baseavam-se na integração docente-assistencial e na extensão da cobertura de assistência médica, com financiamento estatal (Finep, Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS e Programa de Interiorização da Saúde e Saneamento – PIASS) e de agências internacionais (Organização Panamericana de Saúde – OPAS, Fundação Kellogg’s, USAid) (NUNES, 1998). Nunes (1998) destaca dentre estes projetos o Programa de Medicina Comunitária de Londrina – PR, o Projeto de Saúde Comunitária da Unicamp (em Campinas – SP), o Projeto de Atuação Médica Simplificada para uma área peri-urbana do estado do Rio

6 Ainda que a maior parte dos textos que abordam a história e estratégia do movimento sanitário utilizem a expressão contra-hegemônico/a para definir seu pensamento e atuação, nesta revisão optou-se por substituí-lo por alternativo e/ou não hegemônico, uma vez que, na perspectiva gramsciana, contra-hegemonia pressupõe um bloco histórico capaz de fazer frente à hegemonia da classe dominante, o que não se aplica ao contexto.

de Janeiro (em Nova Iguaçu – RJ) e o Projeto Montes Claros, realizado na cidade mineira de mesmo nome.

Mesmo em meio a contradições em suas formulações e execuções, estes projetos conseguiram aglutinar ideias das equipes dos serviços e das universidades que exerciam a crítica ao modelo assistencial vigente (NUNES, 1998). Dentre estes, muitos autores destacam a contribuição do projeto Montes Claros para a formação das bases da proposta de sistema de saúde do movimento sanitário (SCOREL, 2009; FLEURY, 1995; GALLO, 1988; NUNES, 1998). Esta experiência é definida por Fleury (1995) como um ‘laboratório de democratização da saúde’, no qual se pôde aprimorar a produção de saberes sobre a causação social da saúde/doença, difundir uma nova consciência sanitária e concretizar a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais. Nos encontros e seminários da área de Saúde Coletiva, os resultados desta experiência eram compartilhados, criando condições para experimentações e debates semelhantes em outras realidades (NUNES, 1998).

Ao mesmo tempo em que ocorria a integração com os serviços de saúde, acontecia também a ampliação da base institucional do movimento sanitário no âmbito acadêmico para as residências (principalmente em Medicina Preventiva e Social) e demais pós-graduações na área da saúde (SCOREL, 2009). Configurando-se como mais uma das formas de interface entre ensino e serviço, alguns Programas de Residência foram criados na década de 70, mas o fortalecimento desta modalidade de formação se deu na década de 80 (NUNES, 1998). Muitos destes estavam alinhados à produção teórica da Saúde Coletiva, tornando-se importantes espaços de experimentação de inovações no ensino e politização dos debates, ambas estratégias fomentadas principalmente pela Abrasco (NUNES, 1998).

Além dos projetos de natureza acadêmica, ocorreram também os chamados projetos autônomos, vinculados ou não ao movimento sanitário e à Saúde Coletiva, mas com expressão na política e/ou no saber desta área. A divisão das experiências práticas adotada neste estudo – entre projetos de natureza acadêmica e projetos autônomos – é a proposta por Bohadana⁷ (1982 apud STOTZ, 2005, p. 16) em estudo sobre os trabalhos de saúde da década de 70 e 80. Para esta autora, os projetos autônomos foram aqueles que se desenvolveram sem financiamento do Estado e que tinham como principal objetivo a mobilização e organização

7 BOHADANA, E. Experiências de participação popular em ações de saúde. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS (org.). **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982. p. 107-128.

política das comunidades, com apoio de Comunidades Eclesiais de Base (CEB) e dioceses da Igreja Católica (BOHADANA, 1982 apud STOTZ, 2005, p. 16). Para Stotz (2005), esta divisão é esquemática, pois na prática, as duas perspectivas coexistiram em algumas destas experiências, e houve projetos que iniciaram com uma ênfase e ao longo desenvolvimento mudaram de perspectiva. A utilidade desta divisão está em identificar a linha principal do trabalho educativo (STOTZ, 2005).

Estes trabalhos de mobilização e conscientização das comunidades se deram em um contexto de fortalecimento das mobilizações populares como um todo no país ao longo da década de 70, como expressão da resistência e crítica à ditadura militar, conforme aponta Fonseca (2008). Destacam-se, além das ações das CEB, o crescimento do movimento sindical, de associações de categorias profissionais e de movimentos sociais que articulavam organizações existentes em comunidades de baixa renda, como associações de moradores e grupos afins (FONSECA, 2008).

Algumas das experiências desenvolvidas nesta perspectiva foram as de Porto Nacional, no norte de Goiás (atualmente Tocantins), de Cabuçu (Nova Iguaçu – RJ) e Meio Grito, no estado de Goiás (STOTZ, 2005). Também neste contexto origina-se o movimento de saúde da Zona Leste de São Paulo, indicado por Stotz (2005) como o ponto mais avançado das lutas populares pela saúde no período.

No final da década de 70 iniciou-se um processo de articulação entre estas e outras experiências de movimentos populares que se dedicavam ao tema da saúde, que se deu por meio de encontros (destacando-se os Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária) e pela criação, em um destes encontros, do Movimento Popular de Saúde – MOPS⁸. As experiências locais de Educação Popular e esta trajetória de articulação nacional, pautada numa aliança entre profissionais de saúde e lideranças populares, fizeram avançar a luta pelo direito à saúde e os questionamentos ao modelo vigente de atenção à saúde, constituindo-se como contribuições fundamentais para o movimento sanitário (STOTZ, 2005).

No âmbito do Estado, a reativação da política eleitoral na década 70 trouxe consigo a incorporação de quadros do movimento sanitário a prefeituras progressistas eleitas pelo país,

8 O embasamento teórico e a estratégia política destas experiências e desta articulação serão aprofundados no capítulo 2, no âmbito das discussões sobre a mudança social nos movimentos de luta pela saúde.

levando a experiências alternativas de gestão e atenção à saúde em municípios como Niterói – RJ, Campinas – SP e Londrina – PR (SCOREL, 2009). Além das contribuições às análises, perguntas e respostas do movimento, estas experiências propiciaram uma mobilização de secretários municipais de saúde, que pouco a pouco constituíram um novo sujeito político coletivo no cenário da saúde (PAIM, 2008).

A experiência desenvolvida em Niterói – RJ, em projeto elaborado pela prefeitura, também continha vários elementos semelhantes ao que veio a ser a proposta para a atenção à saúde da Reforma Sanitária Brasileira. Desenvolvido no final da década de 70, o projeto previa a implantação de uma rede de unidades municipais de saúde, com responsabilidade pelas ações básicas de saúde, saneamento e promoção social, prioritariamente em áreas habitadas por população de baixa renda e com difícil acesso aos serviços de saúde (DAL POZ; COSTA; TOMASSINI, 1981).

Para sua implantação, foi realizada uma divisão territorial do município de acordo com características demográficas, geográficas sociais e do processo histórico de ocupação da cidade, agrupando as áreas de implantação de unidades de saúde em duas grandes regiões de características semelhantes. Os pilares deste projeto, segundo Dal Poz, Costa e Tomassini (1981), eram: Regionalização do território; Hierarquização dos Serviços; Aumento da Cobertura do atendimento médico-sanitário; Coordenação Interinstitucional; Relacionamento com o “sistema informal” (caracterizado pela articulação com práticas de saúde não realizadas pelo “sistema formal”, mas utilizadas pela população); Participação Comunitária; Equipe polivalente (multiprofissional); Integralidade da atenção à saúde; e Financiamento multilateral (incluindo-se a busca por recursos de órgãos públicos e privados, federais e estaduais, além de fontes externas para financiamento de programas e serviços). A viabilização do projeto se daria por meio de ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde integrada às demais secretarias (DAL POZ; COSTA; TOMASSINI, 1981).

Ao longo destes anos – de construção de um marco teórico referencial, de experiências práticas de aplicação destes conceitos e de atuação em espaços políticos institucionais no âmbito do Estado – o movimento sanitário foi se aglutinando em torno de uma proposta de mudança social e setorial nomeada de Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 2008). Arouca⁹ (1988 apud PAIM, 2008, p. 158) define os dois sentidos no qual a Reforma Sanitária deve ser

9 AROUCA, A. S. A reforma sanitária brasileira. **Radis**, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.

compreendida, sendo simultaneamente uma bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças:

O primeiro, enquanto objeto específico, ou seja, no campo das instituições, do aparelho de Estado e do setor privado, da produção de mercadorias e equipamentos na área de saúde, na formação de recursos humanos para a área. O segundo sentido, assumindo-se o conceito ampliado de saúde, como equivalente a nível de vida e portanto relacionado às condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz, a Reforma Sanitária se apresenta como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade (AROUCA, 1988 apud PAIM, 2008, p. 158).

Em sua dimensão específica/setorial, a proposta de Reforma Sanitária é sistematizada no documento “A Questão Democrática da Saúde”(CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 1980), formulado e apresentado pelo Cebes no I Simpósio de Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados (PAIM, 2008). Em linhas gerais, o documento propunha: 1) O reconhecimento do direito universal e inalienável à procura ativa e permanente de condições que viabilizassem a preservação da saúde; 2) O reconhecimento do caráter sócio econômico global destas condições; 3) O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção da saúde da população; 4) O reconhecimento do caráter social desse direito e da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação das condições mencionadas. (NUNES, 1998). Estes quatro princípios formavam a plataforma programática para a saúde do movimento sanitário e a partir da apresentação deste documento iniciou-se uma trajetória de tentar garanti-los por meio da atuação política no âmbito do Estado (NUNES, 1998).

Durante a década de 80, o movimento sanitário avançou na ocupação de espaços dentro do Estado, conseguindo, através de mobilização, assumir os principais postos responsáveis pela condução da política de saúde no país, influenciando e sendo influenciado pelos projetos governamentais (FLEURY, 1988b). Oliveira (1988) traz alguns apontamentos importantes sobre a trajetória do movimento até a ocupação destes postos-chave do Estado no nível federal, que terão implicações para a atuação política e a produção teórica destes atores.

Segundo Oliveira (1988), os intelectuais do movimento/campo que vieram a formular e implementar políticas de saúde não se originaram e nem foram inicialmente incorporados nos núcleos centrais de decisão sobre o setor no país. Pelo contrário, o movimento sanitário

percorre uma longa trajetória da periferia para o centro decisório, uma vez que as instituições nas quais se originou e se fortaleceu (núcleos de pesquisa, departamentos universitários, grupos internos não hegemônicos do Ministério da Saúde, instituições externas ao setor saúde e algumas secretarias municipais de saúde) eram “marginais”¹⁰ em termos de poder no setor (OLIVEIRA, 1988).

O autor destaca que a penetração do movimento sanitário no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, (instituição nuclear do sistema de saúde à época) se inicia em 1982 e aprofunda-se a partir de 1985 e seus atores conquistam mais poder dentro da instituição, sem, no entanto, obter seu controle nem eliminar a competição interna. Desta forma, o movimento constituiu uma rede de sustentação dentro do Estado autoritário, que favoreceu a luta pela implantação da dimensão setorial do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (SCOREL, 2009).

A trajetória até a inscrição da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição Brasileira de 1988, garantindo a criação de um sistema nacional de saúde com financiamento estatal – o Sistema Único de Saúde (SUS) – representou um processo de intensa disputa política, bastante descrito na literatura da área (SCOREL, 2009; FALEIROS *et al.*, 2006; PAIM, 2008), que não será objeto desta revisão.

Destaca-se deste processo, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), no ano de 1986, compreendida como um ponto de intersecção entre os vários caminhos do movimento sanitário e das lutas populares em saúde citadas neste texto (SCOREL, 2009; PAIM, 2008; STOTZ, 2005). A VIII CNS teve entre seus temas três questões principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Inserida no contexto de redemocratização política, estes temas também conferiam relevância às relações entre saúde e democracia e os debates propiciariam um encontro entre distintas ideias e experiências pelo país. Este encontro será mais aprofundado no próximo capítulo.

A forte vinculação entre a prática do movimento sanitário e a produção do saber na Saúde Coletiva, levou Fleury (1988b) a caracterizar três pilares que sustentariam o campo,

10 Cohn (1989) destaca que nos anos 70 os Departamentos de Medicina Social e/ou Preventiva eram marginalizados nas escolas médicas, reconhecidas pela autora como instituições retrógradas. A busca pelas Ciências Sociais para o entendimento de questões “técnicas” era vista com ares de insanidade por outros departamentos destas escolas.

que chamou de *triedro da saúde coletiva*: conhecimento, consciência sanitária e organização do movimento (ou ainda, saber, ideologia e prática política). Neste sentido, estas experiências aqui relatadas e a prática política dentro das instituições vão ter significativa influência na teoria produzida neste campo no período analisado (PAIM, 2008).

Fleury (1988b) percebe dois momentos nos quais se torna mais nítida a entrada de novos temas no campo da Saúde Coletiva: num primeiro momento, as alianças realizadas com movimentos profissionais e movimentos populares de luta pela saúde, bem como as experiências locais colocaram questões que se traduziram na necessidade de sair da crítica genérica ao sistema, incorporando elementos “técnicos” ao debate. Temas como descentralização, sistemas de informação e referência, controle popular, entre outros são incorporados ao projeto sanitário e às discussões do campo; num segundo momento, identificado pela autora como a partir de 1985, questões relacionadas à administração da política de saúde assumem grande importância no campo. Concomitante à absorção de um grande número de profissionais nos cargos de direção do Estado, passam ao centro dos debates temas como integração, descentralização, gestão democrática, financiamento, vigilância sanitária, produção e controle de insumos, tecnologia, etc. (FLEURY, 1988).

Em análise sobre a produção teórica da Saúde Coletiva na década de 80, esta autora reconhece que o conceito de *organização social da prática médica/de saúde* se manteve central nos estudos e que houve um deslocamento da ênfase na questão da saúde/doença para a questão da prática de saúde em suas distintas perspectivas. Identifica temas e tendências nas investigações na área agrupando-as da seguinte maneira: 1) *Estado, Políticas Sociais, Acumulação e Legitimidade*; 2) *Instituições de saúde e organização da prática médica*; 3) *Capitalismo, Processo de Trabalho e reprodução da força de trabalho*; 4) *Da medicina comunitária aos movimentos sociais urbanos* (FLEURY, 1985a).

No primeiro grupo, estavam os estudos voltados à compreensão do caráter contraditório da intervenção estatal através das políticas sociais, por meio da elucidação da natureza do Estado, da análise da estrutura assumida pela seguridade social e proteção à saúde na América Latina e das relações de poder/disputas políticas internas ao setor saúde (FLEURY, 1985a).

O segundo grupo englobava estudos que procuravam demonstrar que a análise política de saúde é uma questão institucional, identificando as instituições de saúde como núcleos específicos de poder. São subdivididos em três principais vertentes: a) estudo dos efeitos das

instituições médicas, no nível político e ideológico; b) estudo das modalidades de prestação de cuidado médico e suas relações com o Complexo Previdenciário de Assistência Médica; c) análises de penetração das relações capitalistas na prática médica, explorando a inserção do setor saúde no processo de acumulação capitalista (FLEURY, 1985a).

No terceiro grupo de tendências, estudavam-se as especificidades dos padrões de morbidade e mortalidade característicos do subdesenvolvimento e suas relações com a estrutura produtiva capitalista, bem como as diferenciações feitas nas políticas e instituições de saúde de acordo com as classes e fragmentos de classes sociais. Inseriam-se também neste grupo os estudos de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e medidas de segurança, recuperação ou amparo à força de trabalho (FLEURY, 1985a).

Por fim, o quarto agrupamento de tendências seria um desdobramento direto das pesquisas de compreensão e crítica da Medicina Comunitária, voltados às análises das ações de extensão de cobertura a partir da demanda colocada ao Estado pelos movimentos sociais urbanos. Buscava-se compreender tanto a lógica de distribuição dos bens de consumo coletivos nas zonas urbanas quanto a eficácia política dos movimentos e suas reivindicações (FLEURY, 1985a).

Algumas das tendências apontadas por Fleury (1985a) em seu estudo realizado no meio da década podem ser confirmadas nos resultados do levantamento temático e caracterização da produção teórica do campo feita por Levcovitz *et al.* (2002). Em sua periodização, estes autores dividiram a década de 80 em dois períodos: de 1980 a 1986 e de 1987 a 1990. A marca dos periódicos do primeiro período (1980-1986) foi “a denúncia do modelo hegemônico, através de diagnósticos da situação, embasando a necessidade de transformação do sistema de saúde” (p. 53) (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Ocorre também neste período a publicação de algumas teses em livro, fortalecendo a difusão das ideias críticas à realidade sócio-sanitária brasileira.

Destas, Levcovitz *et al.* (2002) destacam como relevantes e de grande influência para o campo, a tese sobre as empresas médicas de Cordeiro, de 1981; o estudo sobre política social e intervenção estatal a partir da história da previdência social no Brasil, de Oliveira e Fleury (1985); e a tese de Costa (1983)¹¹ sobre a constituição da saúde pública no Brasil.

11 CORDEIRO, H. **Empresas médicas**: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. 1981. Tese (Doutorado) — Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981; COSTA, N. R. **Estado e políticas de saúde pública**: (1889-

Apontam também como relevantes para o debate sobre as práticas de saúde os estudos sobre tecnologias assistenciais e organização de serviços (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

No segundo período da década (1987-1990), passam a surgir estudos cujo foco estava na elaboração de estratégias para o planejamento e a gestão setoriais, tidos como mais “racionalizadores” e voltados à organização do sistema e suas diretrizes (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Paim e Teixeira (2006) destacam que no final da década de 80 cresce o interesse por questões teórico-metodológicos na área de planejamento e gestão em saúde, estimulado pela experiência prática de docentes e pesquisadores junto a secretarias estaduais e municipais de saúde, com desdobramentos relevantes para a década seguinte. Neste sentido, esta é uma fase marcada não só pela elaboração, mas também pela implementação de reformas na gestão, planejamento e organização de serviços (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Segundo Paim e Teixeira (2006), ao final da década de 80 já se nota uma variedade de temáticas e abordagens teórico-metodológicas no campo da Saúde Coletiva, com diferentes correntes de pensamento, expressas nos livros e artigos do período. Destaca-se também o aparecimento de estudos sobre planejamento em saúde que traziam importantes críticas à lógica de planejamento vigente na época (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Em texto escrito ao final da década, Fleury (1988b) aponta que o arcabouço teórico-conceitual da Saúde Coletiva requeria um projeto de transformação das práticas e instituições de saúde. Para esta autora as tentativas de implementação de novas práticas e formas de organização dos serviços apresentaram problemas e exigiram o avanço do conhecimento necessário ao seu embasamento. Caracteriza como incapacidade de as medidas reformistas adotadas alterarem o conteúdo da prática médica e identifica o que chama de *depuração ideológica* no nível do conhecimento, que teria sido responsável pelo “abandono de alguns esquemas teóricos que, embora tenham embasado as análises críticas da problemática saúde/doença, mostraram-se pouco efetivos na formulação de propostas transformistas” (FLEURY, 1988b, p. 206).

Trata-se de um posicionamento da autora diante das opções teóricas e políticas feitas pelo campo e pelo movimento, em um debate importante para a compreensão de algumas das perspectivas políticas de saúde e sociedade internas no movimento. Oliveira (1987), Campos

(1988a, 1988b) e Fleury (1988a; 1988b) fizeram análises sobre os caminhos percorridos até então pelo movimento sanitário, revelando olhares distintos sobre este processo e a estratégia política adotada pelo movimento. Este debate e análises de outros autores sobre o tema serão objeto do próximo capítulo, aprofundando-se na dimensão *prática política* (ou *organização do movimento*) do *triângulo da Saúde Coletiva* para uma melhor compreensão da construção de conhecimento pelo campo.

Capítulo 2 – A mudança social e setorial nos movimentos de luta pela saúde nos anos 70 e 80

*Do salário injusto, da punição injusta,
da humilhação, da tortura,
do terror,
retiramos algo e com ele construímos um artefato
um poema
uma bandeira*

(Ferreira Gullar)

A revisão da literatura revela que o campo da saúde coletiva sempre esteve permeado por um horizonte de mudança social e setorial, uma vez que parte de sua produção teórica tem como referência a busca pela superação do sistema de saúde vigente e a melhoria das condições de saúde da população (FLEURY, 1985a; NUNES, 1998; PAIM, 2008). Nas próximas páginas, buscaremos indicar as principais diferenças de concepções sobre mudança social e setorial existentes no movimento sanitário e em alguns dos movimentos de luta pela saúde das décadas de 70 e 80. Considerando-se, como Cohn (1992), o saber da Saúde Coletiva como um 'saber militante', bastante influenciado pela estratégia política do movimento sanitário, serão caracterizadas as distintas perspectivas sobre saúde e sociedade que estavam em disputa neste período para que se possa estabelecer relações entre estas e a produção teórica da Saúde Coletiva. Busca-se elucidar um pouco mais a dimensão política das estratégias adotadas pelos intelectuais do campo, uma vez que, segundo Bourdieu (2004), esta dimensão é tão importante quanto a dimensão científica destas estratégias para se compreender uma produção científica.

Para Cohn (1989), a produção acadêmica da Saúde Coletiva neste período estava “voltada para o calor da luta do movimento reformista, que acolhe diferentes correntes políticas” (COHN, 1989, p. 132). Sobre este aspecto, Dantas (2014) indica a existência de dois traços gerais na disputa política interna no movimento sanitário nos anos 70 e 80. Havia uma divergência com relação à abrangência da luta que o movimento deveria assumir: se limitada ao âmbito setorial ou se parte de uma luta maior, na qual estava a redemocratização. O segundo traço da disputa estava no campo político-ideológico, havendo internamente no grupo uma polarização entre socialistas e social-democratas (DANTAS, 2014). Exploraremos a seguir, alguns aspectos destes dois traços.

Em prefácio à publicação intitulada 'Reforma Sanitária em busca de uma teoria', Fleury (1989) indica haver uma ampla diversidade de conceituação sobre o termo Reforma Sanitária (havendo também ausência de conceituação coerente), ainda que fosse bastante utilizado nos discursos políticos, discussões acadêmicas e documentos oficiais da área da Saúde no país. Segundo Paim (2008), tanto a prática política quanto as análises teóricas do movimento sanitário sobre o período revelam ambiguidades na definição de Reforma Sanitária utilizada, se esta estaria referida apenas às questões setoriais ou se envolveria também os âmbitos econômicos, políticos e culturais.

Para o autor, ao longo dos anos 80 os elementos da 'totalidade de mudanças' inicialmente existentes na proposta de Reforma Sanitária Brasileira foram secundarizados, na teoria e na prática (PAIM, 2008). Tal situação é vista com preocupação por Arouca (1988 apud PAIM, 2008, p. 162), em texto publicado ao final da década, no qual indicava haver uma confusão entre a dimensão setorial da Reforma Sanitária e a Reforma Sanitária em si, parte de um conjunto mais amplo de propostas e lutas.

Segundo Cohn (1989), havia um descompasso entre questões institucionais, políticas, sociais e técnicas na prática política do movimento, vinculado – entre outros fatores – às diferentes concepções sobre Reforma Sanitária existentes internamente. Rodriguez Neto (1997) identifica outro descompasso, entre a teoria e a prática política do movimento sanitário:

Se pelo lado da questão saúde a Medicina Social tinha introduzido novos conceitos e aberto outros campos de intervenção (...), quais sejam a determinação social do fenômeno saúde/doença e a organização das práticas, serviços e sistemas de atenção à saúde, pelo ângulo da política, a visão que predominava no movimento era predominantemente reformista (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 63).

Este descompasso e a inserção ou não da Reforma Sanitária no contexto mais geral das lutas do período têm muita relação com as discussões internas sobre a estratégia política do movimento sanitário. Gallo e Nascimento (1989) indicam haver três principais visões de mundo/projetos de sociedade que disputavam hegemonia no plano social naquele período, expressas também no setor saúde e no movimento sanitário: a liberal/neoliberal, a social-democrata e a socialista. Estas três ideologias teriam raízes antigas e nítidas diferenças de conteúdo, forma e tática. Os autores destacam que ainda que se aproximem em alguns momentos, as vertentes social-democrata e socialista divergem em seu conteúdo, uma vez que a primeira não extrapola os limites do capitalismo e a segunda defende a superação deste

modo de produção. Para os autores, naquele momento a convergência entre as duas vertentes era conjuntural, encontrando no fortalecimento do espaço público e na construção de políticas sociais abrangentes seus pontos em comum (GALLO; NASCIMENTO, 1989).

No tocante às dimensões específicas da luta pela saúde, social-democratas e socialistas encontravam unidade em torno do que os autores chamam de 'modernização' do setor, compreendida por estes como a criação de um sistema de saúde público, gratuito, descentralizado, hierarquizado, integral, eficaz, eficiente, racionalizado e sob comando estatal (GALLO; NASCIMENTO, 1989). Além das diferenças de horizonte político (nas quais se inseria a discussão sobre estatização imediata, progressiva ou manutenção do setor privado) apontam também duas divergências principais no âmbito setorial:

A democratização, que possui um conteúdo distinto para os social-democratas, e a inserção – por parte dos socialistas – do processo de reformulação setorial no quadro da luta de classes. A primeira, enquanto proposta formal – não em sua substância –, pode ser assumida pela social-democracia em acordos com socialistas, mas a segunda, estratégica, é inconciliável (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 108).

Caracterizando as disputas internas, Gallo e Nascimento (1989) indicam haver na trajetória do movimento uma elevada competitividade entre social-democratas e socialistas. Até o período de seu estudo, a atuação do Movimento Sanitário teria se dado sob a condução da linha social-democrata, e esta perspectiva conseguiu atrair parte dos socialistas, pela avaliação tática destes diante da conjuntura (GALLO, NASCIMENTO, 1989). Os autores relatam que os acordos internos levaram à elaboração de uma proposta razoavelmente coesa, mas mantida nos limites da 'modernização do setor', com alguns elementos da democratização na perspectiva citada acima (GALLO, NASCIMENTO, 1989).

Para Dantas (2014) há pouca precisão nos documentos e estudos do/sobre os anos 70 e 80 com relação às divergências internas do movimento sanitário, percepção compartilhada por Cohn (1989). A partir dos documentos existentes e de depoimentos de sanitaristas, baseando-se numa tipologia ideal das perspectivas socialista e social-democrata, Dantas (2014) projeta as possíveis táticas destas duas vertentes internas. A primeira perspectiva, a socialista, por estar marcada naquele momento pela preocupação dos sanitaristas com a *questão democrática*¹², implicaria numa tática de buscar combinar o fortalecimento das bases sociais

12 Dantas (2014) indica que a “questão democrática” ganha força na esquerda brasileira nos anos 70 e 80, em um contexto internacional de crítica às experiências socialistas na Europa, ao mesmo tempo em que acontecia a dita “época de ouro” do capitalismo central. Além, obviamente, do cenário nacional e

do movimento e a disputa do aparelho do Estado pela via democrática, numa concepção de reforma inserida no constante acúmulo de forças com vistas à construção do socialismo (DANTAS, 2014). Já os social-democratas teriam uma concepção de reforma “interessada e circunscrita aos seus próprios objetivos específicos” (DANTAS, 2014, p. 205), com forte apelo à luta institucional como principal elemento da tática, sem necessariamente distanciar-se dos movimentos sociais de base. Os social-democratas apostavam num 'capitalismo democrático', no lugar da revolução (DANTAS, 2014).

No entanto, o autor destaca que o entendimento das diferenças entre estas vertentes não é suficiente pra compreender, na prática, a tática do movimento. Para Dantas (2014), os conflitos entre estas perspectivas pouco se manifestaram no interior do próprio movimento sanitário no que diz respeito à sua prática política, uma vez que foram atravessadas inteiramente pela compreensão da questão democrática de parte das esquerdas na época, o que teria levado a uma indiferenciação da ação de intelectuais socialistas e social-democratas do grupo hegemônico:

A “democracia como valor universal” assumiu ares de unanimidade entre intelectuais e militantes (do movimento sanitário). Toda e qualquer filiação era mais ou menos dispensável em face da adesão, que exercia um papel amalgamador em face dos inimigos comuns já identificados: a ditadura e o socialismo real. (DANTAS, 2014, p. 208).

Neste contexto, o debate estratégico sobre os objetivos finais da luta (se seria a saúde sob a social-democracia ou sob o socialismo) foi deslocado pela valorização da democracia e do processo de democratização política pela via institucional que acontecia no período. Este deslocamento teria contribuído para conduzir o debate e a prática política cada vez mais para a dimensão institucional da luta social, distanciando-se cada vez mais do horizonte socialista (DANTAS, 2014).

Este processo é caracterizado por Dantas (2014) como uma “absolutização do Estado

latinoamericano de regimes militares. Neste contexto, o autor indica ter havido em uma boa parte da esquerda brasileira um processo de absolutização da democracia, concebida como “valor universal”, assumindo forma de estratégia, e deslocando “o verdadeiro debate estratégico em nome do socialismo, uma vez que fosse para promover a autocritica da esquerda, fosse para lutar contra a ditadura, fosse, enfim, para lutar pelo socialismo, o caminho a percorrer parecia ser o mesmo” (DANTAS, 2014, p. 17). Indica que este movimento aconteceu também no movimento sanitário, uma vez que este era parte desta luta mais abrangente, contra a ditadura.

na consecução da tática do Movimento Sanitário pela reforma do sistema de Saúde” (DANTAS, 2014, p. 19) e está também relacionado às forças políticas que compunham o movimento sanitário. Para este autor, o movimento sanitário situa-se num contexto de transição entre as duas principais estratégias políticas em disputa na esquerda brasileira na década de 80, vinculadas aos dois partidos que as vocalizavam: o Partido Comunista Brasileiro (PCB) e o Partido dos Trabalhadores (PT). Ainda que muitos autores indiquem a hegemonia do PCB no movimento sanitário, o estudo de Dantas (2014) revela a existência de elementos das duas estratégias no movimento sanitário.

Segundo Dantas (2014), no âmbito mais geral, a estratégia do PCB estava em crise, e a estratégia do PT estava em construção, mas para ambas as vertentes, naquele momento o tema da democracia era central, e era o ponto no qual se dava a confluência entre a prática política dos membros do movimento sanitário vinculados aos dois partidos. Neste sentido, o autor indica haver uma proximidade entre a prática política que se tornou hegemônica no movimento sanitário e o chamado “eurocomunismo”¹³, concepção vinculada à experiência de partidos de esquerda na Europa e à interpretação do Estado como arena do conflito de classes, citada anteriormente.

Destas, a principal experiência e formulação teórica que influencia parte considerável da esquerda brasileira nesse período é a italiana, principalmente pelo contato direto entre os Partidos Comunistas Brasileiro e Italiano, em uma leitura de realidade por parte de seus militantes que encontrava proximidade entre os contextos dos dois países. Em linhas gerais, a estratégia política nesta concepção baseava-se num pressuposto de que levando-se a democracia burguesa ao seu limite, esta seria incompatível com o capitalismo. Ao mesmo tempo, objetivando também atingir este fim, buscava-se a realização de reformas parciais, na perspectiva de “acumulo de forças” visando superar a ordem capitalista. Além de parte dos membros vinculados à vertente “eurocomunista” do PCB, esta perspectiva veio a orientar também a formulação da estratégia democrático-popular, vocalizada pelo PT (DANTAS, 2014).

A centralidade da atuação no âmbito institucional é compreendida por muitos autores como a principal marca da prática política do movimento sanitário na década de 80

13 No estudo em questão estão agrupados neste termo as experiências italiana, francesa e espanhola, das quais o autor se aprofunda na italiana, indicando como atores/autores utilizados para a caracterização desta concepção Palmiro Togliatti, Enrico Berlinguer e Pietro Ingrao.

(CAMPOS, 1988; FLEURY, 1997; GALLO, 1988; OLIVEIRA, 1987; PAIM, 2008; STOTZ, 2005). Vinculadas às distintas “visões de mundo” dos intelectuais citadas acima, havia duas principais tendências internas no movimento sanitário, segundo Fleury (1997): uma orientação “institucionalista” e uma orientação “movimentista”. A primeira tendência centra sua atuação no nível profissional, objetivando coordenar esforços para o desenvolvimento de políticas de saúde mais adequadas à realidade brasileira, por meio da transformação do aparelho estatal. A segunda propunha atuação junto às comunidades e suas várias organizações (associações de bairros, entidades estudantis, comunidades eclesiais de base, etc.), em uma perspectiva de mobilização comunitária.

Escorel (2009) indica que o ponto central da estratégia vinculada à tendência “institucionalista” estava na ocupação de espaços institucionais do Estado com um pensamento diferente do que era hegemônico, reconhecendo-os como 'palcos de luta' e de disputa entre diferentes interesses. Neste sentido, a atuação orientada por esta perspectiva buscava ressignificar a noção de cidadania, atribuindo-a um caráter transformador, cuja luta para sua consolidação estaria referida a um

processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado (FLEURY, 1997, p. 28).

Quanto à perspectiva “movimentista”, suas bases conceituais/políticas e proposições são pouco abordadas na literatura da área. Cohn (1989) indica que o grupo identificado como a vertente socialista do movimento sanitário baseava-se nos preceitos da democracia direta, dando maior ênfase à mobilização popular. Esta descrição aproxima-os da perspectiva “movimentista”, mas a autora não avança para uma caracterização mais detalhada das proposições deste grupo. Tampouco o fazem Gallo (1988) e Gallo e Nascimento (1989), que também se dedicaram ao tema.

Um trabalho que contribui para a caracterização desta perspectiva é o resgate da memória das experiências de educação nos movimentos sociais da saúde feito por Stotz (2005). Nesta pesquisa, o autor aponta as bases conceituais e políticas de algumas das experiências com características do que Fleury (1997) indica como tendência “movimentista”: Porto Nacional, Goiás Velho, Nova Iguaçu e Zona Leste de São Paulo, brevemente descritas no capítulo 1.

No cenário de intensificação das lutas populares da década de 70, parte da esquerda brasileira reconhece na Medicina Comunitária – difundida pelos programas do Estado – uma “possibilidade de criar ou reorientar interesses e objetivos de uma ‘comunidade’, propiciando, assim, a constituição de sujeitos e atores, tensionando os limites da estrutura social e de poder vigentes” (STOTZ, 2005, p. 15).

Segundo Stotz (2005), parte das experiências desenvolvidas com este objetivo baseavam-se no modelo comunitário de organização, educação e democratização da Educação Popular, aplicado à saúde. Nesta abordagem, a educação é realizada nos movimentos populares, nas lutas e dinâmicas internas das organizações populares:

Trata-se de uma educação política que não se dissocia da vida cotidiana, a qual é base para a compreensão dos problemas no bairro e ponto de partida da reflexão sobre as estratificações sociais e de poder que refletem, no nível local, a estrutura social e política mais ampla. (STOTZ, 2005, p.25).

Para o autor, a Educação Popular e (em) Saúde é uma abordagem comprometida com a ampliação dos esforços de emancipação da classe trabalhadora e suas camadas. Parte do reconhecimento da existência da dominação de classes na sociedade e assume a perspectiva das classes exploradas e dos grupos oprimidos, em um processo pedagógico que busca contribuir em suas lutas, fazendo 'com' o povo e não 'para' o povo (STOTZ, 2005).

Baseado nisso, buscava-se uma forma de atuação diferente dos profissionais de saúde, voltada a “transformar o conhecimento médico e das ciências da saúde em instrumento para a compreensão das razões das doenças no âmbito do sistema capitalista e para a conquista de crescente autonomia diante deste sistema” (STOTZ, 2005, p. 26). As discussões e ações de saúde destas experiências resultaram numa nova forma de fazer política e numa nova forma de relacionamento entre os moradores dos bairros e os serviços de saúde (STOTZ, 2005).

Stotz (2005) chama a atenção para a concepção avançada de direito à saúde presente em algumas das reivindicações aprovadas no Encontro das Comissões e Conselhos de Saúde do Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, de 1983. Neste encontro se deu a unificação deste movimento e foram definidas reivindicações a serem apresentadas para gestores do município, estado e União, entre as quais estavam: fim dos convênios com a “medicina do lucro”; garantia de um atendimento público à saúde, de qualidade e igual para todos e a “participação da população na fiscalização e controle do funcionamento de todos os

Serviços de Saúde” (COMISSÃO DO MOVIMENTO¹⁴, 1984 apud STOTZ, 2005, p. 22).

A vinculação das experiências orientadas pela educação popular ao movimento sanitário se deu de maneira direta e indireta, ao longo da década de 70 e 80, além de contribuir para a constituição de um movimento importante para o período, o MOPS, como apontamos no capítulo 1 (STOTZ, 2005). Buscamos indicar brevemente algumas de suas bases com o intuito de caracterizar o que Fleury (1997) e outros autores chamam de tendência “movimentista” do movimento sanitário, que se fazia presente também no CEBES. Ainda que esta entidade, em alguns de seus editoriais indicasse que estas tendências não eram excludentes, na prática houve um predomínio da tendência institucionalista sobrepondo-se à movimentista (FLEURY, 1997).

Gallo (1988), analisando a história do CEBES, identifica em que momento a tendência institucionalista passa a ser definitivamente hegemônica na entidade. O autor divide a trajetória político-ideológica do CEBES em quatro fases distintas: fase estruturante; fase desestruturante; fase de consolidação; e fase de institucionalização. Na primeira fase (1975 a 1977), se dá a estruturação da entidade como um sujeito coletivo, tanto no que diz respeito a sua própria atuação quanto a seu objeto. Suas publicações revelam a busca da compreensão da saúde a partir da determinação social do processo saúde-doença, com reflexões profundas e consolidadas a partir do debate de diferentes posições, bem como expressam a pouca precisão no diagnóstico e proposição quanto às Políticas e Sistema de Saúde (GALLO, 1988).

Além da constituição das bases da proposta organizativa setorial, a segunda fase (1978-1979) é marcada pelo que o autor chama de primeira 'crise de identidade' do CEBES. A reabertura de parte dos canais tradicionais de representação democrática ocorrida no final da década (partidos políticos, sindicatos, etc.) levou a um intenso debate interno sobre qual seria o papel da entidade naquela conjuntura (GALLO, 1988). A partir deste momento consolida-se a hegemonia das correntes que propunham a consolidação da etapa democrática e da política de reformas¹⁵, levando à saída (informal) de alguns grupos políticos que defendiam estratégias distintas (GALLO, 1988).

14 COMISSÃO DO MOVIMENTO. Histórico do movimento de saúde da Zona Leste de São Paulo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 16, p. 5-15, 1984.

15 Ainda que o autor não nomeie desta maneira, comparando esta descrição com a caracterização de vertentes feita em outro texto de sua autoria (GALLO; NASCIMENTO, 1989), pode-se inferir que se trata da perspectiva social-democrata.

Desta forma, segundo Gallo (1988), na fase de consolidação (1980-1982) a linha de atuação política do CEBES já estava definida: “a política de reformas, através da Frente Democrática, cujo espaço privilegiado é o Estado” (GALLO, 1988, p. 76). Há um atrelamento da categoria “consciência sanitária” à noção de cidadania, vinculando-se saúde e sociedade a partir desta perspectiva. Inicia-se neste período a incorporação de propostas do movimento sanitário – agora um pouco mais consolidadas – à política estatal de saúde (GALLO, 1988).

A fase iniciada a partir de 1982¹⁶ – de institucionalização – coincide com a ocupação de cargos no âmbito do Estado pelos integrantes do movimento sanitário, tanto nos estados e municípios quanto em âmbito federal (GALLO, 1988), processo que indicamos no capítulo 1. O autor destaca que há um esvaziamento do CEBES, uma vez que o movimento sanitário concentrou-se nas tarefas concretas do exercício do poder público para tentar viabilizar a dimensão setorial da Reforma (GALLO, 1988). A Revista Saúde em Debate não é publicada no ano de 1983, situação compreendida por Gallo (1988) como sintomática deste esvaziamento. O autor destaca que o editorial da primeira revista publicada após este hiato expressa um 'novo rumo' na atuação política da entidade, indicando que na revista passaria a ser privilegiado o tratamento de problemas conjunturais, voltados à análise e ação 'mais imediata' (CEBES, 1984). Ainda que o próprio editorial indique que a publicação continuaria divulgando estudos de caráter estrutural, a prioridade dada aos chamados 'problemas conjunturais' é explícita (CEBES, 1984) e, segundo a análise feita por Gallo (1988), confirmou-se nos anos seguintes.

Para Gallo (1988), os artigos publicados nesta fase passam de algo semelhante a uma 'plataforma de trabalho' para uma espécie de prestação de contas, orientada por uma preocupação dos intelectuais em relatar as modificações por eles implementadas na política setorial, a partir de sua inserção institucional. O tom dos discursos pouco a pouco vai se tornando institucional, tecnocrático e os autores

em nenhum momento preocupam-se com as modificações que sua atividade no interior dos Aparelhos de Estado possa ter sofrido em decorrência das contradições à

16 O estudo data de 1988 e o autor compreende a duração desta fase até o momento de redação de seu artigo. Como o último fato histórico mencionado por Gallo (1988) no texto é a publicação do número 19 da Revista Saúde em Debate, consideramos neste estudo que esta quarta fase se estende de 1982 a 1987, utilizando-se de outros autores que não seguem esta periodização para complementar as informações referentes ao final da década de 80.

ele inerentes, bem como das modificações substanciais – então já claramente detectáveis – de suas propostas reformadoras (GALLO, 1988, p. 77).

Dentre estas modificações, Gallo (1988) destaca a “filtragem” que a atuação dentro do Estado gerou no conceito e proposta de participação popular difundido na revista, assumindo a partir deste período um caráter instrumental, além de deixar de ser uma condição (como anteriormente) e se tornar uma variável como qualquer outra.

A partir de sua análise histórica Gallo (1988) conclui que o grupo hegemônico do movimento sanitário paulatinamente deixa de atuar através do CEBES (que mesmo elegendo o Estado como principal interlocutor e lócus de atuação, atuava a partir da Sociedade Civil) para “agir e expressar-se através do e no Estado, ou seja, enquanto o próprio Estado” (GALLO, 1988, p. 77). Para o autor, na medida em que os intelectuais e suas proposições foram incorporados ao Estado, o CEBES e seus atores teriam perdido sua postura atuante, refletindo no abandono da crítica estrutural e até mesmo da perspectiva democrática radical de momentos anteriores (GALLO, 1988).

Assumimos nesta revisão a ressalva feita pelo autor, de que a trajetória do CEBES não é idêntica à do movimento sanitário, e que esta não era a única entidade na qual o movimento se organizava e atuava (GALLO, 1988). No entanto, o CEBES é reconhecido por muitos autores (ESCOREL, 2009; FLEURY, 1997; GALLO, 1988; NUNES, 1998; PAIM, 2008) como a principal entidade do movimento, na qual se expressavam os dilemas enfrentados por este. Além disso, a análise da Reforma Sanitária feita por Cohn (1989) indica que o que Gallo (1988) descreve ter havido no CEBES se deu no movimento sanitário de um modo geral, ao menos no que era hegemônico e mais visível naquele momento. Stotz (2005) indica que também aconteceu um processo de institucionalização no MOPS ao longo da década de 80, vinculado a um processo de mesma natureza que se deu na luta pela democratização política no período.

Muitos autores destacam que este processo de institucionalização do movimento sanitário foi acompanhado de um distanciamento das bases sociais (COHN, 1989; ESCOREL, 2009; OLIVEIRA, 1988; PAIM, 2008; STOTZ, 2005). Escorel (2009) reconhece que, com exceção da VIII Conferência Nacional de Saúde e da luta na Constituinte, a atuação do movimento sanitário neste período esteve concentrada nas instituições de saúde. Indica que esta opção estratégica do movimento, de privilegiar o âmbito do Estado, fez com que a ampliação e o aprofundamento da aliança com a classe trabalhadora e suas frações ficasse em

segundo plano (ESCOREL, 2009).

Para a autora, agindo desta maneira o movimento passou a ficar limitado pelas alianças feitas para a atuação neste âmbito e aos avanços e recuos na política institucional, perdendo de vista a necessidade do fortalecimento da articulação com outros segmentos da sociedade (ESCOREL, 2009). Este apontamento aproxima-se da visão de Stotz (2005), que indica que o processo político do movimento sanitário deslocou-se dos movimentos populares para o âmbito das instituições do Estado.

Oliveira (1988) indica a seguinte questão como um dos fatores para a fragilidade do vínculo do movimento sanitário com outros setores e movimentos da sociedade:

O "movimento" sempre viu a si mesmo como pretensa expressão de interesses de setores subalternos da sociedade. Mas, acompanhando um vício elitista comum na esquerda brasileira, terminou sempre por procurar expressar estes interesses no lugar de, e não em conjunto, ou em articulação com aqueles setores (OLIVEIRA, 1988, p. 382).

Na mesma perspectiva, Cohn (1989) aponta que havia uma ênfase na elaboração de estratégias institucionais de atuação *em nome* e *para* as classes subalternas por parte do movimento sanitário. Esta maneira de agir teria levado a uma hipertrofia deste tipo de prática política com relação à técnica e a prioridade dada a esta estratégia teria acontecido em detrimento da formulação de um modelo sanitário verdadeiramente alternativo de saúde (COHN, 1989).

Para Gallo (1988), esta situação se expressava na maneira como se dava a participação da sociedade na definição das políticas de saúde neste período. Tanto Gallo (1988) quanto Oliveira (1987) indicam que o movimento sanitário buscava na “sociedade civil” apoio para os embates com os outros grupos burocráticos do aparelho do Estado, mas devido à falta de organicidade nos movimentos sociais, a participação destes se dava em momentos pontuais, estritamente legitimadores, em um caráter instrumental (GALLO, 1988).

A VIII CNS é apontada por Oliveira (1988) como um destes momentos de busca de apoio nos movimentos sociais para os embates intra-estatais que o movimento sanitário fazia, caracterizando-a como um contato que se deu em um espaço que não era decisório, apesar de sua importância histórica. Registra-se como uma ilustração da distância entre este espaço e as demais disputas na política saúde – ou, nos termos de Oliveira (1988), da pouca consequência prática deste encontro – a questão da natureza do sistema de saúde a ser construído. O Relatório da VIII CNS indica que esta questão foi a que aparentemente mais mobilizou os

participantes e delegados, expressa na discussão se o novo Sistema Nacional de Saúde seria estatizado ou não, e se de forma imediata ou progressiva (BRASIL, 1986).

Desta discussão, a decisão aprovada na Assembleia Final desta Conferência foi a de expansão e fortalecimento do setor estatal nos três níveis de governo, tendo como meta a estatização progressiva do setor (BRASIL, 1986). O relatório indica ainda que “Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se (sic) dar sob o caráter de serviço público “concedido” e o contrato regido sob as normas do Direito Público” (BRASIL, 1986, p. 2). Houve ainda a aprovação, na Assembleia Final, da estatização da indústria farmacêutica, indicado no Relatório como um ponto que não foi objeto de uma discussão mais aprofundada (BRASIL, 1986).

A literatura consultada indica que o horizonte de estatização progressiva foi deixado de lado nos próximos passos dados pelo movimento, indicando a distância entre a deliberação daquele espaço e a prática política dos anos seguintes. Este abandono parece ter se dado tanto pelas disputas políticas que se sucederam à VIII CNS quanto por posicionamentos internos do movimento sanitário, de recuo quanto à posição anterior, com base em sua análise do cenário, como aponta um depoimento em Faleiros *et al.* (2006):

Acho que nós, de toda a esquerda, tínhamos uma visão bastante ingênua de que seria possível um sistema estatal, quando a base material toda já era privada. Então, era desconhecer a realidade, a não ser que se nacionalizasse, acabasse com o setor privado, o que seria uma intervenção de uma brutalidade enorme. Ou seja, quando nós vamos para o movimento de criar o sistema único, com a base material privada, tinha que ser através de convênios. E essa foi uma tensão muito grande porque nos dividia. Aqueles mais à esquerda achavam que tinha que ser estatal e aí a gente começa a perceber que era impossível, que era melhor negociar e incorporar o setor das filantrópicas (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 93).

Ainda sobre o processo de institucionalização, Gallo *et al.* (1988) destacam que também contribuiu para o distanciamento das bases sociais o fato da proposta de Reforma Sanitária já ter chegado aos demais movimentos de forma mais acabada. Isto se deve, segundo os autores, ao fato de que a proposta foi gerada no interior da tecnoburocracia, entre profissionais do setor, e ter chegado através do Estado para muitos dos movimentos que não discutiam a questão da saúde. Além disso, haveria uma série de outras carências ligadas às condições mínimas de subsistência, que faziam com que os grupos e sujeitos sociais que compunham os movimentos do período direcionassem sua energia para questões que, segundo os autores, colocavam em risco sua sobrevivência de um modo mais imediato (GALLO, *et al.*,

1988).

No âmbito da luta sindical, Stotz (2003) aponta limitações da compreensão da realidade na qual se desenhava uma estratégia de luta participativa:

Entretanto, em que pese o entendimento de que o processo de democratização do Estado implicava o reforço do papel da sociedade civil por meio de participação das classes trabalhadoras representadas por seus órgãos representativos – chamados a participar de estruturas criadas pelo Estado, de modo a obter um mínimo de consenso e, assim, legitimar a direção política que a classe dirigente pretendia imprimir ao conjunto da sociedade –, não estava ainda claro, para a intelectualidade acadêmica na área da saúde, que o segmento mais organizado dessas classes [*trabalhadoras*] – o operariado do “setor moderno” – estava, apesar da posição oficial de sua representação sindical nacional, auto-excluindo-se da participação no futuro sistema único de saúde. Tratava-se, em certa medida, do resultado de negociações diretas entre os sindicatos de trabalhadores da indústria e o patronato, no qual o atendimento pela “medicina de grupo” aparecia como uma vantagem diante das dificuldades de acesso dos serviços de saúde oferecidos pelo Inamps (STOTZ, 2003, p. 27).

Este aspecto não será aprofundado neste estudo e a indicação de questões desta natureza vão no sentido de compreender que a luta pela saúde estava inserida em um contexto político e social maior, para além do movimento. A compreensão destas diferenças internas do movimento sanitário não pode se dar de outra maneira que não seja inserida no processo histórico social e setorial deste período. Gallo e Nascimento (1989) ressaltam a importância de se analisar de maneira contextualizada os resultados da luta política setorial e social, de modo a evitar a responsabilização exclusiva de um grupo e sua prática política pelos avanços e retrocessos que ocorreram. Destacam que as modificações, recuos e conquistas são reflexos da política de organizações internas e externas ao movimento sanitário e de suas bases, do estágio de consciência sanitária e de classe, e não da “intervenção iluminada ou maquiavélica de uma elite” (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 111). Indo além da disputa no âmbito da política de saúde, buscamos fazer algumas diferenciações que se mostram importantes para a compreensão do processo de formulação teórica no campo, assumindo o movimento sanitário e as entidades que o compunham como importantes sujeitos na produção de conhecimento na Saúde Coletiva.

Do ponto de vista teórico, a estratégia política que se tornou hegemônica estava referida a uma leitura da concepção de Antonio Gramsci sobre as relações entre Estado e sociedade civil, feita pelos intelectuais da Saúde Coletiva (STOTZ, 2003). Este referencial esteve bastante presente na teoria e prática das esquerdas no período da redemocratização política do país (STOTZ, 2003).

Segundo Stotz (2003), nos primeiros sinais da crise do regime militar a obra do italiano ganha importância para a interpretação daquele contexto. O final da década de 70, como já visto, é marcado por uma intensificação do descontentamento social com o regime e neste cenário:

O problema da legitimidade começou a tomar forma mais nítida na sociedade e a intelectualidade ‘redescobre’ Gramsci. Sua concepção sobre o Estado, ainda que referida à dominação de classe, permitia pensar a nova problemática, assim como informa uma nova prática dos intelectuais que compunham o Estado. A rede pública de saúde, ensino e demais entidades estatais voltadas para as políticas sociais deixaram de ser vistas como espaços exclusivos de controle e coerção. A leitura ‘gramsciana’ permitia pensá-los como verdadeiras ‘trincheiras’, dentro de uma longa ‘guerra de posições’ para a conquista de hegemonia da sociedade (VALLA¹⁷, 1988 apud STOTZ, 2003, p. 27).

Para Dantas (2014), a leitura de Gramsci feita por parte das esquerdas na época (e pelo movimento sanitário) reforçava o aspecto reformista de sua obra, atribuindo à concepção de mudança social uma característica de “reformismo revolucionário”, baseado na transformação democrática da sociedade capitalista, condizente com a prática política próxima ao “eurocomunismo”. O autor destaca que tomando como referência os atores individuais e coletivos que vocalizaram a agenda política do movimento sanitário, nota-se uma auto-declarada orientação teórica gramsciana, ainda que nem sempre havia coerência entre a prática política e a teoria declarada (DANTAS, 2014). Indica que a publicação “Reforma Sanitária em busca de uma teoria” é um bom exemplo da presença marcante deste referencial (nesta leitura particular) na orientação da estratégia do movimento e da produção teórica do período, destacando como exemplo o apontamento de Dâmaso (1989), em texto intitulado “Saber e Práxis na Reforma Sanitária”: “É no marxismo – de modo essencial em Gramsci – que se buscará a fundamentação intelectual de uma possibilidade simultaneamente reformadora e revolucionária” (DÂMASO, 1989, p. 74¹⁸).

Stotz (2003) indica ainda que a leitura de Gramsci pelos intelectuais da Saúde Coletiva

17 VALLA, V.V. **Reflexões desenvolvidas a partir do Projeto de Pesquisa: Educação, Saúde e Cidadania**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1988 (Relatório Final apresentado à Finep).

18 DÂMASO, R. Saber e práxis na Reforma Sanitária - avaliação da prática científica no Movimento Sanitário. In: FLEURY, S. M. (org.). **Reforma Sanitária - em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 61-90.

tinha grande influência de Giovanni Berlinguer¹⁹, cujas proposições centrais baseavam-se na conquista de posições no Estado por meio do avanço do movimento popular, na perspectiva de contra-hegemonia. Esta interpretação veio a referendar a estratégia adotada na década de 80, e se expressa na forte presença de conceitos gramscianos em textos sobre o processo da reforma sanitária, como se pode notar nas citações presentes neste capítulo.

No entanto, para Stotz (2005) havia uma contradição visível entre a teoria adotada e a prática política naquele período:

Na verdade, o argumento a favor da contra-hegemonia somente teria plausibilidade, na perspectiva gramsciana de ‘guerra de posições’, se amparada numa ampla e forte aliança entre profissionais e técnicos do setor público e os potenciais beneficiários desse setor, os trabalhadores da cidade e do campo. Isso não aconteceu (STOTZ, 2005).

Questões ligadas às mudanças de ênfases do movimento sanitário nos âmbitos da prática política, da ideologia e do saber levam a importantes debates no final da década de 80. Destes, destaca-se o desenvolvido por Campos (1988a; 1988b) e Fleury (1988a; 1988b) a partir de artigo escrito por Oliveira (1987).

Analisando a trajetória do movimento sanitário até então, Oliveira (1987) reconhece também que o movimento deu maior ênfase à atuação na burocracia estatal com vistas ao enfrentamento da lógica dominante na saúde. O autor identificava como importante a continuidade da atuação neste espaço, uma vez que reconhecia que havia muito a ser feito e muitas tensões internas (OLIVEIRA, 1987). No entanto, enxergava algo potencialmente inovador no movimento sanitário, caso sua proposição apontasse para além das preocupações e limitações existentes no âmbito do Estado. Ou seja, para além da resolução da crise de legitimidade e fiscal e dos esforços de auto reprodução deste Estado e das condições econômicas e sociais que ele ajudava a sustentar (OLIVEIRA, 1987).

Para o autor este tipo de formulação e prática política aparecia ainda de forma vaga e imprecisa e mesmo reconhecendo que o termo Reforma Sanitária no Brasil vinha sendo usado com um sentido restrito, identificava que este movimento criava condições para a emergência

19 Este autor, também italiano, é uma referência bastante presente em muitos textos consultados para esta revisão e esteve presente no Brasil em alguns momentos de discussão do processo da Reforma Sanitária, como apontam Cohn (1989), Dantas (2014), Oliveira (1987), entre outros. Uma obra deste autor bastante citada nos textos do movimento/campo é BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1978.

de algo novo, mais profundo que modificações técnico-administrativas e organizacionais do setor saúde. Tratava-se da formulação de um projeto com vistas à construção de uma contra-hegemonia, com horizonte de ‘quebra’ do Estado, semelhante à proposta da *Riforma Sanitária Italiana*²⁰, para o qual as questões de "consciência sanitária", "direito à saúde", “democracia progressiva” e “guerra de posições” colocavam-se como pontos vitais (OLIVEIRA, 1987), aproximando-se da perspectiva teórica e política que orientou os estudos iniciais do campo da Saúde Coletiva.

No entanto, Campos (1988a) não reconhecia nos debates e ações em torno da Reforma Sanitária Brasileira esta estratégia de se tomar a reforma na saúde como parte da construção de uma contra hegemonia fundada nos trabalhadores. Corroborando com Oliveira (1987), entende que o movimento sanitário vinha atuando com uma concepção restrita de Reforma Sanitária, baseada na reforma de serviços na perspectiva racionalizadora. No entanto, do seu ponto de vista, as ações do movimento sanitário seriam apenas continuidade em relação ao que vinha sendo feito pelo Estado (CAMPOS, 1988a). Reconhecia as contribuições deste grupo para a consolidação na sociedade da noção de direito à saúde, inerente à noção de cidadania plena, mas percebe e aponta como um problema o fato do movimento eleger como seus principais interlocutores os ocupantes de cargos no poder executivo:

Ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui, o principal agente das transformações teria sido o ‘partido sanitário’ encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas. Ou seja, a própria eleição dos instrumentos para implementação das políticas, em larga medida, já diz de seus limites ‘transformistas’ (no sentido gramsciano, de reforço do bloco politicamente dominante) e da renúncia, *a priori*, de qualquer veleidade de trabalhar, junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco político, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo (CAMPOS, 1988a, p. 182).

Para o autor, havia no período uma tendência a se reconhecer que a proposta oficial, do Governo, era a única plausível e que o conteúdo e a forma de se implantar este projeto já

20 Oliveira (1987) indica uma diferença fundamental entre os processos de reforma dos dois países: Na Itália, ocorreu um movimento de fora pra dentro do Estado, uma aglutinação progressiva de movimentos sociais que já vinham exercendo crescente pressão sobre o aparelho do Estado, superando os interesses corporativos para uma proposição generalizada. No Brasil, segundo o autor, a reforma vinha se constituindo de dentro pra fora do Estado, com diferentes técnicos da área da saúde, com um passado individual progressista ocupando, com frequência, postos e posições significativas para o setor no interior do aparelho do Estado (OLIVEIRA, 1987).

estariam dados. E ainda que o principal critério utilizado para se avaliar uma diretriz política neste período era o de sua aplicabilidade imediata dentro da correlação de forças de então. Neste sentido, interpreta a prática política do movimento sanitário como *dialética do possível*, sob a qual se acreditaria que o máximo de inovações já estava acontecendo, e não se trabalhava “com a possibilidade de construção de uma nova correlação de forças, capaz de estender os limites do possível para além daqueles convenientes às forças dominantes” (CAMPOS, 1988a).

O ensaio de Campos (1988a) gerou, meses depois, duas respostas na mesma edição da revista *Saúde em Debate*, ambas discordando de seus posicionamentos. Almeida (1988), em resenha sobre o livro *Reforma Sanitária Itália e Brasil*²¹ (no qual o ensaio de Campos (1988a) foi publicado), aponta que “o artigo (...) apresenta-nos uma visão tendenciosa, parcial e metodologicamente mal fundamentada sobre o que considera ser o processo da Reforma Sanitária em curso no Brasil” (ALMEIDA, 1988, p. 90). A autora sugere, como contraponto, a leitura do artigo de Fleury (1988a) publicado na mesma edição da revista.

Neste texto, em uma resposta direta a Campos (1988a), Fleury (1988a) faz críticas quanto à metodologia utilizada pelo autor²² e argumenta em favor da centralidade da atuação do movimento sanitário no âmbito do Estado naquela conjuntura política. Chama a atenção a forma como a autora refere-se a Campos (1988a) e sua análise, induzindo a uma compreensão de uma fragilidade técnica/teórica deste autor para realizar a análise proposta, chegando a qualificá-lo, mais de uma vez no artigo, como “incapaz” de realizá-la (FLEURY, 1988a). No que diz respeito à estratégia política adotada pelo movimento, Fleury (1988a) responde às críticas feitas pelo autor:

21 BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. (org.) Reforma Sanitária - Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec, 1988.

22 Fleury (1988a) aponta que o material usado como referência por Campos (1988a) para analisar o discurso do movimento sanitário – o relatório da Comissão Nacional da Reforma Sanitária – não representava plenamente a posição do movimento, uma vez que seria fruto de um processo de negociação política com o governo, levando a alterações nas propostas. Para a autora, documentos da VIII CNS seriam mais representativos. Uma vez que Almeida (1988) indica a leitura do texto de Fleury (1988a), subentende-se que se trata da mesma crítica metodológica. A estas críticas o autor respondeu indicando todos os outros textos e documentos nos quais se baseou para compor sua análise e que seu objetivo principal com este ensaio era o de caracterizar “o pensamento predominante nas instituições estatais vinculadas à implementação de políticas de saúde” (CAMPOS, 1988b, p. 10). Com isso buscava caracterizar o movimento de institucionalização dos intelectuais inseridos no Estado e das propostas do movimento traduzidas em políticas de saúde – reduzidas em sua abrangência – e não de todo o movimento sanitário.

a predominância do papel do Estado nestas sociedades (latinoamericanas) não é uma questão que possa ser resolvida no nível da vontade dos pretensos formuladores dos processos de Reforma Sanitária. Ao contrário, trata-se de um reconhecimento, pela configuração da relação Estado/Sociedade, que, no entanto, não pode ser identificada com uma posição de renúncia à busca de construção de uma nova hegemonia. Ao contrário, o que se deve considerar é que a própria construção de uma nova hegemonia deverá passar, necessária *mas nunca exclusivamente*, pelas lutas no interior do aparelho estatal, seja ele identificado com as instâncias do parlamento, do executivo ou do judiciário (FLEURY, 1988a, p. 26, grifos da autora).

No entanto, por se tratar de um texto curto e mais voltado à crítica metodológica, há pouco espaço para o desenvolvimento da argumentação da autora quanto à estratégia política adotada. O artigo de Fleury (1988b) publicado no mesmo livro *Reforma Sanitária Itália e Brasil* traz mais argumentos que o texto publicado na *Saúde em Debate* quanto à sua posição, e nele também há um diálogo com o artigo de Campos (1988a), ainda que de maneira indireta²³. Por isso, será este o texto utilizado daqui em diante para ilustrar estas duas visões distintas sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Declaradamente na defesa da tendência institucionalista e da trajetória percorrida até então, Fleury (1988b) aponta que atuar de acordo com a *dialética do possível* aparecia como uma “decorrência natural de um projeto de transformação social em direção a uma democracia social fundada na concepção do cidadão como sujeito de um direito a ser garantido pelo Estado” (FLEURY, 1988b, p. 205). Identifica que dentro do movimento sanitário havia uma cobrança de uma unidade em torno do possível e entende que a institucionalização do movimento foi parte de uma estratégia de busca de construção de consenso em torno da proposta de sistema de saúde e garantia do direito à saúde (FLEURY, 1988b).

Para Fleury (1988b) não se tratava mais de organizar a sociedade em torno de um projeto de transformação do Estado, mas era necessário o manejo do aparelho estatal na direção proposta. Esta direção era a democratização, baseada na “interpelação dos indivíduos enquanto cidadãos, capazes de aprofundar sua consciência sanitária e, assim, transformarem-

23 Ainda que sejam parte de um mesmo livro e com vários pontos de contato, ao que tudo indica estes dois artigos não foram concebidos como um debate. Célia Almeida, responsável pela linha editorial do CEBES, em nota junto à resenha publicada na *Revista Saúde em Debate* indica que o texto de Campos (1988a) foi aceito pelo CEBES para publicação no livro “sem entretanto conhecê-lo, pois jamais nos foi enviado apesar de solicitado” (ALMEIDA, 1988, p. 91).

se em atores sociais organizados na luta pelo direito à saúde como dever do Estado” (FLEURY, 1988b, p. 203). Para tanto, reconhecia que o projeto enfrentava obstáculos que demandavam o aprofundamento da perspectiva racionalizante, por meio da qual a proposta da Reforma Sanitária conseguia avançar, uma vez que era apresentada ao Estado como solução para a crise do setor.

Há ainda uma “tréplica” de Campos (1988b), publicada na *Revista Saúde em Debate* na edição seguinte à que Fleury (1988a) e Almeida (1988) publicaram suas críticas. Neste texto, o autor reitera os posicionamentos assumidos no primeiro artigo, contra-argumentando quanto às críticas à metodologia utilizada e defendendo-se das acusações feitas pelas autoras, trazendo novos elementos ao debate. Além dos conteúdos e da importância para a compreensão das diferentes posições, esta tréplica também revela uma importante faceta da disputa interna no campo científico da Saúde Coletiva, como veremos a seguir.

Para Campos (1988b), houve pouca contra-argumentação para refutar as hipóteses por ele defendidas, além de uma compreensão rasa de seu texto, fazendo que as críticas aproximassem-se de acusações. Em sua própria defesa, aponta:

ambas [acusações] querem desqualificar, em princípio, o artigo (...) e de passagem duvidar da capacidade e até mesmo da seriedade científica do autor. É um jogo de sombras, de aparências, que se não desfeitas têm o dom de encerrar só por sua força simbólica, um debate que apenas se iniciara (CAMPOS, 1988b, p. 8).

e acrescenta ainda, sobre a postura das autoras:

É como se estivessem fazendo valer argumentos de autoridade (...) para desclassificar e desautorizar, *in limine*, os argumentos de um cidadão que ousou se meter na discussão travada entre alguns dos principais artífices do projeto de reforma sanitária e que em determinadas circunstâncias passaram a gerir e a falar em nome de algumas instituições públicas de saúde (CAMPOS, 1988b, p. 8).

Estes apontamentos de Campos (1988b) nos remetem ao conceito de *capital científico* (BOURDIEU, 1983). As relações internas nos campos científicos são permeadas pelo que Bourdieu nomeou de *capital científico*, uma espécie particular de capital simbólico, que se trata do reconhecimento do cientista pelo conjunto de pares de seu campo, e está em jogo na luta pela constituição e manutenção da autoridade científica (BOURDIEU, 1983).

É o capital científico que define as posições de hierarquia dos cientistas nos campos e estabelece uma estrutura de relações internas e objetivas entre os agentes, que determina o tipo de problema reconhecido pelo campo, os temas, pontos de vistas, métodos, teorias, etc

(BOURDIEU, 1983). Dá-se nestes campos uma tensão entre subversão e conservação de suas estruturas, uma espécie de jogo no qual os intelectuais são agentes ativos, com posições que variam de acordo com sua inserção e intenção política. Nesta disputa, o capital científico acumulado torna-se uma forma de poder. (BOURDIEU, 1983).

Independentemente das trajetórias posteriores dos intelectuais envolvidos nesta polêmica (que não será objeto deste estudo), a “foto” deste debate revela traços da disputa interna pela autoridade científica no campo da Saúde Coletiva naquele momento. A partir dos apontamentos de Campos (1988b), pode-se notar o uso do poder oriundo do acúmulo de *capital científico* por parte das autoras que fizeram a crítica, que nos permite aproximá-las de uma tentativa de conservação das características do campo (e dos problemas com os quais trabalha, métodos e teorias de análise) diante de críticas a alguns pontos-chave da teoria e da prática política.

A opção por deter-nos um pouco mais neste debate é justamente por sua capacidade de ilustrar, ao mesmo tempo, a relação teoria e prática – no âmbito das concepções distintas de mudança social – e a força interna dos intelectuais ligados à tendência institucionalista. Neste sentido, aponta também para o grau de dificuldade enfrentado por outras perspectivas teóricas e políticas, caracterizando, de maneira aproximada, a situação das forças internas no campo ao final da década. A elucidação desta correlação de forças se mostra importante para compreender melhor as mudanças no referencial teórico neste período e no subsequente. Este aspecto será retomado no capítulo 4, na análise da produção teórica nos anos 90.

A década de 90, junto aos esforços para regulamentação e operacionalização do SUS, trouxe outros elementos capazes de alterar esta correlação de forças e com ela, os rumos da produção teórica, objeto central deste estudo. No próximo capítulo, faremos uma contextualização das principais questões da política de saúde na década de 90, identificando alguns destes elementos.

Capítulo 3– Políticas de saúde na década de 90

*Com suas chaves do reino
o Norte é quem manda*

*Mas aqui embaixo
embaixo
a fome disponível
recorre ao fruto amargo
do que outros decidem*

(Mario Benedetti)

*Ô Josué, eu nunca vi tamanha desgraça
Quanto mais miséria tem, mais urubu ameaça*

(Chico Science)

Realizaremos neste capítulo uma contextualização dos principais aspectos das políticas de saúde na década de 90, com foco nas disputas conceituais e políticas em torno da formulação destas. Serão apontados e caracterizados fatos políticos e marcos legais compreendidos por estudiosos do campo como importantes para este período, tentando, sempre que possível, identificar posicionamentos de atores do campo com relação a estes fatos.

Para esta contextualização foram utilizados estudos que abordam aspectos históricos acerca da formulação e implantação das políticas de saúde no período (FALEIROS *et al.*, 2006; MISOCZKY, 2002; PAIM, 2008); análises da política de saúde da década a partir de marcos legais e/ou projetos e programas estatais (COSTA, 2002; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SILVA, 2007;); e análises gerais sobre a política social e de saúde e/ou sobre o processo da Reforma Sanitária (COHN, 2009; ELIAS, 1997; LAURELL, 2009; STOTZ, 2003).

A partir da revisão feita pode-se constatar que Misoczky (2002) foi quem mais se aprofundou na caracterização dos posicionamentos dos atores do campo ao longo da década. Com base na periodização que elaborou para seu estudo, a autora identificou por meio de análise de documentos o posicionamento dos principais atores no âmbito da atenção à saúde no Brasil em três momentos distintos: 1988; 1994 e 2001. Para cada momento, caracterizou a definição de saúde hegemônica na arena política (com foco na concepção de direito à saúde e de descentralização), relacionando os posicionamentos dos atores a esta definição.

A partir destes 3 marcos, analisa a política de saúde baseando-se em dois períodos: de 1988 a 1994, que se estende desde o período subsequente à promulgação da Constituição de 88 até o final do governo de Itamar Franco e de 1995 a 2001, compreendido entre o primeiro ano do Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e o projeto de expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) formulado pelo Banco Mundial em 2001. Esta periodização mostrou-se adequada para a contextualização que buscamos fazer neste estudo, e por isso tomaremos as contribuições desta autora como referência para a divisão temporal deste capítulo e para a caracterização dos posicionamentos dos atores com relação às políticas de saúde, complementando-as com outras referências para cada fase.

Primeiro período: 1988-1994

Segundo Misoczky (2002), em decorrência do texto constitucional de 1988, a definição hegemônica na arena política da saúde no país naquele ano era baseada numa concepção de direito com foco na cidadania e de descentralização como devolução parcial para os governos municipais (política, social, administrativa e operacional)²⁴. Destaca a pressão exercida neste momento pelo movimento sanitário para esta definição, bem como a atuação do movimento municipalista²⁵ que pressionou para a inscrição dos municípios como entes federados na CF 88, com autonomia política e administrativa. Com estas mudanças, ocorre segundo a autora um deslocamento da 'arena de jogo' da política de saúde, que deixa de ser o INAMPS e passa a ser o Poder Legislativo, uma vez que havia a necessidade de se regulamentar os artigos da Constituição por leis complementares. (MISOCZKY, 2002)

O avanço de se conseguir um texto constitucional que ampliava os direitos sociais é inegável e expressivo, conforme apontam Elias (1997), Misoczky (2002) e Paim (2008), especialmente em um contexto em que já predominava no cenário internacional as prescrições para redução e alteração do papel do Estado, como veremos adiante. Misoczky (2002)

24 A “devolução” é uma forma de descentralização indica por Misoczky (2002, p. 60) como “transferência de autoridade e responsabilidade para estruturas administrativas públicas em outros níveis de governo”. Considera “parcial” porque, dentre os aspectos que analisa, não houve a descentralização financeira.

25 Compreendido como uma articulação de municípios por meio de Vereadores e da Associação de Prefeitos, com força política significativa no período. Sua expressão na saúde teve como centro os Secretários Municipais de Saúde e sua organização política através do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

reconhece perdas neste processo, vinculadas tanto a concessões feitas aos adversários no jogo social, como também às contradições teóricas e políticas presentes no próprio movimento sanitário, como as caracterizadas no capítulo anterior.

Neste sentido, Cohn (2009) indica que as conquistas do movimento sanitário na Constituição de 1988 tiveram grande importância para a mudança institucional do setor, mas não conseguiram alterar a articulação existente entre o capital privado e o sistema de proteção social. Desta maneira, a lógica que vinha regendo as políticas de saúde, pautada nesta articulação, foi mantida, limitando de antemão a garantia da universalidade da atenção à saúde (COHN, 2009).

No momento da promulgação da CF 88, o setor privado de saúde, que se fortaleceu e se capitalizou durante as décadas de 60 e 70 às custas da Previdência Social, já está relativamente independente da intermediação do Estado para a busca de novos mercados (COHN, 2009). Ao mesmo tempo, o incentivo estatal ao setor privado continua, por meio de dispositivo legal de dedução fiscal para seguradoras e empresas do ramo, entre outras formas de fomento que indicaremos ao longo do capítulo. Neste cenário, o capital financeiro passa a ser o setor mais presente nas formas de seguro privado de saúde nos primeiros anos da década de 90, e este era o ramo de seguro privado mais rentável no país no período (COHN, 2009).

Um fato importante ocorrido no final dos anos 80 com implicação para a compreensão das disputas no âmbito das políticas de saúde nos anos 90 foi a entrada do Banco Mundial no campo das agências internacionais de saúde. A entrada desta instituição se deu a partir do documento “*Financiando serviços de saúde em países em desenvolvimento: uma agenda para reforma*” (WORLD BANK, 1987, tradução nossa), cuja proposição central é a de reduzir a responsabilidade do Estado no financiamento da saúde. Tal proposição está baseada numa argumentação sobre a impossibilidade de se concretizar a saúde como um direito, ideia que passou a ser propagada como verdade por este organismo no cenário internacional (MISOCZKY, 2002).

No ano de 1989 é divulgado um outro documento, específico para o Brasil, denominado *Saúde do Adulto no Brasil: ajustando-se a novos desafios* (WORLD BANK, 1989²⁶ apud MISOCZKY, 2002, tradução nossa). Para Misoczky (2002), o documento é uma aplicação prática do ideário presente no documento de 1987. A autora chama a atenção para o

26 WORLD BANK. **Adult Health in Brazil: adjusting to new challenges**. Washington: World Bank, 1989.

fato do documento “não levar a sério” a promulgação da CF 88, insistindo na tese sustentada no documento de 1987:

O Banco Mundial utiliza um tom imperativo para afirmar uma série de pressuposições: a abordagem dos direitos de cidadania não funciona em países em desenvolvimento; a impossibilidade do financiamento público para serviços universalizados; a ineficiência do Estado e a eficiência das organizações privadas; a eficiência do Estado enquanto formulador de políticas; etc... Como decorrência do tom imperativo e das pressuposições encontra-se a indicação de um caminho obrigatório – a redefinição da configuração público privado e uma lista de ações que “precisam” ser realizadas. (MISOCZKY, 2002. p. 75)

De um modo geral, o documento propõe uma política de saúde baseada em ações compensatórias, executadas pelo mercado e com foco na pobreza, além de uma concepção de descentralização orientada para a privatização operacional dos serviços²⁷. Misoczky (2002) destaca a convergência entre as propostas das empresas de medicina de grupo (representadas pela ABRAMGE) e as propostas do Banco Mundial, tanto em seu conteúdo como no uso dos mesmos serviços de consultoria para sua formulação. Aponta que esta similaridade de propostas vai se dar também em outros momentos nos anos posteriores (MISOCZKY, 2002)

Para Misoczky (2002), neste momento o Banco Mundial não tinha ainda legitimidade suficiente no Brasil e no mundo na área da saúde²⁸ para que suas sugestões fossem facilmente aceitas. Diante deste cenário, inicia-se um processo interno de modificação do discurso do Banco para se legitimar no âmbito das agências internacionais de saúde e no campo da Saúde Coletiva no Brasil. Este processo interno, bem como as principais proposições do Banco Mundial e suas sucessivas tentativas de aproximação e legitimação no campo serão apresentados ao longo deste capítulo.

No cenário nacional, junto à derrota de Luiz Inácio Lula da Silva (candidato apoiado pelas forças sociais que compunham o movimento sanitário) nas eleições de 89, a nova composição do Congresso Nacional apresentava, segundo Rodriguez Neto (1997), objetivos

27 Na tipologia de descentralização usada por Misoczky (2002, p. 60), a privatização é compreendida como “transferência de responsabilidades operacionais e, em alguns casos, da propriedade, para provedores privados, frequentemente através de contratos que definem o que deve ser oferecido em troca de fundos públicos”.

28 Neste momento, os documentos e discursos oficiais da Organização Mundial da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde, baseados na meta “saúde para todos no ano 2000” recomendavam que cabia aos Estados a execução, coordenação e financiamento de serviços de saúde, justamente o oposto do que propunha o Banco Mundial (MISOCZKY, 2002).

claros de reverter muitas das políticas sociais aprovadas na CF 88 para a área social. Registra-se que as eleições de 89 – a primeira eleição direta para a Presidência da República desde 1964 – concluem formalmente o processo de transição iniciado em 1976, culminando no retorno à forma política anterior (a democracia representativa).

Esta transição, que se deu através de um pacto com as forças políticas que sustentavam a ditadura militar, resultou em uma forma de regime democrático caracterizada como “presidencialismo de coalizão” (ABRANCHES²⁹ apud STOTZ, 2014, p. 1480). Segundo este autor, esta forma de regime (que se estende até hoje, apesar da crise pela qual passa no momento atual), se caracteriza pelo predomínio do poder Executivo sobre o Legislativo, por meio da constituição de maioria parlamentar objetivando a aprovação de propostas de leis e o impedimento de pedidos de investigação que paralise politicamente o governo em sua atuação.

No “presidencialismo de coalizão”, a concessão de cargos no Executivo e a participação dos partidos da coalizão em todos os escalões do governo são algumas das moedas de troca para garantia de maioria nas votações parlamentares. Segundo Stotz (2014):

as características do sistema do presidencialismo de coalizão reforçam o autoritarismo subjacente à democracia formal, na medida em que o voto, uma delegação da vontade de milhares de eleitores, significa um cheque em branco em favor da estabilidade governamental (governabilidade). Trata-se de um sistema, pois se estende ao âmbito estadual e municipal e implica o controle sobre a vida partidária, com a ausência de disputas reais e, portanto, da democracia interna nos partidos, a par com o caráter midiático das campanhas eleitorais (STOTZ, 2014, p. 1480).

Neste regime, ocorre a ampla utilização de dois instrumentos de governo: as medidas provisórias e as emendas parlamentares. As medidas provisórias (MP) são editadas pelo Presidente da República em casos caracterizados pelo Executivo como de 'relevância e urgência' e têm força de lei, com vigência imediata, mas perdendo a eficácia se não forem convertidas em lei pelo Congresso Nacional em 60 dias, prorrogáveis por mais 60. (MEDIDAS PROVISÓRIAS, 2014). A emenda parlamentar é caracterizada como uma intervenção do poder Legislativo no orçamento da União dependente da aprovação do Executivo para sua execução financeira (STOTZ, 2014).

Para a tramitação institucional destes e de outros recursos são criadas comissões

29 ABRANCHES, S. H. O presidencialismo de coalizão. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 16-22, 1988.

especializadas que garantem aprovação ou reprovação de matérias em regime de urgência, nas quais a negociação de interesses entre lideranças partidárias prevalece sobre o interesse público (STOTZ, 2014). Ambos instrumentos são expressões do predomínio do Executivo sobre o Legislativo e foram bastante utilizados na década de 90, também no setor saúde como veremos adiante. As características institucionais deste regime favoreceram as barganhas políticas no setor no período e as sucessivas prorrogações de regulamentações importantes para a implantação do SUS.

Nas eleições de 89, segundo Paim (2008), o presidente eleito Fernando Collor de Mello e parte considerável dos novos membros do poder Legislativo apresentavam nítidas tendências privatizantes. Neste contexto se dá a discussão do projeto de lei orgânica do setor saúde, que veio a ser sancionada em 1990, constituindo-se como o primeiro marco legal relevante da década. Faleiros *et al.* (2006)³⁰ apontam que houve pressão de setores mais conservadores da sociedade e do Estado para que a elaboração desta lei fosse protelada e por isso este processo não aconteceu no Governo Sarney, como era esperado. Em 1989, foi convocado e realizado o Simpósio Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados, com a participação de muitas pessoas favoráveis à proposta da Reforma Sanitária. Segundo Faleiros *et al.* (2006), o relatório deste Simpósio é bastante semelhante à primeira proposta de Lei Orgânica da Saúde.

Faleiros *et al.* (2006) destacam a importante participação da Plenária Nacional de Saúde³¹ no processo de formulação desta lei, através da atuação no âmbito institucional junto a membros do Congresso Nacional e ao Ministério da Saúde. Desta forma, se conseguiu que a proposta de Lei Orgânica da Saúde (LOS) estivesse próxima ao que era almejado pelo Movimento Sanitário naquele momento, segundo Misoczky (2002). A Lei 8.080/90

30 Este livro é composto por vários depoimentos, coletados a partir de entrevistas com atores vinculados à política de saúde no Brasil. Os entrevistados não serão identificados aqui, pois compreende-se que Faleiros *et al.* (2006) compartilham da visão dos entrevistados sobre os fatos, uma vez que os depoimentos são utilizados para compor a narrativa feita no livro. Salvo em momentos em que os autores indicam discordância do depoimento, todos os trechos utilizados aqui serão identificados como Faleiros *et al.* (2006).

31 Criada no final da década de 80, a Plenária é apontada por Faleiros *et al.* (2006) como um movimento de articulação que “congregava representantes do movimento popular de saúde, da pastoral da saúde, das associações de moradores e de vários outros movimentos, de mulheres, entidades médicas, de enfermagem e de outros profissionais de saúde, (...) da academia, do movimento sindical” (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 89). Teve um importante papel no processo constituinte logo que foi criada, e vai ter uma atuação importante na década de 90, como veremos neste capítulo.

(BRASIL, 1990a) foi aprovada na Câmara e no Senado, e encaminhada para sanção presidencial em agosto de 1990.

No entanto, ao passar pelo crivo da Presidência da República, foram vetados 25 itens da Lei aprovada no Legislativo. Segundo Misoczky (2002), os vetos concentravam-se nos mecanismos de financiamento do sistema que conferiam maior poder de decisão ao nível municipal e nos mecanismos de participação social no sistema de saúde, incluindo a criação de Conselhos de Saúde e a realização das Conferências do setor. Além disso, também foram vetados itens ligados à reorganização do Ministério da Saúde e à absorção do INAMPS por este. Para esta autora, os vetos resultaram de uma aliança entre o núcleo econômico do Governo Federal e setores da tecno-burocracia resistentes à extinção do INAMPS, que entendiam que a partir da concentração de poder e de recursos financeiros nesta instituição poderiam interferir diretamente no conteúdo da política, subordinando o social ao econômico (MISOCZKY, 2002).

Os vetos originaram diversas críticas e também uma “rápida e intensa” mobilização para tentar derrubá-los, conforme apontam Faleiros *et al.* (2006). Além da Plenária Nacional de Saúde, o Conasem também teve um papel importante neste momento, tanto na elaboração de críticas quanto na atuação política para tentar reverter a derrota institucional. Analisando o cenário político do momento, o Conasem chega à conclusão de que seria mais interessante fazer uma nova proposta de lei, garantindo nela o que foi vetado, do que iniciar um confronto para derrubar os vetos. Neste sentido, organizam-se junto a Deputados Federais, intelectuais e entidades favoráveis à Reforma Sanitária para a formulação de um projeto de lei que veio a ser a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b; FALEIROS *et al.*, 2006).

Os parlamentares envolvidos com esta formulação enviam o projeto de lei, e após negociação e forte pressão social da Plenária Nacional de Saúde e do Conasem, a lei é aprovada em 1990, recuperando parte dos vetos feitos pela Presidência da República (FALEIROS *et al.*, 2006). Misoczky (2002) analisa o resultado final deste processo:

O governo cede em aspectos muito valorizados pelo movimento sanitário, em especial no que se refere ao controle social. Assim, a Lei 8.142 (...) reproduz, na íntegra, o artigo vetado sobre as instâncias de participação da população, reafirma retoricamente os critérios de repasse de recursos financeiros previstos no art. 35 da Lei Orgânica de Saúde, mas deixa escancarada a brecha para adscrição³² do poder

32 Referente a atos discricionários/arbitrários.

central, além de criar uma série de exigências a serem cumpridas pelos municípios na sua relação com o nível federal (MISOCZKY, 2002, p. 78).

E destaca que a promulgação destas duas Leis, somando-se ao texto da CF é o “ponto culminante” da construção das regras básicas do SUS. Para a autora, apesar das derrotas relacionadas aos vetos, no âmbito institucional a vitória do movimento organizado em torno da defesa da Reforma Sanitária foi novamente bastante expressiva. O resultado deste processo de disputa em torno das regras básicas do SUS manteve, no âmbito legal, uma definição de saúde bastante próxima à que foi inscrita na CF 88, em uma concepção de direito com foco na cidadania (MISOCZKY, 2002).

Segundo Paim (2008), enquanto se dava a discussão da Lei Orgânica da Saúde, a instabilidade econômica no país se aprofundava, com hiperinflação e uma crise no Estado novamente reconhecida como 'fiscal'. Neste cenário, a Reforma Sanitária encontrava sérios obstáculos para sua implementação. O contexto econômico, político e ideológico do início da década de 90, no qual o neoliberalismo se impõe como “doutrina, ideologia, pensamento único, quase uma religião” (PAIM, 2008, p. 183), influenciou toda a sociedade e, conseqüentemente, o processo da Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

O discurso político-ideológico do neoliberalismo ganha força mundialmente no final dos anos 70 e início dos 80, segundo Laurell (2009). Vinculado à ascensão global da chamada Nova Direita, o ideário neoliberal origina-se de uma tentativa de explicar a crise econômica mundial deste período e formular propostas de solução. Seu pressuposto básico é de que o mercado é o melhor mecanismo para regular recursos econômicos e satisfazer as necessidades dos indivíduos. Com base nisso, assume-se nesta ideologia que qualquer processo que obstaculize, controle ou suprima o livre jogo das forças do mercado teria efeitos negativos sobre a economia, o bem-estar social e a liberdade dos indivíduos (LAURELL, 2009).

Os ideólogos neoliberais apontam que as causas da crise econômica daquele período decorreriam do excesso de intervenção do Estado, na política econômica e nas instituições de Bem-Estar Social existentes. Sustentam que o intervencionismo estatal seria antieconômico e anti-produtivo, pois desestimularia o capital a investir e os trabalhadores a trabalharem, além de ser ineficaz e ineficiente na solução dos problemas sociais. Nesta perspectiva, a solução para a crise estaria na reconstituição do mercado, da competição e do individualismo, através da eliminação da intervenção do Estado na economia, com privatizações e desregulamentação das atividades econômicas (LAURELL, 2009).

Laurell (2009) aponta que do ponto de vista neoliberal, as funções do Estado relacionadas ao bem-estar social deveriam ser reduzidas:

(...) a competição e o individualismo só se constituiriam como forças desagregando os grupos organizados, desativando os mecanismos de negociação de seus interesses coletivos e eliminando seus direitos adquiridos. Isto seria conseguido com a desregulamentação e flexibilização da relação trabalhista e reduzindo as normas e contribuições trabalhistas fixadas no contrato coletivo. Por último, seria preciso combater o igualitarismo, pois (*na concepção neoliberal*) a desigualdade é o motor da iniciativa pessoal e da competição entre os indivíduos no mercado (LAURELL, 2009, p. 162).

A autora chama a atenção, no entanto, de que apesar deste “antiestatismo”, as políticas neoliberais pressupõem um Estado forte para sua implantação, com capacidade de viabilizar os marcos legais que criem condições favoráveis à expansão do mercado. Em sua essência, o projeto neoliberal busca impor um novo padrão de acumulação, objetivando desencadear mais uma etapa da expansão capitalista, que levaria a um novo ciclo de concentração de capital nas mãos do grande capital internacional, além de beneficiar as burguesias nacionais (LAURELL, 2009).

Especificamente com relação ao bem-estar social, os neoliberais defendem que esta função pertence ao âmbito privado, tendo como responsáveis a família, a comunidade e os serviços privados. O Estado interviria apenas para um garantir um mínimo que conseguisse aliviar a pobreza e ofertar os serviços que o setor privado não pode ou não quer produzir, além daqueles de apropriação coletiva. Para se usufruir dos serviços ofertados pelo Estado, seria necessária a comprovação da condição de indigência (LAURELL, 2009).

Neste sentido, há uma crítica contundente à concepção de direitos sociais e à obrigação de garanti-los a partir da ação estatal, de modo que o neoliberalismo “opõe-se radicalmente à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais” (LAURELL, 2009, p. 163). São estratégias dos programas de governo neoliberais no âmbito das políticas sociais a privatização dos serviços, o corte de gastos sociais, a canalização de gastos para os grupos carentes e a descentralização em nível local (LAURELL, 2009). Estes aspectos serão mais bem detalhados ao longo do capítulo, conforme forem apresentados os fatos políticos e marcos legais nacionais que possam ter relação com este processo.

A política neoliberal começou a ser implantada em uma boa parte dos países da América Latina nos 80 e 90. A sustentação para a implantação destas medidas neste período estavam vinculadas a uma justificativa assentada na existência de uma crise fiscal dos Estados

latinoamericanos, supostamente provocada pelos gastos com políticas sociais. Para Laurell (2009), as causas da crise fiscal eram outras:

Neste contexto, convém destacar que a crise fiscal dos Estados latino-americanos não se deveu, como se insinua, a gastos sociais excessivos, mas basicamente à questão da dívida pública, provocada por mudanças nas relações econômicas nacionais e internacionais. (...) Para garantir o seu pagamento, impuseram-se programas de ajuste que também tiveram por objetivo reduzir o déficit público. A única forma de solucionar essa equação foi cortar outros itens do gasto público, destacando-se o social, que caiu aceleradamente (LAURELL, 2009, p. 168).

Para a autora, o pagamento dos juros da dívida se deu às custas das precárias condições de vida da maioria da população latinoamericana e representa uma importante forma de transferência de recursos públicos para o capital especulativo, um dos principais beneficiários das políticas neoliberais. Devido às situações políticas particulares de cada país latinoamericano, a adoção das políticas neoliberais na forma de programas de governo não aconteceu de forma simultânea e nem teve o mesmo ritmo e trajetória em todos os países da região (LAUREL, 2009).

Segundo Misoczky (2002), o Governo Collor propiciou a entrada no Brasil do ideário e projetos neoliberais, de forma clara e assumida. Para Faleiros *et al.* (2006), o plano “Brasil Novo”, do Governo Collor – que ficou conhecido como Plano Collor – tinha na sua essência muitas das ideias neoliberais: privatizações, propostas de cortes no orçamento público e de desmonte do Estado. Todas estas ações estavam vinculadas a uma reforma econômica e administrativa detalhada no plano, que já passou a ser implementada nos primeiros dias de governo, por meio de Medidas Provisórias (FALEIROS *et al.*, 2006). Este recurso, como vimos, é um dos principais instrumentos para se viabilizar o predomínio do Executivo sobre os demais poderes, no modelo de presidencialismo de Coalizão.

Neste momento era tão claro e assumido o discurso neoliberal, que foram veiculados vídeos institucionais do Governo Federal na televisão (DESESTATIZAÇÃO, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d) explicando e enaltecendo o processo de “desestatização” que se iniciava no país, buscando legitimidade para estas ações. Nesta série de quatro vídeos o Estado é representado como um elefante e sempre que aparece em cena, ouve-se ao fundo a melodia da música infantil “um elefante incomoda muita gente”. Em um deles, o elefante entra em uma casa e atrapalha os afazeres cotidianos de uma família, com a mesma música de fundo. Já o mercado, é representado por cavalos de corrida que deixam o elefante para trás em um dos vídeos.

Utilizando-se de pesquisas que indicavam um suposto apoio da população às privatizações e frases como “Um Estado pesado incomoda muita gente”, “Com a desestatização é dada a largada para uma economia desenvolvida e competitiva”, “Com o programa de desestatização, o Brasil ganha músculos para enfrentar a corrida pelo desenvolvimento”, os vídeos buscavam traduzir nestes símbolos o ideário neoliberal. Em todos os vídeos os narradores passam a ideia de que a desestatização se daria nas atividades econômicas desenvolvidas pelo Estado, para garantir mais investimentos em saúde, educação, saneamento básico e moradia.

A realidade em muitos lugares do país estava bastante distante deste discurso oficial, conforme sinalizam alguns registros artísticos do início da década. O “Raio-X do Brasil” (RACIONAIS MCS, 1993) feito pelos Racionais MCS revelava que a vida longe dos bairros nobres e dos centros de acumulação de capital em São Paulo era um “pesadelo periférico” e se havia excesso de Estado para as famílias, era apenas de seu aparato repressivo, como apontam muitas letras do grupo. Uma delas descreve bem a realidade de muitas famílias: “Equilibrado num barranco, um cômodo mal acabado e sujo / Porém, seu único lar, seu bem e seu refúgio / Um cheiro horrível de esgoto no quintal / Por cima ou por baixo, se chover será fatal / Um pedaço do inferno, aqui é onde eu estou / Até o IBGE passou aqui e nunca mais voltou”. Em Pernambuco, Chico Science e a Nação Zumbi, lembrando Josué de Castro e seus estudos sobre a fome, diziam sobre o sertão: “Ô Josué, eu nunca vi tamanha desgraça / Quanto mais miséria tem, mais urubu ameaça” (CHICO SCIENCE E NAÇÃO ZUMBI, 1994).

Contexto apontado pela arte e percebido também pela ciência, uma vez que muitos autores apontam piora das condições de vida e saúde de parte da população neste período (COHN, 2009; COSTA, 2002; PAIM, 2008). Neste sentido, Cohn (2009) indica que o início dos anos 90 é marcado por graves problemas na área de saúde no país, tanto no âmbito da situação de saúde da população quanto no âmbito dos serviços de saúde e seu financiamento. Destaca que os gastos públicos com saúde estavam em uma curva descendente desde 1987, resultando em um cenário de superlotação de hospitais públicos, com *déficit* de profissionais, equipamentos e medicamentos. A incidência de algumas doenças infecciosas voltou a crescer, como Malária, Doença de Chagas, Esquistossomose, Hanseníase, Cólera e Febre Amarela (esta estava erradicada no país havia 20 anos) (COHN, 2009). Para Costa (2002), a priorização dada ao ajuste fiscal no início da década levou ao aumento da pobreza e da desigualdade social no Brasil.

No âmbito da formulação de políticas de saúde, Elias (1997) aponta que a década foi marcada, desde o início, pela disputa de concepções sobre as mudanças no sistema de saúde brasileiro, referidas às regras básicas de funcionamento do SUS. No entanto, “a necessidade da racionalização do sistema de saúde emerge como consenso, elegendo-se a descentralização como pedra de toque para a reformulação do SUS” (ELIAS, 1997, p. 18). A discussão sobre a operacionalização da descentralização se expressou na formulação das Normas Operacionais Básicas, recurso adotado pelo Governo Federal para definir as diretrizes deste processo (ELIAS, 1997).

A Norma Operacional Básica (NOB) era um dispositivo infra-legal utilizado pelo Estado, formulado e publicado através de portarias, com caráter transitório e passível de reedição ou substituição. Um de seus objetivos era o de normatizar e operacionalizar as relações entre as três esferas de governo, orientando o processo de descentralização (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Na década de 90 foram editadas três NOB: a NOB 91, a NOB 93 e a NOB 96 e segundo Elias (2001), este foi o principal instrumento de normatização por parte do governo no setor. Misoczky (2002) aponta que a justificativa por parte do Estado para a criação de dispositivos desta natureza assentava-se na existência de “inconsistências” na LOS e na necessidade de criar mecanismos que colocassem em prática o “consenso abstrato” sobre a descentralização existente nos documentos oficiais. A mesma autora problematiza esta justificativa com algumas questões:

Será um consenso abstrato ou uma estratégia de redefinição de conceitos, para a qual é conveniente esta suposta abstração? O que impede o aperfeiçoamento das inconsistências (sic) da LOS através do Legislativo? A opção pelos dispositivos infra-legais e temporários não será a expressão de uma estratégia de jogo centrada em reformar a reforma sanitária sob a aparência de adaptações incrementais? (MISOCZKY, 2002, p. 81)

Tratam-se de questionamentos importantes, que revelam algumas das questões por trás desta disputa reconhecida como por muitos atores como “meramente técnica”. No processo de formulação das NOB deram-se importantes disputas conceituais e políticas, que expressavam as definições de saúde em jogo no momento e buscaremos apresentar aqui, com base em estudos sobre o período. Levcovitz, Lima e Machado (2001) destacam ainda que se expressam também neste processo as discussões e proposições acerca do modelo de federalismo brasileiro, que aconteciam ao mesmo tempo em outros âmbitos do Estado.

Segundo Misoczky (2002), a primeira NOB, editada em 1991 (BRASIL, 1991),

representa a hegemonia da tecnoburocracia do INAMPS no cenário das políticas de organização da atenção à saúde no país. A NOB 91 é editada pelos técnicos desta instituição – quando deveria ser de autoria do Ministério da Saúde – e há na Norma a utilização de recursos bastante presentes na cultura institucional desta organização, vinculados à lógica de convênios. Com a norma, revigorou-se a política de centralismo federal, com concentração de poder no INAMPS e a utilização de variáveis que forçariam os demais níveis a atuarem de acordo com a definição central, deixando-os com pouca autonomia (MISOCZKY, 2002).

Paim (2008) indica ter havido manifestações contrárias do movimento sanitário com relação à nova norma, mas que esta foi aparentemente bem recebida pelos gestores municipais. Tanto Misoczky (2002) quanto Levcovitz, Lima e Machado (2001) apontam que houve apoio do Conasems à NOB 91. Neste período, são realizados os “convênios de municipalização”, com uma grande adesão dos municípios do país à nova norma publicada. O estudo de Misoczky (2002) revela que havia um grande interesse político do Governo Federal na realização destes convênios, sendo estes os únicos componentes da política de saúde negociados diretamente pelo Gabinete do Ministro da Saúde, em estreita articulação com o Palácio do Planalto. Houve, inclusive, a participação do presidente Collor em duas grandes cerimônias de assinatura destes convênios (MISOCZKY, 2002). Quanto ao conteúdo das críticas feitas à NOB 91, Paim (2008) destaca:

As críticas usuais relacionadas ao tema da municipalização, concentravam-se nos critérios de repasse de recursos, nos atrasos e valores das parcelas de pagamentos, no excesso de formulários e de 'burocracia' e na ilegalidade e inconstitucionalidade das portarias. Poucas foram as manifestações que apontavam para o distanciamento do conteúdo dessas portarias em relação à Reforma Sanitária, especialmente no que tange à integralidade da atenção e ao compromisso com as necessidades e os problemas de saúde da população (PAIM, 2008, p. 190).

Para Misoczky (2002) a disputa principal na arena política de saúde neste momento estava entre a tecnoburocracia do INAMPS e a proposta da Reforma Sanitária. É uma característica destes primeiros anos da década a existência de espaços de prática política mais fechados, nos quais “encontros de bastidores e negociações pouco transparentes deram as cartas no jogo político de implantação do SUS” (PAIM, 2008, p. 188). Além disso, a instabilidade política aumentava, com a crise institucional do *impeachment* do Presidente Collor, e um crescente descontentamento de vários setores da sociedade com o governo de então.

No âmbito das práticas de saúde, ocorriam experimentações de modelos assistenciais e

de organização de serviços baseados na integralidade em diversos municípios, muitos destes na perspectiva de distritos sanitários (PAIM, 2008). Silva Junior (1998) destaca que a experimentação e construção de Modelos Tecnoassistenciais alternativos se deu ao longo de toda a década, no âmbito municipal. Mesmo em um contexto de implantação do SUS sob fortes componentes de contenção e redução de gastos públicos, muitas destas experiências mantiveram-se bastante próximas do ideário da Reforma Sanitária, e tiveram contribuições significativas para a produção teórica do campo e para a formulação de políticas, especialmente no âmbito da Atenção Básica (SILVA JUNIOR, 1998).

Neste período, os gestores, representados pelo Conasems, alcançam um protagonismo maior no processo político da saúde no país (PAIM, 2008). Segundo Paim (2008), a forma como se deu a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) é uma expressão do fortalecimento destes atores e do crescimento do Conasems no cenário nacional. O tema da 9ª CNS (“Saúde: Municipalização é o caminho”) era o mesmo do Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde realizado no período (PAIM, 2008). Misoczky (2002) aponta que os “municipalistas” assumiram a coordenação da Comissão Executiva da Conferência Nacional e a organização das Conferências Municipais e Estaduais preparatórias, outra indicação de seu protagonismo. O depoimento de um dos membros do Conasems sobre a 9ª CNS, presente em Faleiros *et al.* (2006) é bastante ilustrativo deste processo:

(...) em 1986, nos degraus do ginásio de esportes, nós éramos atores, mas nem coadjuvantes éramos. Fazíamos reuniões paralelas, que é importante, mas como atores paralelos. Já, em 1992, quem coordenava a conferência éramos nós e isso dava uma representação clara para o nosso movimento, uma demonstração de crescimento político e da sua importância. Era um reconhecimento da própria sociedade, das entidades e do próprio governo que sempre deram suporte. Para nós foi uma conquista grande (FALEIROS, *et al.*, p. 140).

Segundo Faleiros *et al.* (2006) naquele momento o Conselho Nacional de Saúde ainda estava em processo de consolidação, sendo a Plenária Nacional de Saúde a principal referência de participação dos diversos segmentos no âmbito da política de saúde. A importância da atuação do Conselho Nacional de Saúde neste momento reside na pressão para a realização da Conferência, mas em termos de articulação política para a participação na 9ª CNS, a Plenária Nacional foi quem teve um papel mais relevante (FALEIROS *et al.*, 2006).

A sua realização foi protelada pelo Governo Federal, uma vez que era para esta Conferência ter sido convocada ainda no final do Governo Sarney e só veio a acontecer no ano de 1992 (PAIM, 2008). Para Misoczky (2002), a 9ª CNS se constituiu num espaço de

debates e de manifestações de desgosto com a política de saúde e com o governo Collor. Seu relatório reforça a concepção de saúde com foco na cidadania e a descentralização como um processo político, operacional, administrativo e social. Para Paim (2008), o relatório da 9ª denunciou o não cumprimento da legislação sanitária e pode ser resumido em duas pequenas frases: “Fora Collor” e “Cumpra-se a Lei”.

Após o *impeachment* de Collor no final de 1992, inicia-se o Governo Itamar, no qual, segundo Paim (2008), foi possível retomar alguns aspectos do projeto da Reforma Sanitária. O primeiro fato político relevante foi a aprovação do projeto de lei para extinção do INAMPS, originado no Executivo e fruto de uma aliança entre entidades ligadas à Reforma Sanitária e membros do Executivo e Legislativo nacional. Esta lei, de 1993, desencadeou reações desfavoráveis por parte da tecnoburocracia inampsiana e dos prestadores privados de serviços de saúde (MISOCZKY, 2002).

Neste momento reforça-se a aliança entre estes dois grupos na luta pela preservação do INAMPS. A tecnoburocracia buscando preservar seu espaço de poder, opondo-se a todas as formas de descentralização e os prestadores preocupados com a pulverização das arenas de decisão e controle, o que acarretaria em dificuldades para exercerem sua influência nas decisões do Estado. Segue-se um período de acusação e denúncias, por parte destes grupos, de desvios e fraudes cometidos pelos municípios e estados, alguns reais, outros manipulados (MISOCZKY, 2002).

Os prestadores privados fortalecem também sua aliança com os planos e seguros de saúde (a esta altura, já com suas organizações políticas³³) elaboram e propõem uma emenda aditiva ao Projeto de Lei que extinguiu o INAMPS, propondo a criação do Plano Básico de Assistência Médica – que objetivava preservar o espaço de liberdade ameaçado pela descentralização. O plano propunha a descentralização da assistência aos trabalhadores diretamente para as empresas de planos e seguros, em contrato mediado pelo Estado e fiscalizado pelos membros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e pelos sindicatos da categoria (MISOCZKY, 2002).

Os impactos em termos de recursos financeiros da proposta foram avaliados em estudo

33 Segundo Misoczky (2002) as organizações representativas deste grupo naquele período eram: Associação e Federação Brasileira dos Hospitais, Associação Brasileira de Seguros Privados, Federação Nacional de Seguros, Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde.

feito pela empresa Towers Perrin, e Misoczky (2002) chama a atenção para o fato de que, novamente, esta é a mesma empresa que prestava consultoria ao Banco Mundial no período. Além deste aspecto, há grandes semelhanças entre este Plano e as prescrições do Banco para o Brasil presentes no documento de 1989, segundo a autora (MISOCZKY, 2002). Este Plano originou várias manifestações contrárias por parte de intelectuais do movimento sanitário e técnicos do Estado e as emendas ligadas à sua criação são revogadas no processo de aprovação da lei de extinção do INAMPS (MISOCZKY, 2002).

O INAMPS é então incorporado ao Ministério da Saúde, mas ainda persistia o que Misoczky (2002) chama de 'cultura inampsiana de saúde', compreendida como “sinônimo de serviços médico assistenciais, de centralismo decisório, de normatização através de instrumentos infra-legais, de controle (principalmente) e avaliação” (MISOCZKY, 2002, p. 90). Esta cultura é preservada³⁴ e deslocada com os servidores, tornando-se mais concentrada no nível federal, uma vez que uma boa parte dos servidores se manteve neste nível (incorporados ao Ministério da Saúde) mas presente também nas demais instâncias. Destaca-se que no nível estadual, havia as Superintendências Regionais do Inamps, que com a mudança vieram a fazer parte das Secretarias Estaduais de Saúde (MISOCZKY, 2002).

No mesmo ano de 1993 foi elaborada e aprovada mais uma NOB, a NOB-93 (BRASIL, 1993a). Desta vez, o protagonismo nas discussões em torno de sua formulação foi dos “municipalistas”, favorecido pela indicação de membros do Conasems para postos estratégicos no Ministério da Saúde. Neste contexto, foi constituído o Grupo Especial para a Descentralização do Ministério da Saúde (GED/MS), com participação formal do Conass, Conasems, Conselho Nacional de Saúde e representantes de várias áreas deste Ministério (MISOCZKY, 2002). Faleiros *et al.* (2006) e Paim (2008) destacam a figura de Gilson Carvalho, do movimento “municipalista”, como fundamental para este processo.

Este grupo elabora um documento chamado “*Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*” (BRASIL, 1993b), que foi incorporado como documento oficial do Ministério da Saúde, antecedendo a NOB 93 e bastante semelhante a esta (MISOCZKY, 2002). A Norma é publicada com o objetivo de regulamentar

34 Um depoimento presente em Faleiros *et al.* (2006) aponta que um dos símbolos da resistência à extinção do INAMPS e do desejo de que sua cultura institucional permanecesse foi o cartão de Natal do ano em que sua sua extinção foi aprovada, colado nos elevadores da instituição com os dizeres: “Feliz Natal e um Próspero Ano Novo e que o espírito de nossa imorredoura instituição permaneça”.

e estipular as condições para os convênios de descentralização e cria níveis progressivos de gestão municipal e estadual, com capacidades e competências administrativas e financeiras diferentes. Além disso, cria as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), de âmbito estadual e Tripartite (CIT), de âmbito nacional. Ambas são espaços de negociação e pactuação da política de saúde em seus diferentes níveis (BRASIL, 1993a).

Levcovitz, Lima e Machado (2001) apontam a implementação das transferências “fundo a fundo” dos recursos federais diretamente para os municípios, conforme preconizava a LOS, como um dos principais avanços da NOB 93. Esta nova modalidade rompia, em parte, com a lógica de convênios da NOB anterior. Para Paim (2008), os avanços estavam no processo que a NOB desencadearia, de transição de uma situação na qual os municípios eram tratados como meros prestadores de serviços para uma fase de municipalização prevista em lei. A vinculação do repasse de recursos ao funcionamento dos conselhos de saúde é reconhecida pelo autor como um avanço no sentido da participação popular. No entanto, aponta que não houve um investimento no redirecionamento do modelo de atenção e a NOB não valorizou o princípio da Integralidade (PAIM, 2008).

Misoczky (2002) aponta que a norma trouxe avanços consideráveis, mas manteve a característica central de se operar e determinar a política de saúde através do seu financiamento. Para esta autora, o gestor federal constrói novas regras que garantem seu poder de controle, ironicamente pelas mãos de representantes dos interesses dos gestores municipais e, neste cenário, “os atores sociais envolvidos com a Reforma Sanitária desistem, ou não são capazes, de disputar as regras do jogo” (MISOCZKY, 2002, p. 92).

Segundo Misoczky (2002), estes pontos foram pouco questionados na época e houve um consenso muito grande em torno da NOB 93 entre os atores relacionados à política de saúde. As poucas críticas referiam-se a uma possível “crise vertical do pacto federativo” (caracterizada como a não participação do nível estadual, estabelecendo-se majoritariamente relações diretas entre União e municípios). Em nota sobre a NOB 93, a Plenária Nacional de Saúde chama a atenção para esta questão ao apontar o uso indistinto entre os termos municipalização e descentralização na norma, tratados como sinônimos. (MISOCZKY, 2002).

A criação das CIB e da CIT é um dos pontos da NOB 93 sobre o qual há divergência de opiniões. Alguns autores reconhecem as comissões como avanços para o funcionamento do sistema, indicando que estas instâncias ampliavam os espaços de gestão política, favorecendo a participação do Conass e Conasems e a operacionalização de políticas, programas e projetos

nacionais (FALEIROS *et al.*, 2006; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Misoczky (2002) tem uma visão mais crítica quanto à criação destas comissões, no que diz respeito à mudança da “arena de jogo” da política de saúde. Para esta autora, a criação da CIT e das CIB altera as regras do jogo, levando ao privilegiamento da arena burocrática sobre a política, em uma forma tipicamente burocrática de consulta. Neste novo cenário haveria uma redução do escrutínio público da política de saúde – que já era frágil – e uma tendência grande destas comissões disciplinarem o processo decisório, deixando as demais instâncias como legitimadoras de decisões previamente tomadas (MISOCZKY, 2002).

Mesmo com o consenso por parte dos atores, a implantação da NOB 93 se dá de um modo muito lento e gradual (MISOCZKY, 2002). Ainda neste mesmo ano, acontecem mais dois fatos que introduzem novos atores na arena política da saúde no país: a criação da Frente Parlamentar de Saúde e a criação da Lei Complementar nº 75/93 (BRASIL, 1993c), que caracteriza serviços de saúde como serviços de relevância pública e assim conferindo ao Ministério Público Federal (MPF) instrumentos para atuação a favor do direito à saúde (FALEIROS *et al.*, 2006). Tanto Faleiros *et al.* (2006) quanto Paim (2008) reconhecem o MPF como um ator importante na década de 90.

Ainda em 1993, o Ministério da Saúde decide criar o Programa de Saúde da Família (PSF), segundo Silva (2007). Esta decisão é fruto de discussões entre técnicos e especialistas em Atenção Primária à Saúde e o Ministério da Saúde, incluindo-se a análise de experiências nacionais neste nível de atenção. Além das experiências citadas nos capítulos anteriores, também se desenvolvia desde 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (inicialmente PNACS e depois PACS), concentrado nas regiões Norte e Nordeste. Este programa tinha como principal prioridade reduzir os óbitos infantis e maternos em áreas carentes, disponibilizando o acesso a “ações básicas de saúde” (SILVA, 2007).

Neste período também se dá a suspensão do repasse dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para o Ministério da Saúde, em uma decisão tomada pelo Ministro da Previdência Social com aval do Governo Federal. Com esta decisão, o projeto de financiamento solidário e a concepção de Seguridade Social começam a ser abandonados e intensificam-se as crises de “desfinanciamento” da saúde. Houve manifestações de descontentamento com a decisão, sendo a Abrasco uma das porta-vozes destas críticas (MISOCZKY, 2002).

No cenário internacional, segundo Misoczky (2002), o Banco Mundial dá um grande

passo para constituir sua hegemonia entre as agências internacionais de saúde quando escolhe este tema para seu Relatório de Desenvolvimento Mundial (BANCO MUNDIAL, 1993). Este documento de 1993, com o subtítulo “Investindo em Saúde”, traz as mesmas premissas do documento de 1987, mas de uma maneira mais atenuada e com um “pretensão refinamento técnico”, incorporando indicadores e análises de custo-efetividade. Neste sentido, propõe a utilização de um indicador para avaliar a “carga da doença” (o DALY – *Disability Adjusted Life Years*³⁵) e que os Estados dos países em desenvolvimento ofertem à população apenas um pacote de cuidados essenciais básicos (MISOCZKY, 2002).

Este pacote, a “cesta básica” proposta pelo Banco, estaria baseado em uma análise de custo-efetividade das intervenções sobre as doenças mais frequentes nos países em desenvolvimento e se divide em dois grandes grupos: 1) O Pacote de Saúde Pública – no qual se incluem atividades de imunização, serviços de informação para o planejamento familiar e nutrição, atividades de saúde nas escolas, programas de redução do consumo do álcool e do tabaco, prevenção de DST/AIDS, entre outras ações; 2) o Pacote de Serviços Clínicos Essenciais, com intervenções para no mínimo cinco grupos de ações: serviços de assistência às gestantes, planejamento familiar, controle da Tuberculose, controle das DSTs e das doenças graves comuns na infância (infecções respiratórias agudas, diarreia, sarampo, malária e desnutrição) (BANCO MUNDIAL, 1993; SILVA, 2007).

Em linhas gerais, o relatório propõe uma abordagem para as políticas governamentais baseada em três eixos: a) Criar um ambiente propício a que as famílias melhorem suas condições de saúde; b) Tornar mais criteriosos os gastos públicos com saúde; e c) Promover a diversificação e a concorrência. Neste último ponto, recomenda aos governos que os serviços clínicos fora do pacote de cuidados essenciais sejam financiados pelo setor privado ou por seguros sociais e que os adotem políticas que promovam a competição entre estes (BANCO MUNDIAL, 1993).

Para Misoczky (2002), o documento assume uma razão de base econômica: a efetividade e o “gastar bem” são definidos como critérios centrais para se avaliar as intervenções governamentais. Além disso, quanto à provisão de serviços, resume-o da seguinte forma:

35 Tradução: Anos de vida ajustados em função da incapacidade.

(...) aos pobres que não podem pagar pelo tratamento médico (...) o setor público garantiria o pacote clínico essencial. Estes dois serviços – saúde pública e pacote essencial – teriam acesso universal; todos os demais deveriam ser buscados, de diversas maneiras, diretamente no mercado que, dadas suas falhas intrínsecas, deve sofrer a intervenção governamental para aperfeiçoar-se. O pacote mínimo parece incorporar a concepção de bem público, nos serviços de saúde pública, e o de bens meritórios, nos serviços clínicos essenciais (MISOCZKY, 2002, p. 100).

A autora chama atenção ainda para a mudança da estratégia discursiva do Banco Mundial, apresentando-se agora como uma organização que formulava seus argumentos com base em estudos técnicos auto-qualificados como sólidos. Ancora-se no peso de argumentos apresentados como cientificamente embasados para difundir crenças e subordinar os princípios da equidade e universalidade aos da eficiência, efetividade e economia nos gastos públicos (MISOCZKY, 2002). A proximidade com os apontamentos de Laurell (2009) quanto aos aspectos gerais da política econômica e social no neoliberalismo, apresentados no início do capítulo, é bastante explícita neste documento.

Silva (2007) destaca que também é uma preocupação dos que defendem os princípios da Reforma Sanitária o aumento da eficiência do sistema público neste momento. No entanto, estes se baseiam num princípio de justiça social e não de justiça de mercado como propõe o Banco Mundial, uma diferença que expressa concepções de políticas de saúde bastante distintas.

Na sequência ao “Investindo em Saúde”, o Banco publica novamente um documento especificamente voltado ao Brasil³⁶, com a aplicação para o contexto brasileiro das prescrições do documento anterior (MISOCZKY, 2002). Desta vez não apenas reconhece a Constituição de 88 e o processo da Reforma Sanitária Brasileira, como critica-os abertamente. Seus autores usam de críticas que já circulavam na arena política quanto à Reforma Sanitária Brasileira para referendar seus argumentos embasados nas premissas referentes à suposta inviabilidade dos sistemas universais. Apontam prescrições voltadas para “ajustar” o processo já iniciado, reorientando-o para um modelo de assistência à saúde com foco na pobreza, em um desenho de política social ideologicamente alinhado ao neoliberalismo (MISOCZKY, 2002).

Em 1994 o Ministério da Saúde apresenta o Programa de Interiorização do Sistema de Saúde (PISUS) e para Misoczky (2002) neste projeto se percebe nitidamente que as

36 BANCO MUNDIAL. **A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**. Report No. 12655-BR. Washington: World Bank, 1995. (Obs.: a versão em inglês data de 1994).

prescrições do Banco Mundial já entravam com facilidade no Executivo brasileiro neste momento. Aponta que além das propostas terem proximidade com as dos relatórios desta agência internacional, o documento deste Programa adota uma linguagem bastante próxima à do Banco, utilizando com frequência os termos 'mínimo' e 'essencial'. Este projeto não foi implantado, mas sua importância está no fato de ser uma espécie de linha de continuidade com o PSF, oficialmente lançado pouco tempo depois do PISUS (MISOCZKY, 2002).

As diretrizes operacionais do PSF são publicadas em 1994 (BRASIL, 1994) e definem como público-alvo do programa a população circunscrita ao Mapa da Fome³⁷ do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), expostos a maior risco de adoecer e morrer. Para Silva (2007), com base no documento oficial, o programa estava definido como proposta de atenção integral e contínua a todos os membros da família, com uma composição mínima de equipe de saúde, adscrição de clientela e o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência. Trazia também como diretrizes o privilegiamento da demanda programada na tentativa de reorganizar a demanda espontânea, a possibilidade de redirecionamento da formação de recursos humanos, novas formas de contratação e remuneração e o reforço à participação social (SILVA, 2007).

Misoczky (2002) chama a atenção para as formas de contratação propostas no documento, que traziam novas possibilidades: a) administração direta através de processo seletivo ou de concurso público; b) através de entidades filantrópicas a partir de convênios específicos firmados entre municípios e estas organizações; c) por meio de cooperativas de saúde criadas para esta finalidade e contratadas pelos municípios para prestação de serviço ao PSF (MISOCZKY, 2002). O PSF também tem como característica marcante a ideia da Promoção da Saúde, com uma proposta de redirecionamento do processo de trabalho para esta perspectiva de atuação. Novamente o Ministério da Saúde atrela a adesão ao Programa ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, como forma de induzir a organização deste órgão colegiado (SILVA, 2007).

Silva (2007) identifica ambiguidades no projeto com relação à chamada agenda internacional de reformas na saúde. Para este autor, com base no documento oficial de 1994, as diretrizes operacionais do programa não seriam suficientes para enquadrá-lo no rol de

37 O Mapa da Fome é um dos resultados de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo IPEA, que identificou e localizou em um mapa que havia 32 milhões de brasileiros vivendo em condições miseráveis.

ações focais contrárias à universalização, apesar de seu viés racionalizador e seletivo. No entanto, identifica uma semelhança significativa na oferta de serviços de saúde pelo PSF naquele momento – baseada na simplificação e racionalização de tecnologias – e a proposta de cuidados essenciais do Banco Mundial. Outro ponto crítico apontado por Silva (2007) é que apesar de ser concebido como porta de entrada para toda a rede de saúde, as formas de articulação e acesso aos outros níveis de atenção não estavam explicitadas, o que aproximava o PSF da garantia de ações básicas de saúde, apenas (SILVA, 2007).

Misoczky (2002) considera que, naquele momento, a semelhança entre as propostas e a relação do PSF com a agenda internacional é maior do que a apontada por Silva (2007), indicando que por meio do programa:

Começa a ser introduzido, como se fosse um caminho para a universalização, o foco na pobreza; começa também o processo de precarização as relações de trabalho no âmbito do SUS. Além disso, a concepção do Estado neoliberal avança, de modo mais ou menos natural, como se fosse a única opção possível. A descentralização tutelada indica a forma da devolução parcial: operacional e social (MISOCZKY, 2002, p. 104).

Para Misoczky (2002), uma política social organizada com foco na pobreza (estratégia denominada de “focalização” nos documentos do Banco) traz como consequência o acesso dos excluídos às “sobras do sistema”. Em sociedades desiguais como a brasileira, este tipo de política levaria ao aprofundamento das desigualdades, uma vez que insere critérios meritocráticos para o acesso aos direitos sociais (MISOCZKY, 2002).

O fio condutor da política social estatal naquele momento era a política econômica ancorada no ajuste fiscal, segundo Silva (2007). Neste sentido, o já referido discurso oficial de que a “crise fiscal” dos Estados estava vinculada ao excesso de gastos sociais favorecia o interesse do governo pelos relatórios do Banco Mundial e pelas propostas racionalizadoras (SILVA, 2007).

No plano mais geral do Estado brasileiro, acontece no ano de 1994 a proposição do Plano Real, cujos impactos serão aprofundados na próxima seção, que abordará o período de 1995-2001. O Governo Itamar se encerra, tendo como principal característica o continuísmo da política do Governo Collor e do ideário neoliberal que o definiu, segundo Misoczky (2002). No âmbito específico da saúde a legislação complementar para se efetivar a descentralização não alterou a concentração de recursos financeiros nas mãos da União e não interviu na lógica que prevalecia no setor. O interesse do Estado pelas propostas com foco na

pobreza, distanciando-se da concepção de saúde como direito revela o retorno de ideias e projetos que muitos consideravam superados após a inscrição da saúde como direito na Constituição (MISOCZKY, 2002).

Esta concepção de “direito” à saúde com foco na pobreza é a definição hegemônica em 1994 na arena política da saúde no país, segundo Misoczky (2002). Analisando o cenário político e o posicionamento dos atores com relação a esta definição, a autora identifica mudanças significativas em comparação com 1988. Diferente de 1988, a aceitação do Banco Mundial e de suas propostas está maior, e o processo de disseminação de crenças desta instituição está mais consolidado internacional e nacionalmente. A tecnoburocracia inampsiana foi pouco a pouco fundindo-se na tecnoburocracia sanitária, que oferece apoio à nova definição, assim como os prestadores privados. Naquele momento, os Planos e Seguros de Saúde e o Conass não apresentavam formalmente na arena política nem apoio nem oposição a esta concepção de política social com foco na pobreza. A área econômica do Governo Federal³⁸ ainda não havia entrado em cena como um ator que intervém diretamente na formulação da política de saúde, como acontecerá nos anos seguintes (MISOCZKY, 2002).

A oposição a esta definição era feita pelo Conasems e pelo movimento sanitário, com uma diferença importante com relação a 1988: tanto Misoczky (2002) quanto Paim (2008), Elias (1997) e Faleiros *et al.* (2006) indicam que há uma mudança de protagonismo no período, com o grupo do movimento sanitário deixando de ser o articulador político da Reforma Sanitária e os gestores municipais entrando em cena com maior protagonismo na formulação das políticas de saúde. Segundo Misoczky (2002), o Conasems despontou no início da década como um ator com potencialidade para fazer avançar a Reforma Sanitária, mas em 1994 já havia se rendido à lógica burocrática:

O Conasems mantém a retórica da autonomia municipal em seus editoriais e nos discursos dos seus dirigentes. No entanto, cada vez mais, aceita o papel de coadjuvante na arena burocrática – francamente dominada pela tecno-burocracia sanitária (MISOCZKY, 2002, p. 95).

38 Misoczky (2002) utiliza o termo “Governo Federal” para se referir ao núcleo central do Governo que “gira em torno da Presidência da República e da área econômica”, compreendido como um ator. Para diferenciar de outros momentos em que utilizamos o termo Governo Federal referindo-se a todo o governo, optamos por utilizar o termo “área econômica do Governo Federal” nos momentos de análise dos posicionamentos de atores, incluindo nesta expressão o núcleo em torno da Presidência da República e a Secretaria do Tesouro Nacional.

Chama a atenção em todos os estudos sobre o período, que mesmo com a direcionalidade política desfavorável ao projeto, e com a perda de protagonismo na condução da política, a prática política no âmbito institucional por parte do movimento sanitário continua ocorrendo neste início da década, ainda que nos bastidores. No plano discursivo, Misoczky (2002) destaca que até este momento os atores utilizavam-se de um discurso direto e sem 'opacidades' na apresentação de seus interesses. Este contexto muda radicalmente nos anos seguintes, pois a utilização do discurso como estratégia será uma das marcas do período de 1995 a 2001, como veremos a seguir (MISOCZKY, 2002).

Segundo período: 1995-2001

Para Misoczky (2002), neste segundo período fica mais nítido que a arena da política de saúde do país está permeada por três questões principais, interligadas entre si: 1) Reforma Constitucional; 2) Regulamentação dos planos e seguros de saúde; 3) Reforma do Aparelho do Estado. A partir deste momento, as demais questões da política de saúde estão ancoradas a estas três. A primeira questão se refere às propostas e tentativas de modificações no capítulo da saúde na Constituição Federal, que se deram nesta década. A segunda se relaciona com a legislação e organização da regulação do setor privado na saúde, que não aprofundaremos aqui. A reforma do aparelho estatal foi um processo desencadeado pelo Governo Federal neste período, de maneira gradual e bem sucedida. Para Misoczky (2002), este processo orienta as intervenções do Estado quanto às outras duas questões, direcionando os principais fatos sociais e a reconfiguração do campo da atenção à saúde no país (MISOCZKY, 2002).

Misoczky (2002) aponta ainda que, na prática, o Plano Real definia o rumo de todas as áreas do Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), subordinando as políticas sociais ao processo de estabilização econômica, objetivo central do Plano. Este cenário implicava em restrição do gasto público e em mais uma grande limitação para o orçamento das políticas sociais no período. Junto das proposições do Plano Real aconteceu a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), ainda em 1994, como parte de um acordo firmado com o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Este Fundo era financiado com recursos originários de fundos sociais e estava voltado prioritariamente para a estabilização econômica. Para Paim (2008), na prática, o objetivo do FSE era desvincular parte das receitas que eram constitucionalmente voltadas para as políticas

sociais, utilizando-as para outros fins. O FSE foi rebatizado algum tempo depois para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), e posteriormente ganhou o nome de Desvinculação de Receitas da União (DRU) (PAIM, 2008).

Para Paim (2008) os dois grandes projetos do Governo FHC foram o ajuste macroeconômico e a Reforma de Estado e ambos tiveram impactos diretos na política de saúde no período. Misoczky (2002), com base nos documentos oficiais que apresentavam a proposta de Reforma de Estado do Governo FHC resume as justificativas por parte do Governo de sua criação e as proposições feitas:

A alegada necessidade de reformar o aparelho de Estado parte do diagnóstico da sua crise: crise fiscal, crise do modelo de intervenção dado o esgotamento do modelo de desenvolvimento baseado na substituição de importações, e crise do modelo burocrático de administração pública. Propõe, então, reconstruir o Estado como forma de estruturar a governança pela escolha de um Estado distanciado das tarefas desenvolvimentistas e de provisão, fortalecendo as funções de promoção e regulação do desenvolvimento (MISOCZKY, 2002).

Nota-se, com base no exposto anteriormente, que esta proposta carrega consigo o ideário neoliberal, tanto nas justificativas quanto nas proposições apontadas. Para a realização desta Reforma foi criado um Ministério específico, o Ministério da Administração e da Reforma do Aparelho do Estado (MARE), que formulava documentos e atuava junto aos demais setores do Governo Federal para implantação das medidas de Reforma. Suas proposições baseavam-se na efetivação da administração pública gerencial, em oposição à administração pública burocrática. Para efetivá-la, uma das estratégias era a redefinição dos setores nos quais o Estado atuava, em uma concepção centrada no mercado e orientada pelo paradigma do racionalismo econômico (FALEIROS *et al.*, 2006; MISOCZKY, 2002).

A redefinição proposta previa quatro setores de atuação do Estado, com competências e modalidades de administração distintas de acordo com suas características, sendo eles: 1) Núcleo Estratégico – composto pelo parlamento, tribunais, presidente, ministros e cúpula de servidores civis; 2) Atividades exclusivas do Estado – que são aquelas vinculadas ao exercício do poder do Estado para garantir diretamente que as leis e políticas públicas sejam cumpridas e financiadas: forças armadas, agências reguladoras e de financiamento, agências de arrecadação de impostos, controle dos serviços sociais e de seguridade social; 3) Atividades não exclusivas do Estado – serviços que o Estado provê, mas que também podem ser oferecidos pelo setor privado e pelo setor público não estatal: saúde, educação, cultura e pesquisa científica; 4) Produção de bens e serviços para o mercado – correspondente a

empresas estatais lucrativas, que com a Reforma não deveriam estar nas mãos do Estado (FALEIROS *et al.*, 2006; MISOCZKY, 2002).

As mudanças referentes às modalidades de administração para cada setor seriam a criação de agências autônomas para as “atividades exclusivas” e a conversão das “atividades não exclusivas” em organizações sociais. Para as empresas estatais restantes mantinha-se a proposta de privatizações iniciadas no Governo Collor (MISOCZKY, 2002). Para o setor saúde, foi apresentado um conjunto de medidas que tinham como principais objetivos: a separação das funções de financiamento e de provisão de parte dos serviços do Estado para estimular a competição entre os prestadores privados; a redução do papel do poder público e aumento do papel das organizações privadas como provedores de serviços; um padrão de atuação do Estado voltado a propiciar a escolha dos consumidores e ganhos de eficiência no setor (MISOCZKY, 2002). Segundo Faleiros *et al.* (2006), as diretrizes propostas e implantadas no âmbito da Reforma do Estado eram voltadas para a sustentação da competitividade, orientadas não apenas para a redução do Estado, mas para uma mudança estratégica de seu papel, ampliando o poder das forças vinculadas ao mercado.

As duas principais estratégias para a implantação destas medidas eram a descentralização e a criação de dois subsistemas de atenção à saúde integrados entre si, mas com formas distintas de organização. Um subsistema, chamado de Subsistema de Entrada e Controle, seria gerido pelo município e ofereceria cuidados básicos de saúde aos indivíduos e famílias, de acordo com base populacional e geográfica. Neste subsistema se concentrariam os esforços do Estado em termos de provisão direta de serviços. Os pacientes que não tivessem seus problemas resolvidos neste subsistema seriam encaminhados ao outro subsistema, o de Referência Ambulatorial e Hospitalar, com serviços credenciados e contratados pelo primeiro. No Subsistema de Referência os serviços competiriam entre si em termos de qualidade e custo, com uma lógica de financiamento e organização distinta do Subsistema de Entrada e Controle. Para favorecer a adequação a esta lógica, haveria a transformação dos hospitais públicos em Organizações Sociais (OS), entidades jurídicas de direito privado com atribuição de prestar e/ou gerir serviços, uma modalidade criada com a proposta do MARE (MISOCZKY, 2002).

Estas OS poderiam habilitar-se ao recebimento de recursos financeiros do Estado e à administração de instalações e equipamentos do Poder Público, bem como da força de trabalho do setor correspondente, reconfigurando os regimes de contratação. Poderiam se

constituir na forma de fundação ou de sociedade civil sem fins lucrativos e sua relação com o Estado era mediada por um Contrato de Gestão, com compromissos, objetivos, metas e indicadores de desempenho definidos neste acordo. Além das OS, também está proposto para o setor saúde a criação de Agências Executivas, no âmbito das modalidades de administração específicas para cada setor de atuação do Estado. Estas agências (autarquias ou fundações integrantes da administração pública federal) seriam responsáveis pela execução de serviços exclusivamente prestados pelo Estado, no âmbito da saúde (MISOCZKY, 2002).

Estas eram as linhas gerais da proposta que orientou a atuação da área econômica do Governo Federal na disputa pela normatização do SUS, com um projeto próprio³⁹ para o setor a partir de 1995 e intervenções diretas na arena política da saúde (MISOCZKY, 2002). Paim (2008) aponta que neste cenário, a Abrasco, o Conasems e CEBES indicaram publicamente em seus canais de comunicação com a sociedade sua preocupação com os possíveis rumos da saúde com as medidas anunciadas pelo governo eleito. O autor destaca destes posicionamentos o editorial da Revista Saúde em Debate, do CEBES, que indicava que o SUS estava “Sob Ameaça” (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE, 1995), no qual se a entidade se colocava em “estado de alerta” quanto às modificações na Seguridade Social propostas pelo Governo e o indicativo de revisão da Constituição que ameaçava a gratuidade do SUS (PAIM, 2008).

A proposta de revisão constitucional é o primeiro fato político relevante deste período. Paim (2008) e Faleiros *et al.* (2006) indicam que desde o início da década já aconteciam ameaças e tentativas de bastidores de alteração dos termos da Carta Magna com relação à concepção de saúde como um direito social. Mas somente em 1995 é elaborada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 32, apresentada publicamente com este fim. A explicação na ementa da PEC expressa o tipo de revisão que foi proposta nesta época: “Visando substituir a ideia da universalização e gratuidade da prestação de serviços de saúde, como direito do cidadão e dever do estado, por outro regime a ser estabelecido em lei, alterando a Constituição

39 Numa concepção de Estado na perspectiva de classe, como a marxista “tradicional” e suas derivações apontadas na introdução, o Estado capitalista não tem um projeto próprio ou uma política econômica própria. Seu “projeto” é expressão de interesses das classes dominantes na sociedade (neste caso a burguesia nacional e internacional) e sua atuação se dá orientada por estes. Nesta perspectiva, provavelmente nem a tecnoburocracia nem a “área econômica” do Governo Federal seriam compreendidas como um ator, pois não têm um interesse próprio (exceto a própria sobrevivência, no caso da tecnoburocracia) e sim articulam interesses de outros. Manteve-se ao longo do texto esta definição, por se tratar de uma concepção da autora, uma vez que não foi possível fazer uma análise própria da política de saúde no período, como apontamos.

Federal de 1988” (BRASIL, 1995). Segundo Faleiros *et al.* (2006), a alteração remeteria a uma lei comum a explicação e definição do que era direito ou não em termos de saúde, retirando esta garantia da Constituição.

Misoczky (2002) e Faleiros *et al.* (2006) apontam que há uma polêmica em torno da autoria desta PEC, já que no texto da Emenda o autor está indicado apenas como “Executivo Federal”. Ambos indicam que a autoria não foi publicamente assumida por ninguém, mas Misoczky (2002) traz depoimentos da época que indicam que o texto partiu da Secretaria da Presidência da República e da Secretaria do Tesouro Nacional, em uma redação conjunta. O baixo apoio político à proposta e a pressão social contrária à emenda exercida pela Plenária Nacional de Saúde naquele momento foram fatores que contribuíram para o fracasso desta emenda, que não foi aprovada (MISOCZKY, 2002).

Neste período há a edição de mais uma NOB, a NOB 96 (BRASIL, 1996), e novamente na discussão sobre seu conteúdo expressam-se as distintas perspectivas e propostas para a saúde no país. A negociação e formulação desta Norma se deram publicamente no Conselho Nacional de Saúde e na CIT e duraram cerca de um ano até a definição da versão final (FALEIROS *et al.*, 2006). Levcovitz, Lima e Machado (2001) indicam que, vinculados a este processo na CIT e no Conselho, aconteceram também oficinas de trabalho do Conass e encontros do Conasems com foco na nova norma. Misoczky (2002) destaca a realização de encontros entre a área econômica do Governo Federal, representantes do MARE e do Ministério da Saúde para se chegar a uma definição mais coesa da posição do Governo Federal para as negociações de formulação da NOB.

Os principais aspectos alterados pelo novo dispositivo, na versão aprovada, são: 1) Definição de duas modalidades de habilitação em termos de gestão para os municípios: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal e duas para os Estados: gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual; 2) Criação do Piso da Atenção Básica (PAB), de responsabilidade municipal e voltado ao custeio dos procedimentos e ações deste nível de atenção. O PAB apresenta um componente fixo, definido com base em um valor *per capita* e transferido automaticamente do fundo nacional para o fundo municipal de saúde, e um componente variável, opcional e com seu recebimento condicionado à execução pelo município de ações e serviços definidos pelo Ministério da Saúde; 3) Estabelecimento de um incentivo financeiro para o PSF e para o PACS; 4) Criação de mecanismos para transferências da União para os estados; 5) Criação de um mecanismo de

planejamento e programação entre gestores, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 1996; FALEIROS *et al.*, 2006; MISOCZKY, 2002).

Para Levcovitz, Lima e Machado (2001), a criação do PAB traz mudanças importantes no âmbito do financiamento, favoráveis ao processo de descentralização. O mecanismo de transferência “fundo a fundo” é indicado por estes autores como capaz de contribuir para se avançar no sentido da municipalização. A determinação do valor *per capita* também é reconhecida como uma mudança positiva com relação ao contexto anterior, contribuindo para homogeneizar a quantidade de recursos municipais disponíveis para a atenção básica. O financiamento por produtividade se manteve na Média e Alta Complexidade, mas para a Atenção Básica instituiu-se o “pré-pagamento” com o financiamento *per capita*, o que favoreceria mudanças na lógica de funcionamento dos serviços (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Para Elias (2001), é um problema a utilização de dois mecanismos de gestão distintos entre si, o subsídio da demanda para a Atenção Básica (através do pagamento per capita) e o subsídio da oferta para Média e Alta Complexidade (na qual se manteve o pagamento por produção). Desta forma estava mantida a lógica anterior no setor mais estratégico em termos de acumulação de capital, caracterizando-se assim como um enfrentamento não realizado (ELIAS, 2001).

Ainda com relação ao PAB, Levcovitz, Lima e Machado (2001) indicam também como avanços a variedade de formas de aplicação dos recursos do Piso – fortalecendo a autonomia municipal – e os mecanismos de avaliação e controle das transferências de recursos, nos quais estavam incluídos indicadores de resultado (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). O fortalecimento da instância estadual na coordenação de programas vinculados ao SUS é apontado por Costa (2002) como um dos pontos positivos da NOB 96. Analisando o processo de implantação da NOB 96, Levcovitz, Lima e Machado (2001) apontam:

Em especial, os incentivos do PACS e PSF estimularam a implantação do modelo de agentes comunitários e médico de família em um número expressivo de municípios, representando, por vezes, um real estímulo à ampliação da cobertura assistencial e à adoção de práticas inovadoras, mesmo naqueles com uma ampla rede assistencial básica já constituída. Por outro lado, destaca-se o forte poder de indução do nível federal sobre o modelo assistencial a ser adotado nos municípios, observado a partir de então na política de saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 289).

Misoczky (2002) aponta a existência de muitas semelhanças entre o conteúdo da NOB

e a proposta de Reforma do Estado do MARE e sintetiza estas semelhanças em um quadro, apresentado a seguir:

Proposta do MARE para a Reforma do Estado na área da saúde	NOB 96
Transferência de fundos para o pagamento do tratamento hospitalar através dos municípios, com a intermediação dos governos estaduais e de acordo com a população.	A descentralização operacional avança nessa mesma direção, ainda que somente o PAB seja definido de acordo com a população dos municípios.
Descentralização com clara definição de responsabilidades entre os entes federados.	Enfatiza o papel das Secretarias Estaduais no relacionamento entre os sistemas municipais e define as funções do Ministério da Saúde na coordenação das relações interestaduais.
Municipalização do controle dos hospitais – da contratação ao controle das contas.	Prevista para os municípios que assumem a gestão plena do sistema.
Prioridade para o desenvolvimento do sistema de atenção básica.	Expressa literalmente na Norma.
Priorização da medicina preventiva e sanitária.	Criação do PAB e dos incentivos, inclusive para o PACS e o PSF.
Transformação dos hospitais públicos em OS.	Não é mencionada na NOB.

Quadro 1 – Comparação entre as propostas do MARE e a NOB 96 (fonte: MISOCZKY, 2002)

Para esta autora, a criação de dois subsistemas – indicada no projeto do MARE – não estava prevista na NOB, mas as bases para sua constituição já estavam lançadas. Indica que pela forma como vinham sendo implantados os programas e projetos de Atenção Básica naquele momento, a nova norma apontava para o fortalecimento da segmentação da população-alvo e da focalização preconizada pelo MARE e pelos organismos internacionais (MISOCZKY, 2002). Esta também é a percepção de Costa (2002), que aponta que a reorganização do sistema proposta pela NOB 96 fortalece o processo de focalização e dessa maneira o país “volta a reproduzir uma política segmentada, orientada para a renda da população, indo portanto na contramão da universalização proposta em 1988” (COSTA, 2002, p. 61).

O próprio Ministro da Administração e da Reforma do Aparelho do Estado indica que muitas das propostas deste Ministério aparecem na NOB, segundo depoimento presente em Misoczky (2002). Revelando a estratégia de jogo da área econômica do Governo Federal da época, o Ministro relata um episódio no qual apresentou suas ideias e pontos de vista sobre a reforma do setor saúde no Conselho Nacional de Saúde e quais delas estavam presente na NOB 96. Questionado se com aqueles apontamentos queria sugerir que a formulação da NOB

partiu de seu Ministério, respondeu que a formulação foi do Conselho e da CIT, que ele só havia dado uma “ajudazinha”. Na sequência a este relato, aponta: “Estrategicamente era muito mais importante que eles (*os conselheiros e gestores*) assumissem a proposta” (MISOCZKY, 2002, p. 119).

Misoczky (2002) chama a atenção para o grande consenso em torno da nova norma, novamente, nas discussões para sua formulação, no âmbito institucional. Ainda que o processo tenha sido longo, a autora indica que as discussões se resumiam a aspectos pontuais ou operacionais, ou ainda a temas já superados e que não estavam mais em discussão. Não houve questionamentos aos aspectos centrais da proposta e aos processos críticos que poderia desencadear, vinculados ao avanço da proposta do MARE. Misoczky (2002) destaca que há forte apoio do Conass e do Conasems às novas medidas sugeridas na Norma. Sua implantação só começou efetivamente em 1998 e Levcovitz, Lima e Machado (2001) apontam que ao final do ano 2000, 99% dos municípios brasileiros já haviam sido habilitados em uma das condições de gestão da Norma.

Novamente, há uma ambiguidade com relação à convergência de alguns aspectos da proposta do MARE e do projeto da Reforma Sanitária, que podem até se aproximar em alguns pontos, mas partem de pressupostos distintos, como já apontamos com base em Silva (2007): o primeiro em uma “justiça de mercado” e o último na justiça social. Esta ambiguidade dificulta a análise dos motivos de apoio dos atores e do consenso em torno da NOB 96, mas buscamos apontar as semelhanças do projeto do MARE e a NOB (e o reconhecimento por parte do MARE destas semelhanças) para mostrar que as proposições da área econômica do Governo Federal já tinham muita força na arena política de saúde, conforme aponta Misoczky (2002).

No mesmo ano de 1996 há a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Com o tema “Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, destaca-se deste encontro as críticas feitas ao desmonte da máquina pública e à concepção de Estado Mínimo que orientava a política de saúde no período, presentes no Relatório Final e na Carta da Conferência (MISOCZKY, 2002; PAIM, 2008). Destes documentos, Paim (2008) ressalta a defesa da manutenção da Seguridade Social presente na Carta, exigindo a concepção de financiamento solidário entre Saúde, Previdência e Assistência Social. Do Relatório Final, Misoczky (2002) destaca a defesa da saúde como um direito, com um posicionamento contrário à sua mercantilização. Nos aspectos relativos à implantação do SUS, expressam-se

no Relatório discordâncias com a forma de condução deste processo pelo Governo Federal.

Outro ponto destacado por Misoczky (2002) como marca desta Conferência foi a série de deliberações referentes a questões específicas de saúde de diversos setores sociais, como portadores de deficiências, terceira idade, povos indígenas, saúde mental, saúde do trabalhador, da mulher, da criança, do adolescente, etc. Para a autora, deu-se início nesta Conferência o tratamento de necessidades específicas de saúde, mas que foram debatidas numa perspectiva predominantemente técnica e administrativa, concebendo-as como orientações programáticas (MISOCZKY, 2002). Paim (2008) aponta que neste momento o movimento sanitário continuava em baixa, tendo como agravantes para este enfraquecimento as dificuldades financeiras enfrentadas pelo CEBES, e o direcionamento da Abrasco para o âmbito da pesquisa e pós-graduação, buscando sua legitimação junto ao Estado, via CAPES e CNPQ.

Segundo Barata e Goldbaum (2006), em meados da década de 90, passadas as turbulências do Governo Collor, a atuação da Abrasco no fortalecimento da pós-graduação e da produção científica se intensifica, com aumento das ações destinadas a este fim. Esta atuação buscava solucionar dois tipos de problemas, segundo apontam Barata e Goldbaum (2006, p. 94): a “necessidade de produzir novos conhecimentos que embasassem a implementação do Sistema Único de Saúde, e (...) o questionamento, mais ou menos velado, do caráter científico do campo” por parte dos órgãos responsáveis pela Ciência e Tecnologia no país. A estratégia adotada pela entidade foi buscar uma maior inserção na comunidade científica nacional, em seus espaços representativos e deliberativos (BARATA; GOLDBAUM, 2006).

Enquanto isso, o Banco Mundial fortalecia sua presença no campo, firmando um acordo ao final de 1996 com o Ministério da Saúde, em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Projeto Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus). O projeto constituía-se em um empréstimo de recursos financeiros condicionado à implantação de alguns programas e diretrizes definidas pelo Banco (MISOCZKY, 2002). Silva (2007) destaca que, nos documentos do Banco Mundial, o projeto recebia o nome de de “Projeto de Reforma do Setor Saúde” e Misoczky (2002) indica que o nome Reforsus foi fruto de negociações entre o Ministério da Saúde e as agências internacionais. A vigência da primeira fase deste acordo se estendeu de 1996 a 2005. O principal objetivo do Reforsus, descrito nos documentos oficiais, era auxiliar o Ministério da Saúde a implantar reformas no setor capazes

de aumentar a eficiência do SUS e promover sua sustentabilidade financeira (SILVA, 2007).

As ações desenvolvidas no âmbito deste projeto foram: 1) Readequação física e tecnológica de serviços de saúde; 2) Ampliação e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica; 3) Apoio à implantação do PSF; 4) Ampliação de rede de laboratórios de saúde pública; 5) Apoio à estruturação de uma rede nacional de informações e de avaliação; 6) Capacitação de gestores públicos; e 7) Apoio a iniciativas para garantia da qualidade dos serviços. Além deste componente intitulado 'promoção da reforma do setor saúde', houve também financiamento dos seguintes programas e projetos: programa de saúde da criança e nutrição; programa de saúde reprodutiva da mulher e fertilidade, projeto de serviços básicos de saúde no Nordeste e programa de controle de doenças infecciosas e parasitárias (MISOCZKY, 2002; SILVA, 2007).

Analisando o Reforsus, sua estruturação e implantação, Silva (2007) aponta que os pré-requisitos para o recebimento dos recursos foram, na prática, indutores da adoção pelo Brasil da política econômica e social sugerida por esta agência internacional. Neste sentido, o autor aponta que o lugar que Banco Mundial ocupava no campo não era apenas de financiador:

Identificamos com isso que a participação do Banco [*Mundial*] traduz-se mais na apresentação de diretrizes e orientações nacionais, com o objetivo de reformar, do que no financiamento de projetos ou programas. Percebemos também que as diferentes interpretações mascaram as reais intenções e objetivos destes acordos (SILVA, 2007, p. 116).

Nem todas as diretrizes da agenda internacional de reforma foram implantadas a partir do Reforsus, segundo Misoczky (2002). O desenvolvimento de serviços de saúde capazes de competir entre si, que era um dos principais objetivos do Banco neste projeto – e parte fundamental de sua proposta de política social – não foi atingido, conforme apontam depoimentos e documentos desta instituição (MISOCZKY, 2002).

Com relação ao PSF, Silva (2007) aponta que o Reforsus foi, de fato, um apoio importante para sua expansão, fortalecendo iniciativas de formação de trabalhadores, compra de equipamentos e (re)estruturação de unidades de saúde. No entanto, para o autor esta expansão ainda esteve orientada pela perspectiva de focalização, em contexto de uma política social, baseada na seletividade das ações e voltada para o alívio da pobreza e não de sua superação (SILVA, 2007).

Com base nos elementos indicados até aqui, é possível perceber que a concepção que

hegemonizava a arena política de saúde neste momento, fortemente orientada pela atuação da área econômica do Governo Federal, estava bastante alinhada à proposta neoliberal. Esta constatação nos permite uma nova aproximação com os apontamentos de Laurell (2009) sobre alguns aspectos específicos das políticas sociais no neoliberalismo, que se aplicam ao caso brasileiro.

Para Laurell (2009) a implantação da política social neoliberal baseia-se em quatro estratégias principais, apontadas anteriormente: o corte dos gastos sociais; a privatização; a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza; e a descentralização. Para a autora, a privatização é o elemento central da política e articulador das demais estratégias. Apresenta dois objetivos principais: um é econômico, de abrir todas as atividades econômicas que sejam rentáveis ao investimento privado e o outro é político-ideológico, de re-mercantilizar o bem-estar social. As outras três estratégias estão inscritas na lógica de busca pela legitimação ideológica do processo de privatização, no sentido de evitar sobressaltos políticos que ameacem o cumprimento dos objetivos deste processo (LAURELL, 2009).

A autora destaca que o objetivo principal da descentralização na política social neoliberal não é democratizar a ação pública, mas permitir a introdução de mecanismos gerenciais e criar condições para a privatização, deixando para o nível local a decisão sobre como financiar, administrar e produzir serviços. Fomentada pelas agências internacionais, a descentralização é uma das condições para o recebimento de seus empréstimos financeiros.

Sobre o papel do Estado neste novo cenário de mudanças regionais e globais, Laurell (2009) aponta:

A transferência de parte das responsabilidades sociais do Estado aos investimentos privados e a expansão da produção dos serviços sociais como âmbito direto de acumulação dependerão de ações estatais específicas dirigidas à geração de um mercado estável e garantido, e à resolução das contradições políticas geradas pela imposição dos postulados neoliberais (LAURELL, 2009 p. 167).

Este processo de privatização só interessa ao setor privado se a administração de fundos e a produção de serviços tornam-se atividades econômicas rentáveis. Por isso, nos países da América Latina, cuja maioria da população é de baixa renda, a privatização dos benefícios sociais se deu de maneira seletiva, incentivado por políticas estatais voltadas à criação de um mercado disponível e garantido (LAURELL, 2009). A privatização seletiva dos benefícios sociais depende de três condições: 1) criação de/fomento à demanda para os

benefícios ou serviços privados; 2) geração de formas estáveis de financiamento para cobrir os altos custos dos benefícios ou serviços privados; 3) capacidade do setor privado de aproveitar o incentivo à sua expansão e a retração dos serviços públicos. (LAURELL, 2009)

A estratégia de corte de gastos sociais fortalece este processo, na medida em que ocasiona um desfinanciamento deliberado das instituições públicas, contribuindo para a deterioração e o crescente desprestígio destas. Desta maneira, os serviços fornecidos pelo setor público são tidos como insuficientes e/ou de má qualidade, auxiliando na criação da demanda para o setor privado e na aceitação social do processo de privatização (LAURELL, 2009).

A contextualização feita até aqui indica que as condições para a implantação de uma política social com estes moldes foram criadas na década de 90 no Brasil. Este processo, que teve seu início no começo da década, ganha força com a já iniciada implantação das diretrizes do MARE, cujo projeto ganha o apoio também da tecnoburocracia sanitária. As ações destes atores convergem com as proposições do Banco Mundial, cuja presença nos debates nacionais passou a ser mais permanente e aberta com a implantação do Reforsus. Neste sentido, Misoczky (2002) aponta que em meados da década os fatos na arena da política de saúde ficam menos “atomizados”, uma vez que estão relacionados às tentativas de implantação deste projeto por parte da área econômica do Governo Federal e apoio destes dois atores, com uma estratégia clara para esta implantação (MISOCZKY, 2002).

Assim, os demais fatos da década, no âmbito da arena política de saúde, são ou expressões de avanços na implantação ou tentativas de resistência a este projeto. O que muda com relação ao período anterior é que há, tanto por parte do Banco Mundial quanto por parte da área econômica do Governo Federal, uma mudança de discurso, buscando “suavizar” o ideário neoliberal. Estes atores passam a ter um “uso estratégico da ação discursiva”, gerenciando o significado de certas afirmações de modo a obter apoio para suas intenções e ocultar os reais conteúdos das propostas (MISOCZKY, 2002).

Laurell (2009) indica que este processo de suavização discursiva se deu também nos outros países da América Latina, com muitos governos negando que seus projetos teriam inspiração no neoliberalismo, apesar de suas políticas seguirem este ideário. A adoção desta estratégia pelo Banco Mundial e pelo FMI também é percebida pela autora, que indica que nesse período estes organismos passaram a justificar (nos discursos e documentos) as privatizações e a retração estatal no âmbito do bem-estar social como o melhor caminho para

se atingir a equidade, argumentando que ao poupar recursos de programas universais, o Estado poderia subsidiar os programas sociais básicos aos pobres (LAURELL, 2009).

Paim (2008) e Misoczky (2002) indicam que as tentativas de resistência dos demais atores foram a alguns aspectos do projeto de Reforma do Estado, mas estes não conseguiram enfrentá-lo como um todo. Um dos aspectos em que houve resistência foi quanto à proposta de transformação dos hospitais públicos em Organizações Sociais. Na sequência à apresentação do projeto de Reforma do Estado do MARE, houve manifestações contrárias à criação das OS no Conselho Nacional de Saúde, e esta instância solicitou ao Governo Federal que não tomasse nenhuma decisão sobre este tema pelo prazo de cento e oitenta dias. Durante este período, foi elaborado um parecer sobre o projeto de Reforma do aparelho do Estado por um Grupo de Trabalho deste Conselho, criado especificamente para este fim e composto por representantes de gestores, usuários e trabalhadores de saúde, e representante da Abrasco (MISOCZKY, 2002).

Este grupo analisou somente a proposta de transformação de hospitais públicos em organizações sociais, posicionando-se contrariamente à sua implantação no SUS. O parecer do grupo, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e assumido por este como sua posição, indicava que a entrada de um ente jurídico de direito privado era conflitante com as definições da Constituição de 88, e colocaria em risco os princípios de universalidade, equidade e integralidade, além de ser frágil em termos de controle social. Segundo Misoczky (2002), este posicionamento do Conselho foi um dos fatores que impediu a transformação dos hospitais públicos federais em OS. No entanto, não impediu a criação desta figura jurídica e sua implantação nas outras esferas do Estado (MISOCZKY, 2002).

Faleiros *et al.* (2006) e Paim (2008) destacam que também houve posicionamentos contrários às propostas neoliberais por parte da Plenária Nacional de Saúde, além de uma mobilização importante por mais recursos financeiros para o SUS, processo permanente durante o período de existência desta entidade. Esta Plenária esteve em atividade até 1997 e, segundo Faleiros *et al.* (2006), terminou sem que houvesse uma avaliação política quanto à suspensão de suas atividades. O autor aponta que vinha ocorrendo desde 1994 uma mobilização para a criação de uma Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que veio a iniciar suas atividades formalmente em 1996. Quando se dá a suspensão das atividades da Plenária Nacional de Saúde, esta nova Plenária de Conselhos já está ativa, com uma atuação semelhante à Plenária anterior:

Apesar da natureza diferenciada das plenárias, uma ampla e plural e a outra congregando os conselhos, ambos os movimentos tinham como agenda política a defesa do SUS e a mesma estratégia, com pauta similar de reivindicações (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 179).

A partir de 1998, o Ministério da Saúde passa a considerar o PSF como estratégia estruturante do SUS, em discursos e documentos oficiais. Silva (2007) aponta que há neste momento uma tentativa de romper com o compromisso e concepção inicial do Programa e sua concentração na população circunscrita ao Mapa da Fome. Neste processo de reconhecimento formal como Estratégia e não mais como Programa, o PSF adquire maior suporte conceitual, com incorporação de conceitos desenvolvidos em experiências de atores vinculados à Reforma Sanitária, em nova aproximação com os saberes do campo da Saúde Coletiva. Segundo o autor, neste espaço institucional também se dão tentativas de resistência ao projeto neoliberal (SILVA, 2007).

A partir de seu reconhecimento como Estratégia, o PSF entra em um novo estágio de expansão, com atribuições e mecanismos financeiros específicos, e novas características. O programa avançou em termos de adequação do processo de trabalho, qualificação e formação de recursos humanos, integração da rede assistencial e formas de financiamento (SILVA, 2007). No entanto, para Silva (2007), apesar dos esforços de resistência, a execução desta etapa revelou que o programa ainda guardava bastante relação com sua concepção inicial, focalizada e semelhante às proposições do Banco Mundial.

O autor indica as semelhanças ainda existentes, ao final da década e já com esta fase de expansão em curso: 1) Seletividade de ações e procedimentos nos serviços, com o controle do que é ofertado em função principalmente dos custos; 2) Características essencialmente normativas e verticalizadas do programa, incluindo seu financiamento; 3) Indução financeira estruturada de uma maneira que desconsidera modelos alternativos construídos localmente, impondo um modelo previamente definido; 4) Estreita relação entre as ações do PSF normatizadas nacionalmente e o *pacote essencial básico* do Banco Mundial; 5) Precarização dos vínculos trabalhistas induzida e fomentada pelo Ministério da Saúde por meio do PSF, mantendo-se como possibilidade para o programa a contratação pelo terceiro setor e pelas então regulamentadas Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

A estes aspectos, Silva (2007) acrescenta que junto às demais políticas de saúde do

período, o PSF foi implantado em meio a um processo de descentralização distante do objetivo de democratização do sistema, além de permissivo ao crescimento do setor privado. Com base nestes apontamentos e considerando os avanços e retrocessos no processo de implantação do PSF, Silva (2007) indica que o Brasil estabeleceu uma “relação parcial de adoção do modelo de reforma de sistemas de saúde induzido pelas agências internacionais” (SILVA, 2007, p. 146).

Já Misoczky (2002) indica que o resultado das normatizações do período e das ações da área econômica do Governo Federal na arena política de saúde redirecionaram esta política plenamente às recomendações das agências internacionais para o setor⁴⁰. Para esta autora, o reconhecimento do PSF como Estratégia é identificado como parte da estratégia discursiva do Governo Federal, que orientava suas ações na direção oposta, uma vez que as bases do programa se mantiveram na perspectiva da focalização (MISOCZKY, 2002).

Portanto, há divergências se a relação da implantação do PSF com as propostas do Banco Mundial foi parcial ou plena, mas há uma convergência entre os autores estudados da existência desta relação de proximidade entre as políticas implantadas no período e a agenda internacional de reformas do setor saúde. Destaca-se que este reconhecimento não desconsidera as disputas ocorridas neste período em torno deste Programa/Estratégia, nem as que viriam a acontecer nos anos posteriores, em uma busca de vários atores para aproximar o PSF/ESF dos princípios da integralidade, universalidade e equidade.

Outros fatos relevantes do período em questão, no âmbito da atenção à saúde, foram a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde e a elaboração da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2000 e 2001, respectivamente. Como não estão dentro do recorte temporal definido para este estudo, estes dois momentos não serão aprofundados aqui. Os apontamentos de Misoczky (2002) indicam que estes fatos não produziram alterações significativas na arena política de saúde com relação ao cenário caracterizado até aqui. Neste sentido, o que a autora apresenta como definição hegemônica de saúde nesta arena em 2001 também se aplica ao final da década de 90 e por isso tomaremos sua caracterização como referência.

40 Utiliza-se esta expressão no plural, pois neste momento as determinações da Organização Mundial de Saúde estão bastante alinhadas com as do Banco Mundial, conforme aponta Misoczky (2002). Os relatórios anuais da OMS de 1999 e 2000 trazem propostas bastante semelhantes às do documento “Investindo em Saúde” do Banco Mundial, confirmando a hegemonia do Banco no cenário internacional (MISOCZKY, 2002)

Para Misoczky (2002), ao final deste período a definição hegemônica na arena política é uma concepção de direito à saúde com foco na pobreza e de descentralização como um misto de privatização, delegação⁴¹ e devolução parcial, predominantemente operacional e administrativa. O ator com maior força no campo e que favoreceu a consolidação desta definição é a área econômica do Governo Federal, que no início da década não tinha um projeto claro, mas foi definindo-o ao longo dos anos pressionado pelas exigências de controle do gasto público e baseando-se nas ideias das agências internacionais (MISOCZKY, 2002).

Sua estratégia de atuação coloca os atores que poderiam se opor no âmbito institucional em uma posição subordinada e dependente, com uma expressiva desproporção de poder. Este ator detém o controle do processo decisório, usando seus recursos de poder para pressionar para a aceitação de novas definições – majoritariamente a favor da acumulação de capital, nacional e internacionalmente – e novas tomadas de posições dos demais atores. Seus recursos de poder concentram-se em dois aspectos: o controle dos recursos financeiros através do estabelecimento de condicionalidades e definições prévias, e o poder simbólico, caracterizado por estratégias discursivas capazes de se apropriar de expressões centrais ao discurso da Reforma Sanitária em documentos e falas, mas frequentemente contradizendo-as nas ações para implantação de seus projetos (MISOCZKY, 2002).

Além da concentração de poder no âmbito dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde, um outro aspecto que pode ser identificado como expressão do controle do processo decisório por parte do Executivo Federal e da existência de disputas e decisões fora da arena formal da política de saúde é a expressiva utilização das emendas parlamentares no setor saúde (BAPTISTA *et al.*, 2012). Este recurso, como vimos, está relacionado ao regime de presidencialismo de coalizão e é parte da estrutura institucional que favorece o predomínio do poder Executivo sobre o Legislativo (STOTZ, 2014). O estudo de Baptista *et al.* (2012) analisou a participação das emendas parlamentares no orçamento federal da saúde entre 1997 e 2006. Ainda que o recorte temporal seja diferente do período que estamos analisando, alguns apontamentos destas autoras revelam que as emendas representavam uma proporção expressiva dos investimentos federais ao final da década de 90.

41 Segundo Misoczky (2002), 'delegação' é uma outra forma de descentralização, caracterizada como "transferência de autoridade e responsabilidade para agências semi-autônomas" (MISOCZKY, 2002, p. 60). Refere-se, neste caso, à criação de agências executivas e reguladoras no setor, citadas anteriormente.

Segundo este estudo, ainda que o volume de recursos das emendas parlamentares represente pouco para o orçamento global da União, na saúde este volume chegou a superar os recursos/incentivos de programas oficiais e estratégicos do Ministério da Saúde em algumas regiões no período analisado. No âmbito da Atenção Básica, segundo as autoras, em alguns estados as emendas representaram mais de 50% dos valores destinados a este nível de atenção. Isso se torna um problema na medida em que há pouca articulação entre planejamento e execução do orçamento federal, ainda mais marcante nesta modalidade de financiamento, além das emendas parlamentares serem um recurso instável. Segundo as autoras, por se tratar de um recurso que interfere na execução de ações no setor, as emendas parlamentares deveriam estar inseridas em uma lógica mais geral de planejamento, que as orientassem para cumprir melhor uma das finalidades de sua criação, que é a entrada de demandas loco-regionais no orçamento federal (BAPTISTA *et al.*, 2012).

O padrão de execução das emendas parlamentares observado no estudo de Baptista *et al.* (2012) levantou a hipótese de que a aprovação ou não destas por parte do Executivo estaria pautada “mais por interesses políticos particularistas dos governos e parlamentares do que por propósitos públicos” (BAPTISTA *et al.*, 2012), o que caberia um maior aprofundamento para confirmação, segundo as autoras. A princípio, por meio do estudo citado, pôde-se perceber que a busca de governabilidade para a atuação do Executivo tem considerável influência na execução ou não das emendas solicitadas pelos parlamentares, revelando mais uma forma de controle de recursos baseada em negociações pouco transparentes para a opinião pública (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Em outro estudo, analisando a legislação em saúde aprovada no período de 1990 a 2006, Baptista (2010) aponta que ficou evidente a preponderância do Poder Executivo sobre o Legislativo na definição de propostas políticas no setor, lançando mão de várias estratégias para o exercício do poder. Além das emendas parlamentares, as medidas provisórias foram bastante utilizadas, a ponto de o Executivo legislar à margem do Congresso no setor, segundo a autora. Muitas MP acabaram por modificar a implementação de leis já aprovadas, dado seu caráter de força de lei. A autora aponta que das 279 MP editadas pelo Executivo no período e apreciadas pelo Congresso, apenas 6 foram aprovadas (BAPTISTA, 2010). A diferença de prazos para aprovação de questões de interesse do Executivo revela como o aparato institucional do presidencialismo de coalizão favoreceu a implantação de suas diretrizes:

Nas leis ordinárias (exceto as orçamentárias), [o Executivo] garantiu um tempo de

tramitação para matérias de sua autoria seis vezes mais acelerado do que nas matérias de autoria do Legislativo e imprimiu negociações prévias ao debate legislativo para garantir o trâmite acelerado de suas propostas. Nas matérias de autoria Legislativa de seu interesse, o Executivo apoiou e constituiu meios para uma tramitação acelerada no momento mais propício, intermediando os interesses no interior do governo e junto aos movimentos sociais, garantindo o sucesso da proposta. As propostas de autoria do Legislativo, quando não encontraram respaldo no Executivo, seguiram trâmites mais lentos e estiveram pautadas pela agenda Executiva. É imprescindível ressaltar que a agenda Executiva que prevaleceu não foi necessariamente a do Ministério da Saúde, mas a da Presidência da República (BAPTISTA, 2010, p. 108).

Em que pese a diferença de período de estudos, o apontamento de Baptista (2010) quanto à força maior da agenda da Presidência da República se aproxima do que Misoczky (2002) aponta sobre o que e quem hegemonizava a arena política de saúde no período. O desenho institucional conformado pelo “presidencialismo de coalizão” parece ter favorecido este processo, uma vez que por meio dos instrumentos citados fortalece o Executivo Federal na tramitação dos projetos vinculados aos interesses que articula.

O processo de mudança da arena de disputa da política de saúde iniciado no começo da década de 90 se consolida plenamente ao final desta, havendo o predomínio absoluto da arena burocrática sobre a política. O escrutínio público das decisões está bastante fragilizado, quase inexistente, uma vez que as instâncias de participação social foram praticamente neutralizadas, com baixa incorporação de suas decisões pelo Governo Federal. A tecnoburocracia sanitária se enfraquece neste período, mas suas ações indicam apoio ao projeto da área econômica do Governo Federal, e o setor privado está mais fortalecido ao final da década e, beneficiado pelas mudanças, também apoia o projeto (MISOCZKY, 2002).

O Banco Mundial continua bastante presente, já não apenas como financiador, mas como apoio técnico e “aconselhamento político” para decisões no sentido de impulsionar mudanças no sistema. Os novos documentos publicados no final da década⁴² – novamente, há um específico para o Brasil, publicado em 1998 – reforçam esta função, sobrepondo-se à de financiador de projetos. Com sua hegemonia bem consolidada no cenário internacional neste momento, suas propostas são mais facilmente aceitas e, fruto do processo de construção desta imagem de suporte técnico, reconhecidas por muitos como cientificamente embasadas e consistentes. O Banco viria ainda a firmar um novo convênio para expansão do PSF em 2001,

42 WORLD BANK. **Health, nutrition and population: sector strategy**. Washington: World Bank, 1997 e WORLD BANK. **Health care in Brazil: addressing complexity**. Washington: World Bank, 1998.

fortalecendo ainda mais sua presença no cenário nacional (MISOCZKY, 2002).

Entre os atores que poderiam se opor, o movimento sanitário não conseguiu se rearticular neste período, com estratégias de atuação pouco claras ou mal definidas. Mesmo com a existência de posicionamentos críticos de suas entidades com relação à condução da política de saúde, suas organizações não conseguiram oferecer resistência às propostas contrárias à CF 88. O Conasems subordinou-se mais ao Governo Federal, tornando-se mais dependente deste e o Conass, mesmo com a ampliação de seu espaço político por meio do fortalecimento dos gestores estaduais também não apresentou resistência ao projeto do Governo Federal (MISOCZKY, 2002). Neste momento, estes atores estão insulados na burocracia do aparelho do Estado, no Ministério da Saúde. No entanto, as principais decisões da política de saúde tomadas nesta instância estavam subordinadas às definições da política econômica, como vimos neste capítulo.

Segundo Stotz (2003), a década de 90 é marcada por um enfraquecimento na mobilização social no âmbito das lutas populares, que se expressou também na fragilidade das bases sociais da representação de usuários nos Conselhos de Saúde. As políticas econômicas do período de ofensiva neoliberal acarretaram no desemprego estrutural, no empobrecimento das classes trabalhadoras e em um clima político fundamentado na competição e no individualismo, três fatores que prejudicaram a organização política para as lutas sociais no período.

O resultado do processo de disputa institucional descrito, somado aos demais fatos políticos do período indica que mesmo com a inscrição da saúde como direito na Constituição Federal, o padrão de atuação do Estado Brasileiro no âmbito das políticas sociais pouco se alterou. Continua bastante presente a distinção de classes e frações de classes quanto ao acesso aos serviços conforme aponta Elias (1997):

Não obstante as mudanças ocorridas nos últimos anos, que, apesar das suas diversas repercussões, praticamente não alteraram o modelo de Estado voltado para os interesses privados, e com baixa capacidade de regulação, configurou uma (des)organização dos serviços de saúde com distintas formas de articulação entre os setores público e privado direcionados para ocuparem certos níveis da assistência. E desse modo, ao invés de um único sistema, conformaram-se dois ou mais sistemas de saúde, que segmentam a assistência segundo vários critérios, sendo o principal deles a forma de seu financiamento e a inserção do usuário no sistema de produção econômica (ELIAS, 1997, p. 199).

Elias (1997) destaca que a dualidade histórica das políticas sociais no país foi reforçada pelas normatizações da década de 90. Trabalhadores dos setores econômicos de

ponta, elites e membros dos estratos sociais de renda média e alta são cobertos pelo sistema privado de saúde – ainda mais fortalecido na década e com uma nova modalidade de acumulação de capital criada: as Organizações Sociais – enquanto uma massa ampla de trabalhadores dos demais setores econômicos, socialmente excluídos e membros dos estratos sociais de renda baixa utilizam o sistema público de saúde, deficitário quanto ao atendimento e acesso, mesmo com os investimentos realizados no período (ELIAS, 1997). Esta também é a percepção de Costa (2002) e Misoczky (2002) quanto aos resultados das mudanças realizadas durante a década de 90. Conforme aponta Cohn (1999), na nova configuração assumida pelo sistema de proteção social brasileiro, seu padrão de regulação social deixa de ser por meio do trabalho (como era no período anterior) e passa a ser por meio da renda.

Paim (2008) destaca os avanços ocorridos na dimensão setorial do projeto da Reforma Sanitária no Governo FHC, majoritariamente no âmbito da expansão da cobertura da assistência pública à saúde. Comparando os dados do período pré-sus com os do final do mandato de FHC, aponta que houve um acréscimo de 53% do número de consultas ofertadas pelo SUS e um decréscimo de 17% no número de internações. O Programa Nacional de Imunizações alcançava um patamar médio maior que 90% de cobertura, sendo 100% para a vacina de cobertura mais alta (BCG) e 89% para a mais baixa (Hepatite B). Os números do período indicam aumento de cobertura dos serviços de atenção primária à saúde e o autor destaca também que houve ganhos em termos de qualificação da força de trabalho para o SUS (PAIM, 2008). Silva (2007) aponta que em 2000 a Estratégia de Saúde da Família chegava a 4.136 municípios do país, com 5.463 equipes. Em 1998, antes do início da última fase de expansão do Programa/Estratégia na década, havia 1.843 equipes em 649 municípios. O autor aponta também a existência de mudanças organizacionais dentro do Ministério da Saúde que indicavam a importância da Atenção Básica para a política de saúde e que favoreceram este processo de expansão.

Em análise sobre a situação e sistema de saúde ao final da década, Paim (2008) ressalta que “a Reforma Sanitária em curso era menos de *saúde* e mais do *sistema*” (PAIM, 2008, p. 229). Para este autor, mesmo com o processo de expansão de cobertura e de qualificação da força de trabalho, não havia, ainda, o cumprimento pleno dos princípios do SUS e os avanços estavam longe da “totalidade de mudanças” almejada pela Reforma Sanitária em sua concepção inicial (PAIM, 2008). Veremos no próximo capítulo como as questões apontadas nesta contextualização repercutiram para a produção teórica do campo.

Capítulo 4 – Produção teórica da Saúde Coletiva brasileira sobre práticas de saúde na década de 90

*“Quem segura o porta-estandarte
tem a arte”
(Jorge Mautner/Nelson Jacobina)*

O objeto deste capítulo será a caracterização e análise da produção teórica da Saúde Coletiva brasileira na década de 90, com foco nas práticas de saúde. Para tanto, o capítulo está dividido em duas seções, sendo a primeira uma caracterização geral da produção teórica do campo e a segunda uma revisão de análises feitas por autores do campo sobre esta produção, tendo os anos 90 como referência.

A caracterização baseia-se nos resultados dos estudos de Levcovitz *et al.* (2002) e Paim e Teixeira (2006), acrescidos de apontamentos de alguns autores sobre as influências teóricas mais marcantes no período (CAMPOS, 1994; DANTAS, 2014; LACAZ, 2001; MINAYO, 2001; NUNES, 1999; SILVA JUNIOR, 1998; STOTZ, 2003). Na segunda seção, busca-se identificar através da revisão quais questões contribuíram para as mudanças no referencial teórico-metodológico de interpretação da realidade pela Saúde Coletiva, especialmente no que diz respeito a mudança social e setorial. Tratam-se de aprofundamentos de inflexões iniciadas na década anterior e/ou novas questões colocadas para o campo e a maneira como os autores enfrentaram-nas.

Propõe-se um diálogo entre autores da segunda e da primeira seção, buscando-se estabelecer relações entre os resultados das pesquisas e as análises e percepções de autores do campo sobre a produção de seu tempo. A revisão e contextualização feitas nos capítulos anteriores perpassarão também este capítulo, uma vez que serão incorporados à análise aspectos relevantes da história do campo da saúde coletiva (capítulo 1), da estratégia política dos movimentos de luta pela saúde (capítulo 2) e do contexto das políticas de saúde da década de 90 (capítulo 3). Baseando-se em Bourdieu (1983, 2004) e Lowi (1994), busca-se ir além da relação entre texto e contexto social, explorando o campo científico e as relações entre Ciência e Estado.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO TEÓRICA DA SAÚDE COLETIVA NA DÉCADA DE 90

Tendo em vista que o foco deste estudo está nas abordagens teóricas sobre práticas de saúde, a pesquisa realizada por Levcovitz *et al.* (2002) foi identificada como o levantamento mais relevante no que diz respeito à caracterização da teoria produzida pelo campo no período, para o tema escolhido. Esta investigação buscou fazer uma análise temática da produção teórica em torno do eixo disciplinar 'Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde' (PP&G), compreendendo a política de saúde desde a macropolítica até as práticas de saúde, incluindo as relações estabelecidas neste âmbito (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). As discussões e proposições em torno das práticas de saúde também foram consideradas por Paim e Teixeira (2006) como integrantes da área de PP&G e por isso estes dois estudos serão tomados como referência para a caracterização realizada neste capítulo.

Levcovitz *et al.* (2002) realizaram sua pesquisa nos principais meios de difusão de conhecimento na área da Saúde Coletiva no Brasil, utilizando como material de análise livros, artigos em periódicos nacionais e internacionais, teses e dissertações, congressos da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e Conferências Nacionais de Saúde. Destas últimas, foram analisados especialmente os textos divulgados para debate nestes encontros, uma boa parte deles escrita por autores do campo. Destaca-se a ressalva feita pelos autores, de que não foi considerada toda a produção de conhecimento sobre PP&G, mas aquilo que se tornou mais visível e acessível no debate do campo (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Paim e Teixeira (2006) baseiam-se nos resultados deste estudo, incorporando alguns materiais e incluindo produções mais recentes, mais próximas ao período de publicação de seu artigo. Estes autores também abordam na análise alguns aspectos que não foram apontados no estudo de Levcovitz *et al.* (2002), contribuindo para a caracterização em questão.

Ao chegar na década de 90, o campo da Saúde Coletiva havia passado por uma clivagem importante, segundo aponta Levcovitz *et al.* (2002). Considerando-se os estudos de 1974 a 1990, estes autores indicam “a passagem de uma fundamentação mais epistêmica, passando por um movimento de ideias, até chegar às condições de operacionalidade técnica” da reforma (LEVCOVITZ *et al.*, 2002, p.61).

Como apontado nos capítulos anteriores, esta década se inicia com a elaboração e publicação de leis que definiram as diretrizes de funcionamento do SUS, constituindo uma base institucional para a implantação do sistema. Inicia-se nesse período a construção do SUS e a característica central da produção teórica de 1991 a 1998, segundo Levcovitz *et al.* (2002), foi a preocupação com a implementação da reforma e normatização do modelo proposto: "A reforma passou a ser analisada nas suas mais diversas transformações, e os dilemas da política surgiram como questão de pauta na agenda daqueles que um dia idealizaram o processo de reforma." (LEVCOVITZ *et al.*, 2002, p. 54)

Os resultados dos dois estudos que embasam esta caracterização indicam que as questões centrais das políticas de saúde da década (apontadas no capítulo 3) tiveram desdobramentos nítidos no campo. Desde o início da década, de maneira crescente ao longo dos anos, aparecem estudos baseados em experiências com o processo de descentralização, sobre a implantação do Programa de Saúde da Família, sobre gestão em diferentes condições, entre outros (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Esta congruência do debate acadêmico com as questões das políticas de saúde da década – situação frequente em toda a trajetória do campo, como já visto – fica mais nítida quando se observam, lado a lado, os temas mais frequentes nos estudos e os marcos da política, no quadro elaborado por Levcovitz *et al.* (2002):

Fases/Principais Marcos de Política	Temas abordados
<p>1991/98 – Definição do papel de cada esfera de governo na organização do sistema e formulação/implementação de instrumental operacional para esse relacionamento.</p> <p>Marcos de Política:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Norma Operacional 91 — financiamento — IX Conferência Nacional de Saúde — municipalização — Norma Operacional 93 — descentralização — Norma Operacional 96 — descentralização, atenção básica, Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários — X Conferência Nacional de Saúde — financiamento 	<ul style="list-style-type: none"> Reforma — Descentralização/Municipalização Reforma — PSF Reforma — Estado/ajuste Financiamento Relação público-privado Promoção da Saúde SILOS — distritalização Seguridade Social Conselhos de saúde — Controle social Planejamento local, planejamento participativo Gestão de serviços (alocação de recursos) Gestão e planejamento Prática Profissional Processo de trabalho Programas (impacto) Sistema (processo de descentralização) Modelos assistenciais — demanda, acesso e qualidade. Modelos assistenciais — PSF Psiquiatria (reforma/modelo assistencial)

Quadro 2 – Temas por fase da política (fonte: Levcovitz *et al.*, 2002)

Paim e Teixeira (2006) realizaram uma síntese de um estudo sobre temas de teses

relacionadas à política de saúde defendidas entre 1993 e 1998. A investigação em questão foi realizada no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), constatando que os temas se concentravam nos seguintes tópicos:

a) processos de emergência, formulação e implementação de políticas (constituição da agenda pública); b) dinâmica e atuação dos atores sociais (mobilização/desmobilização); c) contexto histórico-social; d) ciclo de vida de cada política (policy cycle); e) repercussões e padrões recorrentes de políticas; f) questões que se tornam objeto de intervenção (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 75).

Constata-se um crescimento considerável da produção acadêmica nestes anos, influenciado principalmente pela política de Ciência e Tecnologia deste período, que favoreceu a expansão de cursos de pós-graduação na área (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Estes autores apontam que dos 27 cursos de pós-graduação *stricto sensu* na área de saúde coletiva existentes no período do estudo, 17 foram criados a partir de 1990 (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Minayo (2006) destaca a realização de um estudo de avaliação sobre a pós-graduação em Saúde Coletiva no país feita pela Abrasco em meados da década, como uma importante contribuição desta instituição à consolidação do Campo. Este estudo produziu “conhecimentos que foram estratégicos para a reorganização de muitos programas, e passou a dar parâmetros a respeito de vários aspectos problemáticos, tanto aos coordenadores de curso como às instituições de avaliação e de fomento.” (MINAYO, 2006, p. 140). Indica que muitos problemas foram levantados, entre eles a existência de níveis diferenciados de qualidade dos cursos e grupos de pesquisa, com enormes desequilíbrios regionais; Elevado índice de evasão de estudantes (mais forte nas instituições que mais recebiam estudantes que trabalhavam nos serviços públicos); Aporte insuficiente e instável de recursos (tanto humanos quanto materiais); Ausência de estratégias que relacionem os programas da área com o setor de serviços de saúde, entre outros (MINAYO, 2006).

Um estudo também apontado pela autora realizado em 2001 revela avanços qualitativos na pós-graduação em Saúde Coletiva em relação a esta avaliação feita pela Abrasco (MINAYO, 2006). O estudo revela que ao final da década, notavam-se melhoras na qualificação e adequação do corpo docente, melhor estruturação de grupos de pesquisa e maior coerência entre campos disciplinares e áreas de concentração dos cursos aprovados, além de avanços nos critérios de avaliação (MINAYO, 2006).

Os levantamentos indicados por Minayo (2006) também demonstram um grande

aumento da produção acadêmica na década de 90. Segundo Levcovitz *et al.* (2002), a grande quantidade de estudos dificultou a identificação de quais deles foram referência no debate acadêmico e político do período. É possível identificar autores que obtiveram sucesso na divulgação de seus trabalhos, mas diferente dos períodos anteriores, não se pôde caracterizar com nitidez quais tiveram maior ou menor influência no campo⁴³ (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Chama a atenção também que nesta década há uma diminuição dos estudos de reflexão crítica produzidos pelos intelectuais do campo, com relação ao total de estudos (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Uma mudança importante deste período se dá na forma e na abrangência dos estudos. De modo contrário ao que ocorria anteriormente, segundo os autores, na década de 90 há um aumento significativo de estudos de caso e relatos de experiência, voltados à compreensão do processo da reforma nas localidades. Muitas destas produções teóricas têm como característica serem estudos propositivos, outra diferença com relação aos anos anteriores (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Estudos com estas características foram predominantes e parecem ter favorecido o desenvolvimento de reflexões sobre a organização dos serviços e práticas, contribuindo para que no período de 1991 a 1998 a área de “organização” fosse a segunda mais estudada em relação ao conjunto de subáreas de PP&G (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Levcovitz *et al.* (2002) identificam mudanças também no caráter dos estudos ao longo da década: Nos três primeiros anos há ainda grande produção teórica sobre a reforma, centrada na proposição de políticas, na implementação de modelos e na discussão de diretrizes operacionais, com características semelhantes às do final da década anterior. As áreas de controle social, saúde mental e saúde materno-infantil também estavam bastante atuantes neste período. A partir de 1994, há uma inflexão importante nos temas, caracterizada pela centralidade assumida pela descentralização nas discussões sobre modelo assistencial. Esta entrada com mais força deste tema no campo ocorre ao mesmo tempo que a política de

43 Levcovitz *et al.* (2002) destacam como estudos de maior sucesso na divulgação: RIVERA, F. J. U. **O agir comunicativo e a planificação estratégica no setor social (e sanitário)**: um contraponto teórico. 1991. Tese (Doutorado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991; GALLO, E. **Razão e planejamento**: algumas indicações críticas para uma práxis emancipadora. 1991. Dissertação (Mestrado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991; TEIXEIRA, S. M. F. **Estados sem cidadãos**. 1992. Tese (Doutorado) — IUPERJ, Rio de Janeiro, 1992; GERSCHMAN, S. **Democracia social e atores políticos**: um estudo da reforma sanitária brasileira. 1994. Tese (Doutorado) — IFCH/UNICAMP, São Paulo, 1994; e o estudo de Silva Junior (1998) sobre os modelos assistenciais, publicado em livro.

descentralização ganha mais relevância no país, após a elaboração e implantação da NOB 93 (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

É marcante no período também o crescimento de estudos de acompanhamento das diretrizes postas pelo Estado para a condução da reforma, como as discussões sobre vigilância à saúde e estudos sobre o PSF (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Ao final da década, a reforma do Estado passa a ser um tema presente de modo significativo nos estudos, situação que Levcovitz *et al.* (2002) considera ser uma retomada das discussões sobre a relação Estado e sociedade, por meio de outra ótica.

Diante deste maior detalhamento, que considera, dentro dos temas mais frequentes, quais deles foram predominantes no campo, é possível arriscar-se em uma aproximação com os apontamentos de Lowi (1994). Este autor, ao analisar a ciência política estadunidense e as relações com o Estado de seu país, identifica que a hegemonia de certas disciplinas e temas dentro daquele campo decorria do que chamou de “razões de Estado”: questões e causas políticas que o Estado colocava para a ciência, contribuindo para transformá-la (LOWI, 1994).

Os três temas que Levcovitz *et al.* (2002) indicam ter ganhado relevância nesta década (descentralização, acompanhamento de diretrizes postas pelo Estado para implantação da reforma no sistema e reforma do Estado) parecem ilustrar bem as “razões de Estado” presentes no campo científico da Saúde Coletiva. Dos três exemplos, a descentralização parece ser o mais ilustrativo, pois chega a assumir centralidade nas discussões, o que pode ser compreendido como hegemonia no campo de um dos aspectos da política estatal de saúde, ainda que por um período.

Certas particularidades da Saúde Coletiva, como a atuação de intelectuais do campo dentro do Estado teoricamente na perspectiva de “guerra de posições” e a existência de um locus de prática nos serviços de saúde que a ciência política estadunidense não tem, podem ser tidos como diferenças significativas a ponto de tornar esta aproximação questionável. No entanto, como já apontamos, a Saúde Coletiva pode ser considerada, em alguma medida, uma ciência social e por isso sujeita às mesmas questões apontadas por Lowi (1994).

Fazemos aqui a mesma ressalva que faz Lowi (1994), com relação à ciência política estadunidense: não se trata de questionar os méritos dos métodos e a fidedignidade das verdades que as disciplinas e temas que se tornam hegemônicas afirmam – e neste particular, a importância que a descentralização tem para a estruturação do sistema – trata-se de indicar,

com esta aproximação, a força das “razões de Estado” neste campo científico.

Parece importante também destacar que, no que tange à política social/de saúde no Brasil, nas razões de Estado incluem-se também as orientações de organismos internacionais. Como já apontado, na experiência brasileira de reforma sanitária não se pode desconsiderar o contexto internacional das políticas econômicas e sociais/de saúde e sua influência nas proposições do período. Neste sentido, ficou nítido na contextualização feita no capítulo 3, que a descentralização foi tida como consenso pelos principais atores envolvidos na política de saúde e se constituía numa proposta bastante interessante para o projeto político do Banco Mundial e da área econômica do Governo Federal (ELIAS, 1997; MISOCZKY, 2002).

Os outros temas frequentes nos estudos nos últimos dois anos da década foram: Relações entre Público e Privado; Economia da Saúde; Financiamento; Controle Social; Saúde e Meio Ambiente; Sistemas de Informação; Gestão de serviços e sistema de saúde (modalidades de gestão e estruturas gestoras); Gestão de Recursos Humanos; Tecnologia em saúde; Educação Médica; Processo de trabalho; Avaliação de processo/descentralização; Modelos assistenciais – PSF, Assistência Domiciliar, entre outros. Estes temas também convergem com o que estes autores identificam como principais questões da política de saúde para o período: a organização dos modelos de gestão e atenção à saúde e a regulamentação legislativa e normativa do financiamento e das relações público-privado (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

A análise de Paim e Teixeira (2006) corrobora com os aspectos levantados até aqui com relação a este período. Estes autores indicam que, de 1999 a 2000,

ganharam visibilidade os estudos voltados à análise e avaliação da gestão em saúde, em suas várias dimensões e níveis de complexidade. A temática da gestão descentralizada do SUS representou o pano de fundo de uma multiplicidade de estudos que abordaram aspectos relacionados com o planejamento, programação, reorganização do processo de trabalho, sistemas de informação em saúde, capacitação de pessoal, práticas de monitoramento, supervisão e avaliação de sistemas e serviços de saúde, bem como estudos sobre a participação e o controle social do SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 76).

Influências teóricas importantes no período

Alguns autores do campo desenvolveram reflexões e análises sobre influências teóricas na produção da Saúde Coletiva brasileira. Este tema não foi objeto central de nenhum dos estudos encontrados na revisão realizada, mas esteve presente nos debates, o que permite uma breve sistematização, que se fará adiante. Apesar da óbvia limitação metodológica desta sistematização, optou-se por este caminho por se considerar que as análises destes autores trazem indicativos importantes para a segunda seção deste capítulo.

Silva Junior (1998) aponta que as formulações da Saúde Coletiva deste período revelavam-se mais abrangentes que a concepção hegemônica, biomédica da saúde. Havia nestas formulações uma concepção mais ampla sobre o processo saúde-doença, em uma produção teórica preocupada com as desigualdades, com a democratização das relações sociais e com a qualidade de vida e aspectos individuais do adoecimento (SILVA JUNIOR, 1998).

Como vimos anteriormente, ao longo desta década aconteceram várias experiências de abrangência local, com propostas para reorientação do modelo assistencial vigente. Paim (2008) indica que estas experiências fortaleceram as discussões sobre *renovação das práticas de saúde*, identificadas por este autor como uma das tendências do campo na década de 90. Segundo sua análise, nos anos 90 o conceito de práticas de saúde, que era pouco considerado nas análises políticas iniciais e na formulação de políticas do movimento sanitário, tornou-se bastante presente no campo.

Deste movimento originam-se duas novas abordagens teóricas: o modelo Em Defesa da Vida (e dentro dele a Clínica Ampliada) (CAMPOS, 2003) e a Vigilância da Saúde (MENDES, 1999), com enfoques e percepções diferentes. Com uma trajetória distinta, a abordagem da Educação Popular e Saúde (cujos textos fundadores são da década de 80) se expande academicamente também na década de 90 com produções teóricas tanto na área de educação quanto na saúde coletiva, baseadas em experiências, nas quais a questão das práticas de saúde também teve relevância (STOTZ; DAVID; WONG UN, 2005).

Neste âmbito das práticas de saúde, Silva Junior (1998) destaca que os grupos formados na tentativa de propor novos modelos de atenção à saúde tiveram em seu processo de formulação de propostas três principais contribuições teóricas: a) os apontamentos de Donnangelo [1975](2011) sobre a organização social da prática médica; b) as reflexões sobre

o processo de trabalho em saúde de Gonçalves (1979)⁴⁴; c) as discussões e propostas da programação em saúde, de Schraiber (1990)⁴⁵.

No debate apresentado ao final do segundo capítulo, entre Campos (1988a; 1988b) e Fleury (1988a; 1988b), há um apontamento de Campos (1988a) que pode ser caracterizado como expressão desta tendência indicada por Paim (2008), uma vez que questiona justamente a pouca ênfase dada a este conceito. Campos (1988a) chama a atenção para a pouca relevância dada à discussão de modelos assistenciais alternativos e das correções necessárias ao adequado funcionamento do modelo vigente, nos documentos oficiais e estudos da época. Ressalta a importância de se discutir este tema, problematizando-se o modo de produção de serviços de saúde existente, mas identifica que os debates centravam-se mais em correções técnicas e administrativas, situação expressa na ênfase maior dada aos princípios de descentralização e de unificação (CAMPOS, 1988a).

O mesmo autor, ao analisar as relações teoria e prática de algumas das experiências desenvolvidas na década de 90 (reconhecidas como inovadoras por muitos autores) destaca que havia uma variedade de influências teóricas:

Estes inovadores (...) apoiaram-se em doutrinas elaboradas pela saúde coletiva (medicina social, epidemiologia, ciências sociais, planejamento e administração do público, etc.); no corpo programático de entidades como OMS/OPS; e mesmo em linhas reformistas do pensamento clínico (...). Sem dúvida, a atuação de partidos políticos, movimentos sociais e de agrupamentos específicos (por exemplo o da reforma psiquiátrica, ou o mais amplo ainda da reforma sanitária, articulado ao redor do CEBES) também contribuíram para a construção e experimentação de distintos modelos de atenção (CAMPOS, 1997, p. 116).

Outras influências importantes na produção teórica neste âmbito reconhecidas por Campos (1994) foram a experiência e teoria da Reforma psiquiátrica italiana e as reflexões sobre democratização das instituições e análise institucional. Estas abordagens influenciaram bastante o grupo ao qual este autor estava vinculado. Silva Junior (1998) destaca ainda a importância do Pensamento Estratégico em Saúde (de Mario Testa e Carlos Matus) e da concepção de Território de Milton Santos para as discussões em torno dos modelos assistenciais (SILVA JUNIOR, 1998). Para Minayo (2001) a teoria da ação comunicativa, de

44 GONÇALVES, R. B. M., **Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico**. Dissertação (Mestrado). 1979. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

45 SCHRAIBER, L. B. (org.) **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

Jürgen Habermas, teve influência significativa no desenvolvimento intelectual do período, de forma implícita e explícita. A análise das práticas discursivas e alguns autores filiados à chamada corrente pós-moderna são referenciais identificados por Nunes (1999) e Lacaz (2001) como influentes também nos últimos anos da década.

No capítulo 2 deste estudo contextualizamos a discussão em torno da estratégia política dos movimentos de luta pela saúde e vimos a grande influência do pensamento de Antonio Gramsci no movimento sanitário, em uma leitura particular feita por seus intelectuais (STOTZ, 2003). Como vimos, esta filiação teórica autodeclarada pelo movimento sanitário orientava sua prática política, baseada no acúmulo de forças e reformas parciais, tendo a ocupação de postos no Estado como principal estratégia, aproximando-se bastante da vertente “eurocomunista” (DANTAS, 2014).

Relacionado ao desenrolar desta estratégia, às escolhas teóricas do campo e ao processo de redemocratização política do Brasil, nota-se um deslocamento no tratamento dado às políticas sociais na teoria da Saúde Coletiva Brasileira. Ao longo da década de 80, a interpretação baseada na hegemonia (ou dominação consensual) foi abandonada e com isso os estudos sobre políticas sociais deixaram de ser analisados na perspectiva de legitimação da ordem (STOTZ, 2003). Para Stotz (2003), pesquisas e reflexões sobre este tema passaram a se basear na expectativa de “cidadanização” das classes trabalhadoras, conformando um modelo interpretativo baseado na experiência dos Estados de Bem-Estar Social do capitalismo avançado.

Neste sentido, Dantas (2014) aponta que na década de 90 há uma notável 'redução de horizontes' no movimento sanitário, sob o qual a agenda de grande política da Reforma Sanitária praticamente desaparece do cenário. O período é caracterizado por um momento de recuo teórico e prático, com os princípios, matrizes teóricas e objetivos societários da reforma sendo deixados de lado e tomados por um crescente pragmatismo político (DANTAS, 2014).

Algumas das questões que podem ter levado a (e/ou fortalecido) esta “redução de horizontes” – metáfora assumida aqui como uma boa maneira de se caracterizar as inflexões no referencial teórico e na prática política do movimento sanitário e da Saúde Coletiva – serão aprofundadas nas próximas páginas. Tais inflexões estão expressas nos resultados dos estudos que buscaram caracterizar a produção teórica da Saúde Coletiva e nos apontamentos de alguns autores sobre o campo, como vimos.

Buscou-se, em algumas passagens do texto, indicar a proximidade entre a produção

teórica do campo e as “razões de Estado” (LOWI, 1994): questões políticas postas pelo Estado brasileiro à Ciência. Pode-se dizer que nos estudos da Saúde Coletiva da década de 90 houve uma ênfase ainda maior no que Levcovitz *et al.* (2002) chamaram de “condições de operacionalidade técnica da reforma”. Os mesmos autores reconhecem que nesta década o campo assume uma postura “político-gerencial”, diferente da postura dos anos anteriores (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

São expressões disto o predomínio de temas ligados ao SUS, sua gestão e organização, a diminuição dos estudos críticos sobre a realidade de saúde do país, a mudança na maneira de interpretar e analisar as políticas sociais pelo campo e o aparente abandono de princípios mais amplos da Reforma Sanitária Brasileira. Esta breve síntese do que foi apresentado nesta seção aponta outros indícios da proximidade desta ciência com as demandas e “linguagens” do Estado, entre outras questões, que serão aprofundadas a seguir.

4.2 QUESTÕES QUE CONTRIBUÍRAM PARA AS MUDANÇAS NO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DE INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE PELA SAÚDE COLETIVA

Propõe-se daqui em diante um diálogo entre o que foi apresentado na seção anterior e apontamentos de outros autores (do campo e fora deste), com vistas a explorar algumas das questões que contribuíram para as mudanças no referencial teórico-metodológico de interpretação da realidade pela saúde coletiva nos anos 90. Trata-se de uma sistematização de reflexões que tiveram o campo da Saúde Coletiva como objeto, direta ou indiretamente, enfocando relações entre prática e teoria, entre questões políticas do período e produção teórica, implicações das escolhas teóricas para a prática, entre outros aspectos.

A partir da revisão e sistematização feita propõe-se um agrupamento de seis principais questões que afetaram de maneira significativa o referencial teórico-metodológico do campo e que serão os subitens desta seção: 1) Predominância da estratégia política de ocupação dos espaços institucionais no Estado e suas implicações para a teoria; 2) Expressões da ofensiva neoliberal na produção teórica do campo; 3) Reflexos no campo de inflexões e mudanças no âmbito das Ciências Sociais: crise da modernidade e pós-modernidade; 4) Fragilidade dos modelos explicativos da Saúde Coletiva sobre o processo saúde-doença; 5) Pouca elaboração da proposta em termos operacionais, no âmbito das práticas e dos serviços; 6) Reflexos das políticas de Ciência e Tecnologia do país para a Saúde Coletiva. Esta divisão visa apenas facilitar a análise, uma vez que, como se verá, estas seis questões estão entremeadas e influenciam umas nas outras o tempo todo.

4.2.1 PREDOMINÂNCIA DA ESTRATÉGIA POLÍTICA DE OCUPAÇÃO DOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS NO ESTADO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A TEORIA

As relações entre a atuação política do movimento sanitário e a produção de saber, na perspectiva do Triângulo da Saúde Coletiva, foram apontadas ao longo deste estudo e serão aprofundadas nesta seção. Uma discussão mais aprofundada sobre as diferenças internas do movimento sanitário e as possíveis abordagens teóricas decorrentes destas foi feita por Fleury (1997). A autora registra a existência de duas principais tendências no movimento: a “institucionalista” e a “movimentista”, que buscamos caracterizar no capítulo 2.

Vimos ser nítida a predominância da primeira tendência e o que acrescentamos agora para a discussão que se propõe nesta seção são as diferentes concepções e estratégias que

decorrem destas tendências, segundo esta autora. Fleury (1997) sugere haver unidade em torno a um projeto comum de sistema democrático de saúde e identifica nas tendências internas do movimento três perspectivas distintas com relação à democracia: democracia como movimento, como conflito e como institucionalidade.

A perspectiva política da “democracia como movimento” orienta-se pela mobilização das comunidades e sua socialização política. Toma o Estado como alvo de suas críticas e de suas demandas, e ao mesmo tempo circunscreve a luta pelo poder ao âmbito societário, o que para a autora implica numa contradição crescente. Desdobra-se em uma prática e teoria que se desenvolvem junto a organizações da sociedade (associações de moradores, sindicatos, entidades estudantis etc.), voltadas à comunidade (FLEURY, 1997). Ainda que a autora não faça esta correlação, nossa revisão nos permite indicar que há uma proximidade entre esta perspectiva e a Educação Popular e Saúde, abordagem teórica tributária das experiências dos movimentos populares de saúde das décadas de 70 e 80 indicados no capítulo 2.

Na perspectiva de “democracia como conflito”, a estratégia central seria a postulação do conflito, para o redirecionamento das práticas sociais objetivando a desmontagem das estruturas de dominação. Baseia-se no reconhecimento das diferenças e na elaboração destas ao nível político, entrando em contradição com toda perspectiva teórica homogeneizadora, incluindo aquelas que fazem um recorte classista da realidade. A autora destaca que há nesta perspectiva a influência do pensamento de Michel Foucault e de outros intelectuais europeus com abordagens semelhantes. A “democracia como conflito”, à época de sua análise, estava progressivamente perdendo força no movimento sanitário, mas influenciava significativamente a reforma psiquiátrica no país (FLEURY, 1997).

A posição política que se tornou predominante a partir dos anos 80 foi a de “democracia como institucionalidade”, referida a um processo de transformação das normas legais e do aparelho institucional responsáveis pela proteção à saúde dos cidadãos (FLEURY, 1997). Buscava-se com esta estratégia a efetivação de um deslocamento do poder político em direção às camadas populares, materializada na busca do direito universal à saúde e na criação do sistema estatal de serviços (FLEURY, 1997). Os pressupostos e desdobramentos teóricos desta concepção estão baseados na noção de cidadania, à qual se atribui um caráter transformador com vistas à construção de uma nova correlação de forças (FLEURY, 1997).

Por meio da estratégia de desenvolvimento da consciência sanitária se daria a articulação – teórica e prática – entre o corpo biológico com o corpo socialmente investido, ou

seja, o corpo produtivo. Esta articulação se daria a partir da experiência singular do sofrimento, assumindo-se o caráter dual da saúde: como valor universal e como “núcleo subversivo de desmontagem da ordem social” (FLEURY, 1997, p. 27).

Foi apontado aqui que a escolha do movimento para dar consequência a esta estratégia foi a tentativa de se constituir uma contra-hegemonia na perspectiva gramsciana de guerra de posições. Vimos, no capítulo 2, que para efetivamente se atuar nesta perspectiva fazia-se necessária uma aliança consolidada e ampla entre profissionais da saúde e trabalhadores da cidade e do campo, situação que não aconteceu (STOTZ, 2005). Cabe lembrar também a existência de outras determinações para a fragilidade desta aliança, assumindo-se, como Oliveira (1988) que a responsabilidade por este distanciamento não foi apenas do movimento pela reforma sanitária.

A este frágil enraizamento da reforma sanitária nas bases sociais (COHN, 1992) e à pretensa expressão de interesses de setores subalternos da sociedade por parte do movimento (GALLO, 1988; OLIVEIRA, 1988), somou-se a mudança de protagonismo na condução da política de saúde ao longo dos anos 90 (MISOCZKY, 2002). Ao mesmo tempo, diminuía-se ainda mais a permeabilidade do Estado a propostas orientadas pelos princípios da reforma sanitária no contexto da ofensiva neoliberal (MISOCZKY, 2002).

Neste cenário, parte das propostas da Saúde Coletiva no âmbito das práticas de saúde, segundo análise de Silva Junior (1998), pressupunham coalizões políticas estáveis para sua viabilização, o que para o autor poderia ser interpretado como um certo “pragmatismo político”. Tal característica era mais marcante nas abordagens teóricas que constituíam o polo dominante do campo da Saúde Coletiva na década de 90, tornando-se alvo de críticas de alguns intelectuais, conforme aponta o autor (SILVA JUNIOR, 1998). Esta percepção de Silva Junior (1998) indica que pode ter havido uma continuidade do que Cohn (1992) destacava como uma das marcas do campo no início da década. A autora afirmava que a prática política ligada à reforma sanitária brasileira constituía-se no horizonte e no limite da produção do conhecimento pela Saúde Coletiva. Assim, a resolução de problemas específicos do campo estaria limitada pelos processos sociais em curso.

Para Cohn (1992), o saber deste campo tinha como característica a fundamentação da prática política do movimento, o que acarretaria, por si só, uma importante limitação (COHN, 1992). A função de mediação entre atividades acadêmicas e espaços de formulação da política estatal exercida pela Abrasco, com um papel de legitimação nos dois planos, pode ser

apontado como um reforço a esta limitação apontada por Cohn (1992), apesar dos ganhos quanto ao fortalecimento do campo.

Como vimos, a delimitação do tipo de problemas, dos métodos e teorias explicativas é um dos aspectos em permanente disputa nos campos científicos, com posições que variam de acordo com a inserção política dos intelectuais, segundo Bourdieu (1983). Uma questão que pode ser levantada como significativa para a compreensão das inflexões teóricas do campo é que a formulação dos problemas atinentes ao campo também teve grande influência da estratégia política predominante no movimento, bem como do referido distanciamento das bases sociais.

Neste sentido, se na década de 90 a prática política de parte considerável dos intelectuais continuava se pautando na mudança social pela via institucional, – alguns atuando no final da década anterior como o próprio Estado, como vimos (GALLO, 1988) – supõe-se que as perspectivas teóricas predominantes no campo teriam os mesmos horizontes e limites desta via. A centralidade assumida pelas questões oriundas da atuação no âmbito institucional e a natureza da interpretação teórica/política do Estado e das políticas sociais podem representar, respectivamente, o horizonte e o limite do que foi hegemônico na produção teórica.

Com base nisso e no referido “pragmatismo político” das perspectivas hegemônicas, pode-se inferir que abordagens teóricas que apontassem para horizontes diferentes dos do movimento (por exemplo: baseadas na mudança social por outras vias e/ou com outras perspectivas de análise sobre o Estado) encontrariam bastante dificuldade na correlação de forças internas do campo. Isto não pode ser afirmado com certeza, uma vez que não foram encontrados estudos que abordassem em detalhes, quantitativa e qualitativamente, as expressões na produção teórica de disputas internas do movimento. Entretanto, a pouca menção a abordagens menos vinculadas à prática institucional nos estudos de caracterização temática da produção teórica do campo é por si só um dado relevante.

4.2.2 EXPRESSÕES DA OFENSIVA NEOLIBERAL NO CAMPO

No capítulo anterior vimos algumas das formulações essenciais do neoliberalismo expressas na política de saúde no Brasil na década de 90, e nas disputas em torno de sua formulação. Em síntese, a expressão da ideologia neoliberal neste âmbito se deu por meio da

redefinição e redução do papel do Estado, pela tendência à focalização como contraponto à universalização, pelo fortalecimento do gerencialismo no setor e por tentativas de privatização (LAURELL, 2009; MISOCZKY, 2002). Destacou-se como importantes atores para a viabilização destas propostas a área econômica do Governo Federal e as agências internacionais de fomento, como o Banco Mundial.

Se no processo de formulação da política de saúde, vimos que “a concepção do Estado neoliberal avançava, de modo mais ou menos natural, como se fosse a única opção possível”, (MISOCZKY, 2002, p. 104), no campo científico esta ideologia também teve um impacto significativo. Campos (1997) reconhece que o neoliberalismo se constituía como obstáculo a projetos redistributivos, em um sentido amplo, desde o valor atribuído à vida humana pela sociedade à quantidade de recursos financeiros disponíveis para o setor. (CAMPOS, 1997).

Isto posto, o autor destaca que esta ideologia teve grande influência no campo da Saúde Coletiva à época de seu texto, constituindo-se em um peso, o qual todos estariam obrigados a carregar (CAMPOS, 1997). Explicando esta metáfora, indica que havia no campo tanto pesquisadores dedicados à reprodução destas ideias quanto pesquisadores preocupados em compreendê-las para fortalecer seus contra-argumentos (CAMPOS, 1997). Cohn (1992), na mesma linha, aponta a influência deste ideário no campo da Saúde Coletiva já no início da década. A autora indica que os preceitos neoliberais se inseriam no campo e na arena política naquele momento com “facilidade e ligeireza” (COHN, 1992). Mesmo com a resistência apontada, segundo Campos (1997), não havia se constituído internamente uma oposição concreta ao neoliberalismo, fragilidade que o autor relaciona também à excessiva fragmentação do movimento sanitário.

Silva Junior (1998) indica que o contexto de crise econômica mundial do período acirrou ainda mais as críticas às propostas de universalização do acesso à saúde. Neste cenário, a onda neoliberal chega aos países da América Latina como propostas de “modernização” e “racionalização” do Estado e dos serviços de saúde, expressas também na academia (SILVA JUNIOR, 1998). Como vimos, além de seu conteúdo racionalizador, tais propostas estavam baseadas no fomento ao mercado no setor, favorecendo ainda mais a acumulação de capital (LAURELL, 2009; SILVA JUNIOR, 1998). Com estas proposições, há a entrada no campo de um certo determinismo de que o único mecanismo de auto-regulação social considerado “natural” seria o mercado capitalista, com importantes implicações para a teoria produzida (STOTZ, 1997).

Fleury (1997) destaca a polarização entre os modelos de universalização e de focalização como uma das principais disputas conceituais presentes no campo no período. Desta polarização, desdobrava-se a discussão em torno das modalidades de proteção social (do tipo assistencial, ou de seguro social ou de seguridade social), ancoradas na noção de cidadania (FLEURY, 1997). O contexto de crise econômica e ajuste fiscal intensificou as discussões em torno das diferenças entre estas modalidades, notadamente seus princípios norteadores (mercado, mérito ou necessidade), seus arranjos organizacionais, e os padrões de cidadania⁴⁶ (invertida, regulada ou universal) (FLEURY, 1997).

Vimos no capítulo anterior a constituição da hegemonia do Banco Mundial no cenário das organizações internacionais de saúde e a intensificação da presença deste ator nos debates nacionais (MISOCZKY, 2002). Foi apontada a proximidade entre o direcionamento das mudanças propostas pelo Governo Federal e as recomendações do Banco, que acabaram se incorporando à política de saúde. Este processo de disputa, bem como a resistência dos atores, está descrito no capítulo anterior e o que se quer resgatar disto para esta seção é a presença do Banco Mundial não apenas como financiador de projetos, mas também como disseminador de ideias e propostas, buscando e constituindo legitimidade no campo (MISOCZKY, 2002; SILVA 2007). Tal situação remete ao que vimos quanto às razões de Estado na definição dos temas do campo, compreendendo-se as orientações dos organismos internacionais como parte destas razões.

Neste cenário, o Ministério da Saúde encomendou a algumas instituições de pesquisa em saúde a realização de estudos de avaliação sobre o PSF⁴⁷ (SILVA, 2007). Ainda que

46 A cidadania invertida se dá quando a modalidade de proteção social é apenas a de Assistência Social, em um contexto de políticas sociais compensatórias. Neste padrão de cidadania, é necessário haver necessidade para se receber algum benefício e esta precisa ser comprovada. A cidadania invertida “tem como atributos jurídicos e institucionais, respectivamente, a ausência de uma relação formalizada de direito ao benefício, o que se reflete na instabilidade das políticas assistenciais” (FLEURY, 1985b, p. 401). Nota-se, pela descrição apresentada, que este conceito é bastante semelhantes à concepção de política social no ideário neoliberal. A cidadania regulada está vinculada ao exercício de uma ocupação oficialmente reconhecida e registrada. Trata-se de cobertura restrita à população assalariada, estabelecida por meio de uma relação jurídica do tipo contratual. Os benefícios oferecidos são geralmente proporcionais à contribuição efetuada, sem relação imediata com as necessidades do beneficiário. Já na cidadania universal, os direitos sociais independem da inserção dos indivíduos no processo produtivo ou de contribuições ao sistema vigente, constituindo-se em dever do Estado a garantia de um mínimo vital aos seus cidadãos em relação à saúde, educação, pensão, seguro desemprego, etc. (FLEURY, 1985b).

47 Entre estas, Silva (2007) destaca as seguintes pesquisas: “O programa saúde da família: evolução da sua implantação no Brasil”, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; “Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos”, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; “Determinação e Avaliação do custo do Programa Saúde da Família”, desenvolvida pela Fundação Getúlio Vargas.

fomentados pelo Estado, nestes estudos foi possível apontar alguns dos problemas do programa/estratégia, e alguns deles se constituíram em tentativas de resistência e enfrentamento teórico ao ideário neoliberal.

Alguns dos questionamentos apresentados nestes estudos que ilustram estas tentativas foram: a) críticas a algumas normatizações do programa que prejudicavam a implantação do PSF em grandes centros urbanos; b) constatação de que houve maior resistência à implantação do PSF em lugares onde já havia algum tipo de estruturação da Atenção Básica, como os Sistemas Locais em Saúde (Silos). Esta constatação remetia à crítica à imposição, pela indução financeira, de um modelo que desconsiderava as realidades e experiências locais; c) avaliação do custeio necessário para que as equipes desenvolvessem as ações preconizadas no programa e caracterização de diferenças regionais e locais quanto a estes custos, revelando a insuficiência do aporte financeiro para sua efetivação na perspectiva da universalidade e integralidade (SILVA, 2007). Para Silva (2007), estes e outros estudos

evidenciaram a necessidade de formulação de estratégias que dessem um apoio maior a esses municípios, levando em consideração os principais problemas para implantar o programa, de forma mais homogênea no território e respeitando suas realidades locais, principalmente, os municípios de grande porte (SILVA, 2007, p. 140).

Nos debates sobre a implantação do PSF também se deram disputas conceituais entre as abordagens teóricas desenvolvidas no período. As abordagens Em Defesa da Vida e Vigilância da Saúde, conceitos e propostas da Educação Popular e (em) Saúde e/ou vinculadas às experiências citadas no capítulo 1, bem como reflexões decorrentes de experiências municipais estiveram presentes nos debates sobre esta política. Como vimos, a partir do reconhecimento formal do PSF como Estratégia, houve um maior aporte conceitual para a formulação de suas diretrizes, abrindo-se, no âmbito estatal, a possibilidade de desenvolver as ideias acima apresentadas.

Neste sentido, Silva Junior (1998) chama a atenção para mudanças que se deram na teoria decorrentes do processo de implantação do PSF. O autor aponta que o grupo vinculado à experiência de “SILOS brasileira”⁴⁸ constituiu-se como o de maior força interna no campo

48 Silva Junior (1998) identifica a publicação MENDES, E.V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994 como vinculada a esta experiência. A produção deste grupo está relacionada ao que veio a ser a abordagem da Vigilância da Saúde.

(no âmbito das práticas de saúde) com considerável influência na definição da política de saúde.

As proposições teóricas decorrentes desta experiência tinham na sua essência os princípios da reforma sanitária, e puderam ser difundidas através das “brechas” institucionais em programas e projetos do Ministério da Saúde (SILVA JUNIOR, 1998). No entanto, a incorporação destas propostas à política se deu mais pela sua face racionalizadora do que pelas mudanças propostas em termos de estratégia de organização da rede de assistência (SILVA JUNIOR, 1998). Este movimento influenciou o desenvolvimento teórico desta abordagem que, conforme indica Silva Junior (1998), passou a aceitar certas “simplificações” e “mutilações” em sua concepção original.

O autor destaca que esta e as demais experiências/abordagens da Saúde Coletiva analisadas por ele mantiveram-se alinhadas à concepção de direito universal à saúde, o que indica algum grau de *refração* do campo (BOURDIEU, 2004) com relação aos ditames neoliberais. Esta possível resistência interna no campo científico – que não pode ser mensurada apenas com a revisão realizada – não se traduziu em resistência significativa no âmbito da política da saúde, como vimos no capítulo anterior.

Ainda no âmbito das relações entre Estado e Ciência, Silva Junior (1998) aponta que o discurso político predominante no Estado brasileiro desde o final dos anos 80 passa a ser o controle da crise econômica (SILVA JUNIOR, 1998). As forças políticas dominantes no campo institucional tenderam a apresentar discursos “mais técnicos que políticos” em substituição ao esforço redemocratizador do período anterior (SILVA JUNIOR, 1998). Tais afirmações remetem a uma nova aproximação com os apontamentos de Lowi (1994) com relação à ciência política estadunidense. O autor indica que houve uma mudança importante na “linguagem” do Estado de seu país, passando de um discurso baseado no Direito para um discurso baseado na Economia (LOWI, 1994). A expressão disso para a ciência seria uma diminuição das possibilidades de discussão e crítica, uma vez que, segundo o autor, “a análise econômica é politicamente útil porque bloqueia o debate” (LOWI, 1994, p. 10). O que foi apresentado nesta seção e na descrição do processo de formulação da política de saúde no capítulo anterior indicam que a expressão na ciência deste tipo de mudança no âmbito do Estado também se deu na Saúde Coletiva.

4.2.3 REFLEXOS NO CAMPO DE INFLEXÕES E MUDANÇAS NO ÂMBITO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS: CRISE DA MODERNIDADE E PÓS-MODERNIDADE

Outro aspecto que teve influência significativa na produção teórica da Saúde Coletiva foi o conjunto de mudanças que se deu no âmbito das Ciências Sociais no Brasil e no mundo. Uma vez que esta ciência se constitui num referencial nuclear para o campo da Saúde Coletiva, as questões enfrentadas pelos dois campos têm uma grande proximidade (COHN, 1992). Neste sentido, ainda que a saúde possua suas reflexões próprias, os dilemas epistemológicos, impasses e tensões que marcam a Sociologia e outros ramos das Ciências Sociais estão presentes na Saúde Coletiva. (COHN, 1992; MINAYO, 2001).

Foi marcante nos estudos revisados a existência de críticas ao que se chama de caráter totalizante das abordagens teóricas da Saúde Coletiva das décadas de 70 e 80. O debate em torno desta questão esteve bastante presente no campo nos anos 90, constituindo-se numa preocupação significativa para seus pesquisadores no final da década (NUNES, 1999). Buscou-se aprofundar nesta seção algumas das questões relacionadas a esta crítica e suas diferentes interpretações, com base em autores do campo e fora deste, compreendendo-a como vinculada a um debate mais amplo, no âmbito das Ciências Sociais.

Destaca-se que as questões que serão abordadas a seguir não se referem a toda a literatura produzida pela Saúde Coletiva, dada a ampla variedade de seus temas. Tratam-se de mudanças relacionadas a parte desta produção, que se considerou serem importantes para a discussão em torno das práticas de saúde.

Vimos anteriormente as relações entre o processo de “modernização” pelo qual o país passava e a constituição da Saúde Coletiva, vinculada a uma crítica a este processo. A base desta crítica estava nos mesmos ideários da modernidade e a partir dela se deu a incorporação do materialismo histórico (ou do “paradigma histórico-estrutural”, denominação presente nos textos dos anos setenta) (STOTZ, 1997). Neste contexto, desenvolveram-se os estudos sobre os processos sociais de produção e distribuição da doença e sobre as práticas de saúde, compreendidos por Stotz (1997) como uma interpretação crítica dos impactos socialmente diferenciados dos macroprocessos de modernização.

Com relação às décadas de 70 e 80, Cohn (1992) chama a atenção para a presença na Saúde Coletiva da herança intelectual de uma interpretação do Estado como instituição modernizadora da sociedade. Tal herança seria oriunda de uma leitura do marxismo feita

pelas Ciências Sociais latino-americanas que se preocupou pouco com a compreensão teórica das especificidades do Estado no capitalismo tardio, e acabou assumindo estes preceitos da modernidade em suas análises (COHN, 1992).

Stotz (1997), ao realizar um resgate histórico das leituras do marxismo feitas pelas Ciências Sociais e pela Saúde Coletiva, indica que o projeto científico desta se organizou em torno das interpretações funcionalistas da obra de Marx. Para este autor, o marxismo que predominou depois de Marx e que se institucionalizou como um saber acadêmico está baseado em leituras estruturalistas d'O Capital, nas quais a noção filosófica de totalidade social e a noção de historicidade praticamente desaparecem das análises (STOTZ, 1997). O princípio teórico-metodológico desta vertente estruturalista baseia-se na ideia de que o processo histórico não tem sujeito nem fim, e com isso a problemática da identidade e diferença de interesses entre os sujeitos da ação coletiva desaparece. As regras das relações sociais são compreendidas como constantes, de modo que os sujeitos portariam relações mais ou menos estáveis, tidas como estruturas (STOTZ, 1997).

Nesta versão estruturalista do marxismo as relações entre esferas heterogêneas da vida social estariam unificadas por um princípio interno, independente da vontade dos indivíduos. Trata-se do princípio da determinação, que a esfera econômica exerceria sobre o todo da sociedade (STOTZ, 1997). Quanto à influência desta matriz teórica nos estudos iniciais da Saúde Coletiva, Minayo (2001) aponta que o pensamento estruturalista baseado em Althusser teve grande aceitação no campo⁴⁹. Estudos influenciados por esta abordagem, que priorizaram as determinações, as relações de produção e o domínio médico-social tiveram como foco os aspectos histórico-estruturais da realidade, o que possibilitou uma importante e necessária crítica aos aparelhos do Estado. No entanto, as análises da práxis e dos sujeitos sociais, históricos e culturais tiveram pouca relevância nestes estudos, fato que se tornou alvo de críticas ao longo dos anos, mais notadamente nos anos 90, caracterizados por Minayo (2001) como “a década do retorno do sujeito”.

Na revisão feita para este estudo foram encontradas críticas desta natureza, que confirmam esta tendência indicada por Minayo (2001). Campos (1997) identifica que o conceito de determinação dos processos saúde-doença-intervenção predominante no campo

49 O pensamento de Louis Althusser apresenta muitas das características identificadas aqui como pressupostos do marxismo de viés estruturalista e um dos exemplos de sua influência no campo é sua presença marcante na tese de Sérgio Arouca (1975).

funda-se numa concepção positivista e mecanicista, simplificando-o. Este autor destaca como fundamental o resgate do sujeito e da prática clínica para as formulações teóricas da Saúde Coletiva (CAMPOS, 1997). Cohn (1992), no início da década, apontava as limitações que o referencial adotado tinha para analisar realidades específicas, sinalizando a importância de se discutir reformulações na teoria.

Neste contexto de críticas ao estruturalismo, Lacaz (2001) aponta que surge no campo uma “crise de explicação”, da qual se poderiam ter diferentes saídas. Stotz (1997) chama a atenção para outros aspectos da obra de Marx que foram pouco considerados no processo de institucionalização do marxismo e que poderiam se constituir como uma saída marxista para esta crise explicativa:

Há, contudo, um “outro” Marx: aquele que (...) acentua a relação entre a intencionalidade inscrita nas ações dos sujeitos sociais e a *aparência* de uma determinação forte, de uma regulação de comportamentos semelhante à uma *lei* (Stotz, 1997, p. 276).

Esta outra perspectiva existente na obra de Marx – e também em vertentes marxistas decorrentes dela – traz elementos importantes para a compreensão dos pressupostos da cultura moderna e não se aproxima da racionalidade instrumental da ciência moderna, como acabou acontecendo com as vertentes positivistas citadas. Desta forma, não perde de vista a dimensão histórica nem a totalidade social, relacionando-as às intencionalidades dos sujeitos (STOTZ, 1997).

Esta não foi a saída encontrada para a crise explicativa na Saúde Coletiva. Pelo contrário, a crítica de uma boa parte dos autores do campo passou a ser ao marxismo como um todo, direcionando-se para toda a teoria marxista os questionamentos ao estruturalismo (LACAZ, 2001). Barbosa (2010) refere que ao longo dos anos 90 “qualquer menção ao marxismo tornou-se explícita ou veladamente censurada ou, na melhor das hipóteses, silenciada” (BARBOSA, 2010, p. 17). Assim como Stotz (1997), a autora indica a existência de outras perspectivas interpretativas da obra de Marx orientadas pelo referencial dialético e relacional que poderiam trazer grande contribuição ao campo da Saúde Coletiva. No entanto, a forma como se deram as críticas citadas contribuiu para o silenciamento destas perspectivas alternativas (BARBOSA, 2010).

Barbosa (2010) destaca ainda que o abandono progressivo do referencial marxista na análise da sociedade se dá em praticamente todos os campos e áreas do conhecimento. Este

abandono está relacionado a uma mudança importante no âmbito da Ciências Sociais no mundo nas décadas de 70 e 80, que teve grande repercussão nos campos científicos constituídos por estes saberes. Trata-se da chamada “crise da modernidade”, vinculada à reestruturação das relações entre capital e trabalho ocorrida neste período (STOTZ, 1997).

No pensamento sociológico europeu emerge uma perspectiva que questiona o lugar do trabalho como princípio regulador da ordem social, trazendo críticas à racionalidade moderna até então dominante. Considera-se ter havido o “colapso do trabalho” e o nascimento do “capitalismo desorganizado” e com isso perspectivas analíticas que têm na relação capital e trabalho sua centralidade, como o marxismo, não teriam mais valor para explicar a sociedade (LACAZ, 2001; STOTZ, 1997). Da mesma forma, o papel da classe operária como oposição revolucionária já não mais existiria, substituindo-se a luta de classes pela “revolução cultural” (LACAZ, 2001).

Deste movimento constituiu-se a chamada ciência pós-moderna, na qual “a política de classes, calcada na noção de *desigualdade*, perderia espaço para as políticas baseadas na noção de identidade, calcadas na *diferença*” (LACAZ, 2001, p. 234, grifos do autor). A perspectiva teórica pós-moderna é compreendida por Stotz (1997) como uma ciência da *ação contra a estrutura*. Nesta corrente questionam-se as noções clássicas de verdade, objetividade, razão e a concepção de progresso ou emancipação universal, bem como as grandes narrativas ou fundamentos definitivos de explicação. Desta maneira, o mundo é percebido como instável, imprevisível e incerto (LACAZ, 2001).

Esta interpretação ganha força no campo da Saúde Coletiva nos anos 90, influenciando de modo considerável parte dos autores na busca pela saída da “crise de explicação” decorrente do questionamento ao estruturalismo (LACAZ, 2001). A influência de autores pós-modernos se traduz no campo pela valorização excessiva de categorias como identidade, subjetividade, imaginário, linguagem/língua/discurso e cultura por seus pesquisadores (LACAZ, 2001). Para Lacaz (2001), elementos da ciência pós-moderna, como a *fragmentação do sujeito*, o *antiuniversalismo*, e a *particularismo* apresentavam-se como tendência na produção científica da Saúde Coletiva ao final da década de 90.

Este autor desenvolve algumas críticas a esta perspectiva, ancoradas na discussão mais ampla no âmbito das Ciências Sociais. Lacaz (2001) compreende que os pressupostos da ciência pós-moderna levam a uma predominância de questões ligadas aos microprocessos muitas vezes descontextualizadas dos macroprocessos sociais. A perda da dimensão histórica

decorrente destes pressupostos é encarada por Lacaz (2001) como de grande prejuízo para as análises teóricas do campo, que ficariam sujeitas a um tipo de relativismo extremado.

Stotz (1997) também identifica a existência de elementos da pós-modernidade na produção teórica da Saúde Coletiva nos anos 90 e chama a atenção para o fato de que os fenômenos deixaram de ser analisados na perspectiva da determinação. As ideias de totalidade e estrutura teriam caído em desuso no vocabulário científico também na Saúde Coletiva e os fundamentos da pós-modernidade levariam a uma interpretação da realidade como contingente e indeterminada (STOTZ, 1997). Desta maneira, não haveria um sistema social (como por exemplo, o capitalismo), com leis próprias e unidade sistêmica (LACAZ, 2001). O que existiria seriam apenas muitos e variados tipos de poder, identidade e opressão, inviabilizando análises causais (LACAZ, 2001). Registra-se que a 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996 tem como uma das características, segundo Misoczky (2002), a excessiva ênfase em questões específicas de saúde de diversos setores sociais, o que pode estar relacionado com a influência destes referências teóricos.

Neste sentido, Lacaz (2001) identifica como um problema para o campo o fato da crítica de autores pós-modernos à teoria marxista serem traduzidas em críticas a qualquer explicação de causalidade e determinação. Toda a teoria marxista – e não apenas as vertentes funcionalistas e positivas – é acusada de reducionista, devido à sua busca por uma explicação de caráter totalizante (LACAZ, 2001). Para autores da corrente pós-moderna, a interpretação baseada nas classes sociais e na totalidade já não teria mais valor e reduziria a experiência humana a uma visão monolítica do mundo (LACAZ, 2001).

Barbosa (2010) chama a atenção para o viés ideológico existente no reconhecimento de termos da pós-modernidade (diversidade, identidades, diferenças, fragmentação, etc.) como conceitos “universais” no léxico sociológico nas últimas décadas. A supressão de conceitos tais como capitalismo, classe, exploração, dominação, desigualdade, entre outros, estaria vinculada ao crescimento desta perspectiva nas Ciências Sociais (BARBOSA, 2010).

Este tipo de negação ao conhecimento pautado na valorização do universal torna-se mais preocupante em um contexto no qual o capitalismo globalizado reforça seu caráter totalizante (LACAZ, 2001). No período de florescimento da ciência pós-moderna o que se nota no plano cultural – com a globalização – é uma tendência à padronização e à homogeneização, apesar da ilusão de pluralidade apresentada (LACAZ, 2001). A lógica de transformar tudo em mercadoria, a busca pela maximização do lucro e a competição saturam a

ordem social, de modo que para a compreensão deste sistema totalizante o tipo de conhecimento rejeitado pela pós-modernidade teria grande valor (LACAZ, 2001).

A respeito do questionamento central na perspectiva pós-moderna, o chamado “colapso do trabalho”, Navarro (1993) faz apontamentos importantes em direção a uma crítica a esta perspectiva analítica. O que supostamente justificaria a valorização excessiva das identidades em detrimento das classes sociais – a existência nas últimas décadas de diferenças mais marcantes entre a classe trabalhadora – é questionado por este autor. Navarro (1993) afirma que a classe trabalhadora sempre se caracterizou por ter segmentações, estratificações e diferenciações internas, por profissão, ocupação, grupos étnicos, idade, regiões, etc. Ressalta ainda que

nenhum dos autores que afirma a existência de uma nova fragmentação na classe trabalhadora baseia suas afirmações em pesquisas científicas empíricas que demonstrem que a classe trabalhadora é mais diversificada hoje que anteriormente (NAVARRO, 1993, p. 181).

Na mesma linha de Lacaz (2001), o autor afirma haver evidências de que as mudanças ocorridas no capitalismo nas últimas décadas levaram a uma redução da possibilidade de eleição e diversidade da classe trabalhadora, devida, em parte, à uniformidade imposta pela produção e pelo consumo (NAVARRO, 1993). Sem desconsiderar as mudanças recentes no âmbito das relações entre capital e trabalho, o autor constata uma tendência de que mesmo com o advento das novas tecnologias (ou talvez por causa deste), as condições de trabalho se tornavam cada vez mais uniformes, ao invés de se diferenciarem (NAVARRO, 1993).

Neste contexto, parece ser um equívoco questionar a centralidade do trabalho como princípio regulador da ordem social e retirar as categorias marxistas das análises teóricas sobre saúde e sociedade. Navarro (1993) ainda chama a atenção para o paradoxo de que o fortalecimento mundial da perspectiva teórica que nega a prática de classe na política se dê em um momento de alta coesão ideológica da classe capitalista, com atuação política desta com clara e transparente orientação de classe. O surgimento de pressupostos da pós-modernidade na teoria da Saúde Coletiva na década de 90, em um contexto de posicionamento político do Estado – como vimos – claramente a favor da classe capitalista pode se constituir em um paradoxo semelhante, guardadas as devidas proporções.

Nenhum dos autores consultados nega a importância das categorias valorizadas pela ciência e cultura pós-moderna para a compreensão das relações entre saúde e sociedade.

Lacaz (2001) ressalta a relevância de análises que considerem o discurso e a cultura na constituição atual das classes sociais, ainda mais quando se trata de informação e educação, aplicadas à saúde. Barbosa (2010) reconhece que embora as teorias pós-modernas não apontem para transformações concretas da realidade, estas expressam um desencantamento com a sociedade capitalista avançada, identificado como um certo mal-estar da modernidade tardia.

Reconhece-se também, como Minayo (2001), a importante contribuição de abordagens desta natureza em suscitar questionamentos a alguns dos limites do modelo biomédico de interpretação do processo saúde-doença, a saber: “a arbitrariedade dos domínios institucionais sobre os doentes, suas famílias e sobre outras concepções sociais de saúde-doença; a relatividade da verdade científica da medicina e da ética médica em que se projetam modos de dominação.” (MINAYO, 2001, p. 15). O que se critica é que este “elogio da diferença” tem levado as análises a abandonarem a temática da desigualdade social e a reproduzirem uma nova forma de reducionismo, pautado no relativismo (LACAZ, 2001).

No ano de 2001 há um importante debate na revista *Ciência e Saúde Coletiva*, que coloca em evidência distintas interpretações existentes no campo até aquele momento quanto aos temas de estrutura e sujeito (Minayo, 2001). Neste debate, Stotz (2001) destaca a importância do resgate da análise centrada nas classes sociais, ao chamar a atenção para o fato de que a inserção no processo produtivo prisma o olhar dos sujeitos sobre o social. O autor questiona a posição de Minayo (2001) – baseada em tendência existente no campo nos anos anteriores – de compreensão do “sujeito coletivo da saúde”⁵⁰ como toda a sociedade:

O sujeito, a “sociedade”, é algo pensável em uma sociedade dividida socialmente? Se for, não seria apenas como uma abstração universalizante, assimilável apenas na mediação racional do estado democrático? (STOTZ, 2001, p. 28).

Este tipo de posicionamento político e teórico poderia levar a análises que ocultam os diferentes interesses de classe envolvidos no processo saúde-doença, bem como passaria ao largo da capacidade dos sujeitos formularem diferentes “problemas de saúde” (STOTZ, 2001).

Barbosa (2010) ressalta a importância de uma teoria crítica sobre o capitalismo para a

50 Compreendido em dois sentidos, como “objeto” de estudo do campo e como sujeito de movimentos transformadores dos padrões de saúde (MINAYO, 2001).

compreensão da influência dos organismos internacionais que se dão na política de saúde desde os anos 90:

“(…)só é possível desvendar e visibilizar as influências de uma política externa que direciona as políticas ‘nacionais’ de acordo com os interesses do capital internacional quando se desnuda e compreende a natureza desse sistema em todas as suas complexas articulações, geralmente não perceptíveis nem explícitas.” (BARBOSA, 2010, p. 15)

A pouca repercussão no debate sanitário de estudos que se dedicaram às relações entre o Estado brasileiro e os interesses do capital internacional no setor saúde⁵¹ é encarada como preocupante pela autora. Para Barbosa (2010), a pouca relevância deste assunto nos debates do campo (ao menos com esta ênfase) seria uma clara expressão da fragilidade teórica das análises do período em compreender a totalidade dos processos relacionados à política de saúde dos anos 90 e 2000 (BARBOSA, 2010).

Buscou-se nesta seção compreender alguns dos aspectos existentes na *crise da modernidade* e sua expressão na Saúde Coletiva na década de 90. Há outras questões que não foram aprofundadas aqui, devido à natureza desta pesquisa e à pouca quantidade de estudos dedicados à compreensão e crítica deste processo. Com essa contextualização, nota-se que o campo não passou imune a estas questões que se deram no âmbito das Ciências Sociais. Pelo contrário, estas questões colocaram novos desafios ao campo, bem sintetizados – precocemente – por Cohn (1992) da seguinte maneira:

Tudo isso, no entanto, remete a tarefas que não são de pequena complexidade. Dentre elas, buscar articular os níveis macro e micro de análise sem que as próprias ciências sociais disponham de metodologia para tanto; enfrentar a questão de como voltar-se para processos específicos como objeto de análise de forma a apresentarem capacidade explicativa, sem no entanto pulverizá-los em suas particularidades (...) e finalmente, como equacionar a questão fundamental de apreender as novas formas de articulação entre economia e política, entre o nacional e o internacional, entre a globalização e a localização, etc (COHN, 1992. p. 108).

Vejamos a seguir como este e outros aspectos se expressaram na questão das práticas de saúde, tendo em vista duas de suas dimensões: o modelo explicativo do processo saúde-doença da Saúde Coletiva e as propostas do campo para os serviços de saúde.

51 Barbosa (2010) cita como exemplos as seguintes publicações: MATTA, G.C. A organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3 n. 2, p. 371-396, 2005; RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas: Unicamp, 2000.

4.2.4 FRAGILIDADE DOS MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Ainda que existam distintas perspectivas e abordagens, há um consenso entre os autores estudados de que o que se tornou hegemônico na Saúde Coletiva brasileira em termos de modelos explicativos do processo saúde-doença apresenta fragilidades teóricas (CAMPOS, 1997; COHN, 1992; FLEURY, 1997; LEVCOVITZ *et al.*, 2002; STOTZ, 1997). O desafio metodológico de articular os níveis macro e micro de análise se expressa também na interpretação do campo sobre o processo saúde-doença. Cohn (1992) indica que há uma dificuldade de se conectar as análises de realidades específicas às análises macroestruturais da política de saúde. Além dos motivos citados na seção anterior, aponta que esta dificuldade também se dá por causa da utilização de teorias de paradigmas bastante distintos entre si (COHN, 1992).

Para Stotz (1997) há pouca consistência teórica e metodológica nas formulações da Saúde Coletiva brasileira sobre o processo saúde-doença, acarretando numa dificuldade do campo em captar a complexidade da relação entre o biológico e o social. Até o momento de seu estudo havia pouco avanço nos estudos sobre a determinação social do processo saúde-doença, uma vez que a produção dos pesquisadores do campo concentrava-se mais na análise das formações discursivas e das práticas sociais (STOTZ, 1997). Nesta mesma direção, Levcovitz *et al.* (2002) indica que a centralidade que o processo de implantação da reforma assumiu na produção teórica contribuiu para que houvesse pouca dedicação à reflexão crítica sobre o processo saúde-doença-atenção e sobre os modelos de saúde construídos. Desta forma, o setor saúde no Brasil estaria reproduzindo as mesmas alternativas, com novas roupagens (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Campos (1997) identifica como algumas das “assertivas totalizadoras” da teoria de base estruturalista se traduziam em elementos explicativos para o processo saúde-doença no campo. Para o autor, ao centrar-se a explicação e intervenção apenas em causas e ações macropolíticas, perde-se de vista a dimensão da clínica e da enfermidade como objeto de investigação e trabalho (CAMPOS, 1997). Este aspecto é apontado por Campos (1997) como uma das principais fragilidades na compreensão teórica do processo saúde-doença pela Saúde Coletiva, uma vez que “o saber e a prática sanitária não poderão nunca escapar da centralidade que a doença ocupa em nosso campo” (CAMPOS, 1997, p. 120).

A Saúde Coletiva se caracterizava, segundo Campos (1997) pela onipotência do discurso e a impotência das práticas, de modo que o espaço das práticas de saúde continuava hegemonizado pelo saber biomédico (CAMPOS, 1997). Fleury (1997) destaca o paradoxo existente no processo de implantação da Reforma Sanitária no Brasil, uma vez que esta se originou na contestação ao modelo médico hegemônico e passou a se constituir na principal via de expansão e institucionalização deste modelo, através do SUS. Isto se deveria ao fato de que a tradução da concepção ampliada de saúde na legislação não foi acompanhada de mudanças efetivas nas práticas sanitárias (FLEURY, 1997).

Sobre este tema, Minayo (2001) identifica que a Saúde Coletiva, à época de seu estudo, estava fortemente vinculada aos parâmetros estruturados pelo saber médico hegemônico. Para a autora houve algum tipo de rompimento no âmbito do protagonismo sociopolítico dos sujeitos envolvidos com o campo, mas a proposição teórica, no geral, ainda se pautava nos marcos da atuação médica, com a centralidade na doença e na evitação desta, com pouco espaço para outras perspectivas (MINAYO, 2001).

Silva Junior (1998) também identifica a hegemonia do modelo biomédico no espaço das práticas e nos saberes produzidos, mas reconhece possibilidades de mudanças nas propostas desenvolvidas na década de 90 pela Saúde Coletiva. Mesmo não se constituindo como hegemônicas no campo, houve no período propostas alternativas que, assumindo relações complementares entre si, poderiam fazer frente ao modelo hegemônico. No entanto, a divisão interna do campo e a luta de cada vertente pelo poder enfraqueceram-nas politicamente para este enfrentamento (SILVA JUNIOR, 1998).

Ainda que não tenha (ao menos na década estudada) conseguido consolidar um modelo explicativo do processo saúde-doença que desse conta dos desafios e questões supracitados, a busca por este marco teórico trouxe importantes contribuições para o campo. Deste movimento, Stotz (1997) destaca o aprofundamento do conhecimento sobre uma diversidade de dimensões particulares do processo saúde-doença de diferentes grupos sociais, que podem enriquecer a compreensão do todo. O estudo de Levcovitz *et al.* (2002) revela a busca de saberes de diferentes disciplinas para a compreensão de temas como HIV-AIDS, Saúde Ambiental e Violência, numa construção de saber multidisciplinar que também contribui para uma formulação mais apurada sobre o processo saúde-doença.

4.2.5 POUCA ELABORAÇÃO DAS PROPOSTAS DO CAMPO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A revisão realizada indicou também a pouca elaboração das propostas da Saúde Coletiva para os serviços de saúde, mais marcantes no início da década. O (des)encontro entre a teoria formulada e a realidade da atuação no âmbito institucional do Estado e de seus serviços influenciou algumas das mudanças ocorridas no campo. Para Oliveira (1988), ao ocupar os principais postos da condução da política de saúde na década de 80, o movimento sanitário se deu conta de que as dificuldades para a implantação da reforma sanitária eram muitas, e as respostas formuladas até aquele momento mostravam-se insuficientes.

Tanto Oliveira (1988) quanto Gallo (1988) destacam que a baixa experiência administrativa dos intelectuais do movimento (oriunda apenas da implantação das AIS/SUDS e das experiências municipais e docente-assistenciais) apresentou-se como um nó crítico, uma vez que para implantação do projeto havia uma disputa com outros grupos burocráticos sedimentados no interior das instituições e com grande domínio deste saber. Ainda que conservador e precário, a experiência administrativa na burocracia estatal constituía-se em um saber concreto, que se confrontava com as proposições teóricas dos sanitaristas, marcadas por um forte grau de abstração (GALLO, 1988; OLIVEIRA, 1988).

Como vimos no capítulo anterior, a “tecnoburocracia inampiana” e a “tecnoburocracia sanitária” (do Ministério da Saúde) tiveram importante papel no jogo de formulação das políticas de saúde nos anos 80 e 90, articulando interesses e defendendo-os nas disputas (MISOCZKY, 2002). Esta disputa com a elite burocrática e a derrota política das proposições de maior abrangência do projeto da reforma sanitária levaram o movimento a se concentrar, no final da década de 80, “em torno daquilo que deveria ser, em tese, apenas um dos elementos do "pacote", a saber: a ideia de atenção primária” (OLIVEIRA, 1988, p. 328).

Cohn (1992) aponta que havia pouco avanço na formulação teórica do campo em torno da produção de modelos de práticas de saúde. Até o período de seu estudo, este aspecto era encarado como uma das fragilidades das proposições da Saúde Coletiva. Havia uma produção importante sobre aspectos organizacionais e administrativos da política de saúde, mas pouca reflexão sobre como esta implantação se daria na prática dos serviços de saúde (COHN, 1992). No contexto de intensa disputa política e teórica em torno da estruturação do sistema de saúde na década de 90, a fragilidade da proposta da Saúde Coletiva no âmbito das

práticas pode ter prejudicado ainda mais seus atores nas tentativas de fazer frente à legitimidade política e teórica constituída pelo Banco Mundial, favorecendo a entrada das propostas focalizadoras no SUS.

Destacamos aqui um dos aspectos desta fragilidade, por sua relação com a temática da mudança social: a compreensão sobre a força de trabalho em saúde existente nestas formulações teóricas. Cohn (1992) indica haver na Saúde Coletiva uma atribuição de um caráter progressista à força de trabalho em saúde, compreendendo-se os trabalhadores do setor como sujeitos sociais coletivos dados a priori. Sem fundamentar-se em dados, pressupunha-se a existência de “uma comunhão de interesses entre determinadas forças sociais e determinadas categorias profissionais, e que posteriormente acabaram se revelando como não verdadeiras” (COHN, 1992, p. 102). Silva Junior (1998) encontrou uma fragilidade semelhante nas abordagens teóricas da Saúde Coletiva que analisou. As propostas estariam voltadas à construção social de novas práticas e novas instituições, mas as estratégias para alcançar esses fins, e as reflexões sobre os sujeitos sociais envolvidos nesta construção foram pouco desenvolvidas (SILVA JUNIOR, 1998).

Ao longo da década de 90, não apenas os trabalhadores da saúde, como também as instituições de saúde foram revelando características distintas das interpretações da realidade feitas até então pelo campo. Silva Junior (1998) resalta algumas das características históricas de conformação das instituições públicas brasileiras, que ao serem mais experienciadas colocaram novas questões para a atuação e reflexão neste âmbito, como o corporativismo, o patrimonialismo, clientelismo, entre outros. Para Fleury (1997) havia uma distância significativa entre os padrões democráticos baseados nos direitos individuais e na igualdade, garantidos em lei, e a experiência cotidiana dos intelectuais do campo nestas instituições, em uma sociedade altamente hierarquizada e discriminadora.

Este contexto, aliado às fragilidades existentes nas propostas, produziu um conjunto de questionamentos teóricos para o campo no âmbito da organização dos serviços e das práticas de saúde. Para Levcovitz *et al.* (2002) é nítida na produção teórica da Saúde Coletiva na década de 90 a preocupação com as inúmeras questões que a experiência de implantação do SUS nos municípios trouxe, com destaque para as de natureza operacional. Paim e Teixeira (2006) identificam que este processo leva a área de Políticas, Planejamento e Gestão a se voltar mais para a intervenção que para a investigação. Esta teoria se caracteriza neste período por “beirar a imediatez da prática”, com seus objetos sendo atravessados por diversas

ideologias (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Tal característica pode ser encarada como um aprofundamento do que Cohn (1992) indicava existir no campo no início da década. Para a autora, nas distintas áreas da Saúde Coletiva, as questões de propósitos mais práticos teriam maior espaço no campo que as de caráter teórico-metodológico (COHN, 1992). Neste sentido, além das razões de Estado (LOWI, 1994) existentes no campo científico da Saúde Coletiva, definidas fora deste, a revisão realizada indica que há um movimento de parte de seus pesquisadores para estimular o campo a produzir respostas às questões oriundas da implantação do SUS, o que pode indicar algum grau de internalização destas razões de Estado nestes pesquisadores.

Com este apontamento não se busca diminuir a importância de muitas das respostas teóricas produzidas para estas questões práticas, que trouxeram significativo avanço para a estruturação do SUS e melhoria do acesso aos serviços de saúde pela população brasileira. Muitos autores indicam um aprimoramento da formulação teórica sobre os serviços e as práticas de saúde ocorridos ao longo da década, pautada nas experiências práticas, levando a propostas mais consistentes (CAMPOS, 1997; FLEURY, 1997; PAIM; TEIXEIRA, 2006). Campos (1997) ressalta a capacidade dos modelos de atenção desenvolvidos em alguns municípios de dar respostas a muitos dos problemas de saúde da população.

Fleury (1997) destaca a difusão de uma consciência sanitária e a introjeção da noção de direito à saúde por parte da população usuária do SUS como um grande avanço ocorrido na década, reflexo das propostas do campo para os serviços de saúde. Neste âmbito, a maior presença da população em um “Executivo em transformação” através das formas de co-gestão social também é identificada pela autora como um ganho do processo de implantação do SUS, favorecendo mudanças na relação Estado-Sociedade (FLEURY, 1997). Para Paim e Teixeira (2006) houve na década de 90 um maior desdobramento dos estudos da Saúde Coletiva em propostas tecnológicas, cuja difusão através do SUS levou a uma multiplicidade de relatos, estudos de caso e pesquisas avaliativas com importantes contribuições para a estruturação do sistema e para o campo científico.

4.2.6 REFLEXOS DAS POLÍTICAS DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PAÍS PARA O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Por fim, outro aspecto que identificamos como de grande relevância para as mudanças que se deram na produção teórica da Saúde Coletiva na década de 90 diz respeito aos reflexos no campo das políticas de Ciência e Tecnologia (C&T) do país. Não é objetivo desta seção um aprofundamento sobre estas políticas, dada a natureza e o tempo deste estudo, mas foram encontradas nesta pesquisa reflexões de autores do campo sobre este tema, que serão identificadas e colocadas em diálogo aqui.

A importância de questões desta natureza para a produção teórica do campo é bastante destacada por Levcovitz *et al.* (2002). Estes autores indicam que na medida em que a Saúde Coletiva avançou sua consolidação como área de conhecimento institucionalizada, novos contingentes foram incorporados ao campo (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Um deles está relacionado à prioridade dada às “pesquisas aplicadas” pela política de C&T vigente desde a década de 80. Além de cortes orçamentários às áreas que não atuavam na pesquisa aplicada⁵², esta política levou à intensificação das regras de competição e da cobrança por produtividade. Ainda que tenha fomentado o aumento da quantidade de centros de pesquisa, a produtividade acelerada exigida contribuiu para a diminuição de reflexões críticas desenvolvidas pelos autores do campo (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Barbosa (2010) aprofundou-se um pouco mais sobre este tema, identificando que os processos disparados pelas políticas científicas nas últimas décadas – financiadas também, em grande medida, por organismos internacionais como o Banco Mundial – promovem, além da competição, a fragmentação do conhecimento científico. Para a autora, para conseguir se adequar às exigências destas políticas, uma boa parte dos pesquisadores da Saúde Coletiva e de outras áreas “fecham-se em grupos de pesquisa cada vez mais especializados, corporativos e concorrentes entre si” (BARBOSA, 2010, p. 13). Dessa forma, as perspectivas de atuação crítica e/ou coletiva ficam ainda mais dificultadas (BARBOSA, 2010). A autora destaca ainda que a adequação ao processo de trabalho imposto pelas políticas científicas não se dá apenas

52 Barreto (1990) chama a atenção para o decréscimo da produção científica sobre determinação social do processo saúde-doença fundamentada pelo referencial marxista, identificando como uma das causas a existência de restrições ao financiamento de pesquisas com este tema e referencial, a partir do final dos anos 80.

no plano objetivo, como também na subjetividade dos pesquisadores, uma vez que muitas vezes estes internalizam as normas das instituições de fomento (BARBOSA, 2010).

Ainda em relação ao cenário internacional, em artigo publicado ao final da década de 80, Barreto e Veras (1987) indicam haver uma alta quantidade de recursos financeiros destinados a pesquisas sobre problemas dos países do hemisfério sul concentrados em centros de pesquisa dos países do hemisfério norte. Estes recursos originavam-se de órgãos financiadores internacionais, como a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e eram enviados para estes centros para o desenvolvimento de estudos. Segundo os autores, havia um número expressivo de consultores e *experts* dos organismos internacionais que pertenciam ou pertenceram ao quadro de professores e pesquisadores destes centros.

Além da concentração de recursos em escala mundial, uma vez que estes poderiam ser destinados a mais centros de pesquisa espalhados pelo mundo, nos países “alvo” destes estudos, os autores criticam a existência de uma dupla face do sistema de financiamento do ensino de pós-graduação no Brasil. Havia, à época do artigo, convênios com universidades estrangeiras em muitas áreas de conhecimento, com um grande investimento de recursos por parte das agências financiadoras brasileiras para a formação de pesquisadores fora do país. Segundo Veras e Barreto (1987), as taxas cobradas por estas universidades, como a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (LSHTM) – na qual os autores fizeram formação em nível de pós-graduação por meio destes convênios – eram bastante elevadas, e o investimento feito pelas mesmas agências para a formação de pesquisadores dentro do Brasil era muito baixo, resultando em condições extremamente distintas para o desenvolvimento das pesquisas.

A estas questões, acrescenta-se o apontamento de Levcovitz *et al.* (2002) sobre a existência de concentração regional de recursos em alguns lugares do país. Seu estudo aponta que há muito mais recursos financeiros, tecnológicos e humanos no que chamou de pólos nacionais de decisão política. A expressão disto na prática é uma concentração de recursos em poucas instituições, notadamente as mesmas do final da década de 70 (LEVCOVITZ *et al.*, 2002). Em sua análise, Levcovitz *et al.* (2002) apontam que os autores com maior número de publicações em livro são vinculados às instituições “fundadoras do campo”: ENSP/Fiocruz, UERJ, Unicamp, USP e UFBA (LEVCOVITZ *et al.*, 2002).

Destes resultados depreende-se que os esforços de expansão dos cursos de pós-

graduação e centros de pesquisa ocorridos no período não conseguiram reverter a concentração regional da produção científica da Saúde Coletiva. Nas disputas internas no campo, este fator tem grande importância para as estratégias de conservação por parte daqueles que detêm maior *capital científico* (BOURDIEU, 1983). Na mesma medida, a adequação às regras e referenciais teórico-metodológicos das instituições de fomento à pesquisa implicam em mais recursos e maior reconhecimento institucional, e portanto, maior força interna no campo. Desta forma, pode-se afirmar que a política de C&T das últimas décadas teve grande impacto na disputa interna na Saúde Coletiva, fragilizando as possibilidades de perspectivas teórico-políticas com outros horizontes de mudança social desenvolverem estratégias de *subversão das estruturas* (BOURDIEU, 1983) deste campo científico.

Considerações Finais

O estudo realizado permitiu lançar um olhar mais aprofundado para alguns fatos que já eram de conhecimento de muitos autores do campo, sobre as inflexões teóricas da Saúde Coletiva na década de 90. A opção por um referencial teórico-metodológico de análise (BOURDIEU, 1983, 2004; LOWI, 1994) que relacionasse teoria e prática política dos intelectuais do campo e questões do contexto da política de saúde mostrou-se bastante adequado para uma melhor caracterização destas inflexões. A característica histórica de vinculação política da Saúde Coletiva às políticas públicas e ao Estado é apontada por muitos autores, desde sua criação até o presente momento e pode ser notada no recorte temporal escolhido para este estudo.

Quanto às mudanças ocorridas no campo na década de 90, as seis questões levantadas na análise (Predominância da estratégia política de ocupação dos espaços institucionais no Estado; A ofensiva neoliberal; As inflexões e mudanças no âmbito das Ciências Sociais; A fragilidade dos modelos explicativos da Saúde Coletiva sobre o processo saúde-doença; A pouca elaboração da proposta da RSB no âmbito das práticas e dos serviços e as políticas de Ciência e Tecnologia do país) mostraram ter significativa influência na teoria produzida pelo campo, em maior ou menor medida. Dada a amplitude do tema e o crescimento acadêmico do campo no período, a revisão realizada mais levanta perguntas do que aponta respostas. Disto é que iremos tratar nestas considerações finais.

Uma vez que algumas destas questões já estavam presentes no campo desde antes dos anos 90 – como por exemplo a opção pela centralidade da atuação política no âmbito institucional – caberia um aprofundamento do estudo sobre as relações entre o contexto político dos períodos anteriores e a teoria produzida. Os dois primeiros capítulos deste estudo trazem alguns elementos sobre esta relação, mas de maneira preliminar e tendo como principal objetivo situar o “estado da arte” do campo da Saúde Coletiva na década de 90, o que nos levou a conferir maior relevância a alguns fatos, mas deixar de lado outros. Sobre este período, constata-se o que outros autores já identificaram, a saber, o fato de que há pouca clareza nos documentos e estudos do/sobre o período com relação às principais divergências internas do movimento sanitário e como estas se expressavam na teoria e prática política. As diferentes periodizações e visões dos autores, o enaltecimento de alguns fatos e o ocultamento de outros apresentaram-se como uma dificuldade importante para a construção dos dois

primeiros capítulos. Esta dificuldade indica haver uma necessidade de estudos mais aprofundados sobre este período da história da Saúde Coletiva e dos movimentos de luta pela saúde, que se atentem mais aos “vencidos” que aos “vencedores” do processo da Reforma Sanitária Brasileira. Há alguns aspectos pouco elucidados na História registrada e contada deste período.

Sobre a política de saúde na década, uma vez que este não era o objeto central deste estudo, não foi possível chegar a uma conclusão do grau de adequação das políticas formuladas e implantadas no período ao modelo de reforma de sistemas de saúde induzido pelas agências internacionais. Os autores utilizados convergem quanto ao alinhamento das políticas de saúde com as políticas sociais de cunho neoliberal e as reformas sugeridas por estes organismos, mas divergem se este alinhamento foi pleno ou quase pleno. O que se pode constatar foi a força destas ideias e diretrizes na formulação política e a presença destas no campo, como a aceitação, por parte de seus autores do mercado capitalista como o único mecanismo de auto-regulação social considerado “natural”, como aponta Stotz (1997). Constatou-se também que o que houve de resistência interna no campo científico às políticas neoliberais (que, aliás, não pôde ser mensurada) não se traduziu em resistência significativa no âmbito da política da saúde.

Neste sentido, a expressiva desproporção de poder entre a área econômica do Governo Federal e os demais atores, expressa na imposição de definições, na garantia do poder via concentração e indução financeira, entre outros aspectos, revelam que este não é um “ator” como os demais. Quando se coloca de um modo mais presente na arena da política de saúde, fica mais claro que sua posição, na verdade, parece limitar as demais, deixando mais evidente a subordinação da política social à política econômica, característica das sociedades capitalistas.

Fica nítido, mesmo nesta análise pouco aprofundada e com as limitações apontadas na introdução, que a atuação do Estado (área econômica do Governo Federal e as “tecnoburocracias”) estava orientada pela garantia da hegemonia das classes capitalistas nacionais e internacionais, expressando em suas ações uma articulação de interesses destas classes. Este aspecto revela como ainda se mantém atual e necessária a análise da política social baseada na concepção de hegemonia/dominação de classes.

O abandono (ou diminuição) da ênfase na questão das classes sociais, tanto para análise das políticas públicas quanto para a compreensão do processo saúde-doença, pode ser

apontado como algo que dificulta uma leitura mais próxima da realidade por parte da Saúde Coletiva. Por se tratar de uma ciência como outra qualquer, o campo não está imune a todas as limitações que uma ciência tem para se atingir este objetivo, mas não deve perdê-lo de vista, como vimos. Interpretações do Estado baseadas em perspectivas que não são de classe (como a concepção do Estado como “bem comum”) parecem favorecer interpretações relativizadas sobre a política social e seu lugar no desenvolvimento capitalista. Em um contexto em que leituras relativistas parece ter ganhado força também nas interpretações sobre o processo saúde-doença, como esta revisão indica ter acontecido na década de 90, corre-se o risco do campo distanciar-se mais da realidade e das questões que determinam a formulação de políticas e a situação de saúde da população, com implicações importantes para as estratégias de luta e (não) enfrentamento destas questões.

Ainda no âmbito das relações entre a política de saúde e a produção teórica, nota-se que houve uma mudança de discurso por parte de alguns intelectuais do campo quando assumem cargos diretivos da política de saúde no âmbito nacional a partir de 1982, que se expressou também na teoria, já apontada por outros autores (FLEURY, 1988; OLIVERA, 1988). Na década de 90, com a mudança no cenário político nacional, o exercício de cargos diretivos por parte dos intelectuais do campo se manteve mais concentrado no âmbito municipal, além da atuação “nos bastidores”, como vimos. Ao longo dos capítulos, foi possível notar a força das razões de Estado (LOWI, 1994) no campo, representada pela expressão de questões, diretrizes, linguagem e pautas políticas do Estado – compreendido em um sentido amplo, incluindo as orientações dos organismos internacionais, representando interesses do capital internacional – na Ciência.

Observou-se uma certa internalização e naturalização destas razões, a ponto de se notar com frequência nos textos do campo apontamentos focando apenas os aspectos positivos desta proximidade entre Estado e Ciência, caracterizada como uma expressão da implicação e engajamento político do campo. Parece importante observar este aspecto de maneira mais crítica, revelando, no mínimo, as ambiguidades desta aproximação. Uma vez que, com relação à mudança social, a centralidade da atuação no âmbito institucional se manteve ao longo da década, ainda é válido o apontamento de Cohn (1992), feito no início da década, de que a prática política neste âmbito representa o horizonte e o limite da produção teórica do campo. O que Bourdieu (1983, p. 128) aponta sobre a estratégia adotada por aqueles que buscam conservar as características do campo parece se aplicar a este contexto:

“os dominantes [*em um campo científico*] são aqueles que conseguem impor uma definição da ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem”.

Com a mudança no cenário político institucional a partir da eleição de Luiz Inácio Lula da Silva do PT em 2002, se deu uma nova incorporação de membros do movimento sanitário e intelectuais da Saúde Coletiva em cargos de gestão no âmbito nacional, que também se presume ter afetado a produção teórica do campo, com novas e “velhas” razões de Estado. Dentre as mudanças que se deram no campo nos anos posteriores à década de 90, destacam-se duas questões que ganharam força e que podem ter relação com as inflexões teóricas e questões políticas da década de 90: a maior ênfase na face gerencialista dos sanitaristas nos processos formativos do campo e o fortalecimento de consultorias privadas para os gestores realizadas por instituições de ensino/pesquisa.

Sobre o primeiro aspecto, Ruela (2013), analisando a formação de sanitaristas na modalidade graduação em Saúde Coletiva no Brasil indica que estes processos formativos estão orientados por uma concepção gerencialista, bastante condizente com as mudanças ocorridas no setor saúde no país em decorrência das políticas neoliberais. Fora do âmbito das graduações em Saúde Coletiva, o autor indica – de forma inconclusiva uma vez que não foi seu objeto de estudo – o crescimento da ênfase na face gerencialista também em formações profissionais em nível de pós-graduação lato sensu nos anos 90 e 2000 (RUELA, 2013).

No que diz respeito às consultorias privadas, houve nos anos 2000 um fortalecimento desta modalidade de suporte técnico da academia aos serviços, principalmente em âmbito municipal. Este tema ainda não foi estudado com profundidade, mas pode ter relação com as inflexões teóricas pelas quais o campo passou na década de 90. Sobre os possíveis impactos destas consultorias para o campo, pode ser feita uma aproximação com os apontamentos de Veras e Barreto (1987), sobre os convênios estabelecidos entre a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (LSHTM) e outras instituições de saúde. Os autores indicam que o estabelecimento desse tipo de relação baseada na compra de serviços de consultoria e outras formas de suporte era bastante frequente naquela instituição – como também em outras instituições estrangeiras de renome – e induzia a produção de conhecimento a se adequar aos interesses de quem pagava pelo suporte técnico. Neste cenário, pouco se criticava internamente os fundamentos do conhecimento produzido, a maior parte das críticas se limitava à técnica de produção deste, segundo apontam (VERAS; BARRETO, 1987).

O estabelecimento de relações desta natureza entre pesquisadores/docentes do campo da Saúde Coletiva e secretarias de saúde pode representar um novo contingente para o campo, além de um novo mercado. A relevância dada a questões no âmbito da gestão municipal pode ter sido (ou vir a ser) ainda mais fortalecida, com as consultorias podendo se constituir como uma espécie de retroalimentação da ênfase nestas questões. Registra-se que este processo também se caracteriza, nos termos de Bourdieu (1983), como um processo de troca de capital científico por dinheiro, com implicações importantes na disputa interna no campo pelo acúmulo de um e do outro. Pode ter se iniciado nas instituições de pesquisa de Saúde Coletiva uma nova forma de competição no campo científico. Trata-se de uma competição por mercado, de forma direta, como se dava na LSHTM segundo os autores citados, com implicações importantes para a mudança social e setorial que orienta a teoria e que pode contribuir para diminuir o potencial crítico do campo.

A inflexão teórica da década de 90 apontada aqui, com o predomínio de temas ligados à gestão e organização do SUS nos diferentes níveis de governos e a diminuição de estudos mais críticos e amplos sobre as políticas e situação de saúde parece se relacionar com as duas questões apontadas. A centralidade dos debates do campo nas condições de operacionalidade técnica da reforma, que se consolida nos anos 90, criou um campo favorável à entrada do 'gerencialismo', além desta concepção ser uma das expressões do ideário neoliberal no campo da Saúde Coletiva e na política de saúde nacional. Da mesma maneira, o saber acumulado no âmbito da gestão e organização do SUS, em detrimento de outros aspectos das práticas de saúde e da determinação social do processo saúde-doença, parece favorecer a vinculação da academia com os serviços a partir destes temas, contribuindo para a criação desta nova modalidade de suporte técnico na forma de consultorias privadas.

Por fim, com base na análise feita, supõe-se certo distanciamento entre as matrizes explicativas do campo da Saúde Coletiva e das camadas populares, um tema que também mereceria maior aprofundamento. Uma leitura de realidade tão próxima e, em alguma medida, dependente do Estado, orientada pelo confronto com setores intraburocráticos e pela pretensa expressão dos interesses de outra classe (GALLO, 1988; OLIVEIRA, 1988) pode ter levado a um distanciamento entre o que os intelectuais do campo consideram problemas e soluções no âmbito da saúde e o que as classes subalternas percebem e compreendem como problemas e soluções para o setor. Presume-se que este distanciamento reflète-se nos processos formativos orientados por referenciais teóricos do campo, expressando-se também desta maneira no

âmbito das práticas de saúde.

Neste sentido, o retorno a algumas das experiências e produções teóricas do passado, abandonadas ou menos enfatizadas devido à opção estratégica de priorizar a ocupação do Estado, pode ajudar a resgatar elementos que reaproximem, pelo menos, o campo de seu horizonte de mudança social inicial, que não deixou de ser atual e necessário. No ano em que se completam 40 anos da defesa da tese de Sérgio Arouca, um dos apontamentos deste autor em uma conferência realizada na Nicarágua em 1982 (anterior, portanto, à institucionalização do movimento ocorrida a partir daquele ano) parece também bastante atual, mesmo com os inegáveis avanços que a criação do SUS trouxe à população brasileira: “A criação de um Sistema Único de Saúde no interior de uma sociedade capitalista nada mais é que uma atualização técnico-administrativa do aparato estatal, sem que sua essência mesma de relações sociais tenha sido modificada” (AROUCA, 2008, p. 1, tradução nossa).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. M. Resenha sobre o livro 'Reforma Sanitária – Itália e Brasil'. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 22, p. 90-91, out. 1988.
- AROUCA, A. S. **O dilema preventivista**. São Paulo: UNESP, 2003.
- AROUCA, A. S. Salud en las sociedades en transición. **Rev. Cubana de salud pública**, La Habana, v. 31, n. 1, p. 1-5, 2008.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993**: Investindo em Saúde. Washington: World Bank; Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
- BAPTISTA, T. W. F. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p. 97-109, jan. 2010.
- BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; GARCIA, M.; ANDRADE, C. L. T.; GERASSI, C. D. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2267-2279, dez. 2012.
- BARATA, R. B.; GOLDBAUM, M. O feito por fazer. In: LIMA, N. T. SANTANA, J. P. (org.) **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 79-112.
- BARBOSA, R. H. S.A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2010.
- BARRETO, M. L. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, D. C. (org.) **Epidemiologia, Teoria e Objeto**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.
- BARRETO, M. L.; VERAS, R. P. Ensino e Pesquisa em Saúde Coletiva na Inglaterra: algumas observações de dois participantes. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, pp. 463-468, out./dez. 1987.
- BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.) **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p. 123-155.
- BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8a Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 19 out.

2014.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 14 nov. 2014.

_____. Presidência da República. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109610/lei-8142-90>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

_____. Inamps. **Resolução nº 258**. Brasília – DF, 08 jan. 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993**. Diário Oficial da União, n. 96, Seção I, p. 6961-6965, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mai. 1993a.

_____. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.

_____. Presidência da República. **Lei complementar nº 73 de 20 de maio de 1993**. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União. Brasília, DF, 20 mai. 1993c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp75.htm>. Acesso em: 4 dez. 2014.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda Constitucional 00032 de 1995**. Brasília, DF, 28 mar. 1995. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=169281>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.203 de 5 de novembro de 1996**. Brasília, DF, 05 nov. 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 17 dez. 2014.

CAMPOS, G. W. S. A Reforma Sanitária necessária. In; BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G.W.S. (orgs.) **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988a. p. 179-194.

CAMPOS, G. W. S. O debate necessário à construção de uma teoria da Reforma Sanitária. **Saúde em Debate**, n. 23. Londrina, dez. 1988b.

CAMPOS, G.W.S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. M. (org.) **Saúde e democracia** – A Luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 113-124.

CAMPOS, G.W.S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde.** In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) Inventando a mudança na saúde. Hucitec. São Paulo, 1994.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria política.** (equipe de trad. PUCCAMP) 2. ed. Campinas: Papyrus, 1988.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na área da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n.9, p. 11-13, jan-mar, 1980.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Editorial. **Saúde em Debate**. São Paulo, n. 15/16, p. 3, fev. 1984.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Editorial. **Saúde em Debate**. São Paulo, n. 46, p. 3, mar. 1995.

CHICO SCIENCE & NAÇÃO ZUMBI. **Da Lama ao Caos.** Rio de Janeiro: Estúdio Nas Nuvens, 1994. 1 CD (51 min), estéreo.

COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989.

COHN, A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1 n. 2, p. 97-109, 1992.

COHN, A. As políticas sociais no governo FHC. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 183- 197, out., 1999.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002.

DAL POZ, M. R.; COSTA, S. G.; TOMASSINI, H. C. B. Uma experiência de planejamento de saúde a nível local: projeto de implantação de uma rede de unidades municipais de saúde no município de Niterói. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 1981.

DANTAS, A. V. **Do socialismo à democracia:** dilemas da classe trabalhadora no Brasil

recente e o lugar da reforma sanitária brasileira. 2014. 378 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1985.

DESESTATIZAÇÃO (ou Privatização) Campanha 01. Campanha do Governo Collor sobre o programa de desestatização. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ljQjA21I_d8>. Acesso em: 12 jan. 2015a

DESESTATIZAÇÃO (ou Privatização) Campanha 02. Campanha do Governo Collor sobre o programa de desestatização. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=2WfChfvOO4I>>. Acesso em: 12 jan. 2015b

DESESTATIZAÇÃO (ou Privatização) Campanha 03. Campanha do Governo Collor sobre o programa de desestatização. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1T5oXJOlZm0>>. Acesso em: 12 jan. 2015c

DESESTATIZAÇÃO (ou Privatização) Campanha 04. Campanha do Governo Collor sobre o programa de desestatização. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=E951YJ1DtD8>>. Acesso em: 12 jan. 2015d

DONNANGELO M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 2011.

DONNANGELO M. C. F., PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ELIAS, P. E. Afinal, de qual descentralização falamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.310-312, 2001.

ELIAS, P. E. **Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. Lua Nova, São Paulo, p. 193-215, 1997.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FALEIROS, V. P.; SILVA, J. F. S.; VASCONCELLOS, L. C. F.; SILVEIRA, R. M. G. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FLEURY, S. M. **A questão democrática na saúde**. In: FLEURY, S. M. (org.) **Saúde e democracia – A Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 113-124.

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

_____. A análise necessária da Reforma Sanitária. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 22, p. 25-27, out. 1988.

_____. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (org.) **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985a. p. 87-109.

_____. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n.4, p. 400-417, out./dez. 1985b

_____. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G. TEIXEIRA, S. F. e CAMPOS, G.W.S. (orgs.) **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988b. p. 195-207.

_____. Prefácio. In: FLEURY, S. M. (org.). **Reforma Sanitária - em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

FONSECA, C. M. O. A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. SANTANA, J. P. (orgs.) **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 21-41.

GALLO, E. Da Reforma ao Reformismo. **Saúde em Debate**. n. 25. Londrina, 1988.

GALLO, E.; LUCHESI, G.; MACHADO FILHO, N.; RIBEIRO, P. T. Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 414-419, out./dez. 1988.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY, S. M. (org.). **Reforma Sanitária - em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 91-118.

LACAZ, F. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 233-242, 2001.

LAURELL, A. C. (org) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

LENK, H. **Razão pragmática: a filosofia entre a ciência e a práxis**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

LEVCOVITZ, E., BAPTISTA, T. W. F., UCHOA, S. A. C., NESPOLI, G. MARIANI, M. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil: (1974-2000)**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2002.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LOWI, T. O Estado e a Ciência Política ou Como nos Convertemos Naquilo que Estudamos. **Revista Bibliográfica de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 3-14, 1994.

MEDIDAS PROVISÓRIAS – Portal da Legislação. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/medidas-provisorias>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

MINAYO, M. C. S. Atuação da Abrasco em Relação ao Ensino de Pós-Graduação na Área de Saúde Coletiva. In: LIMA, N.T. SANTANA, J. P. (orgs.) **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 21-41.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p.7-19, 2001.

MISOCZKY, M.C. **O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

NAVARRO, V. Produção e estado de bem-estar. O contexto político das reformas. **Lua Nova**, São Paulo. n.28-29, p. 157-199, 1993.

NUNES, E. D. **Sobre a sociologia da saúde:Origens e desenvolvimento**. São Paulo: Hucitec, 1999.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S., *et al.* (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 295-315.

NUNES, E. D. (org.). **Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

NUNES, T. C. M. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, J. A. A. Reformas e Reformismo: "Democracia Progressiva" e Políticas Sociais (ou "Para uma teoria política da Reforma Sanitária"). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 360-387, 1987.

OLIVEIRA, J. A. A., FLEURY, S. M. **(Im) Previdência Social: 60 anos da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985

OLIVEIRA, J. A. Saúde Pública Hoje. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 3, jul/set. 1988.

OLIVEIRA, M. B. Considerações sobre a neutralidade da ciência. **Trans/form/ação**, Marília, v. 26, n. 1, p.161-172, 2003.

PAIM, J. S. e TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006. Número Especial.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para sua compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

RACIONAIS MCS. **Raio-X do Brasil**. São Paulo: Zimbabwe, 1993. 1 CD (40 min), estéreo.

RODRIGUEZ NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. M. (org.) **Saúde e democracia** – A Luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 63-91.

SILVA, A. L. **A política de atenção primária à saúde nos anos noventa no Brasil: Focalismo ou universalização?** 2007. 163 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

STOTZ, E. N. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. In: CANESQUI, A. M. (org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Saúde coletiva: conhecimento, identidade e poder. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, p. 28-30, 2001.

_____. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 25-33, 2003.

_____. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3 n. 1, 2005.

_____. Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 18, Supl. 2, p. 1475-1486, 2014.

WORLD BANK. **Financing health services in developing countries**: an agenda for reform. Washington: World Bank, 1987. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/1989/07/440431/financing-health-services-developing-countries-agenda-reform>. Acesso em: 28 nov. 2014.

Anexo 1 – Poemas

Como apontado na apresentação, seguem alguns poemas escritos durante o curso de Mestrado em Saúde Pública, no mesmo período de elaboração desta dissertação. São três poemas, de minha autoria, e foram inseridos aqui como uma representação artística do período histórico de redação e de algumas das contradições percebidas durante o curso.

Catarse

A hora é de ir
Pra onde quer que se olhe
o que se vê pede coragem

É tempo de olhar de dentro
olho no olho do furacão
pé no chão
piso firme
punhos cerrados
O sonho soprará o caminho no ouvido

Sonhos mútuos
somos muitos
somos muito

Também é tempo de olhar pra dentro
queimar nossos lixos
arrebentar nossos vidros
quebrar nossos bancos e o que mais acomode
A hora é de incômodo
a hora é de ir
Não há tempo pra perplexidade
os tempos são mesmo outros
e não há tempo a perder

A hora agora pede pressa
É preciso desacelerar o mundo

(dezembro de 2013)

Quando os pacientes perderem a paciência*

Ninguém mais vai morrer na porta dos hospitais
Nenhum desrespeito será tolerado
Não existirão mais farmácias privadas
nem planos nem seguros
pois será proibido pagar por saúde
quando os pacientes perderem a paciência

O lucro não vai mais definir doenças
e ninguém mais vai engolir junto com os comprimidos
as péssimas condições de vida e trabalho
porque não haverá mais opressores e oprimidos
quando os pacientes perderem a paciência

Não existirão propagandas de remédios nem de alimentos
Será tamanha a clareza do cidadão sobre seu corpo
que a palavra prescrição será abolida do dicionário
Todo e qualquer tratamento será decidido em conjunto
quando os pacientes perderem a paciência

Muitos intelectuais ficarão sem chão
ao verem que o problema central não era de administração
que as grandes soluções não eram humanização, formação,
avaliação, regulação, negociação
Ficará claro que o melhor dispositivo de gestão é a revolução
quando os pacientes perderem a paciência

Todo contrato de trabalho será digno
Fundações, O.S., EBSEH, serão apenas letras
e palavras indecifráveis de papéis amarelados
no museu de nosso passado precário
quando os pacientes perderem a paciência

Não haverá mais abismos nem hierarquias
nem gritos nem silêncios nem indiferenças
Os pacientes é que serão os deuses
quando perderem a paciência

Quando os pacientes perderem a paciência
numa reunião qualquer do centro comunitário do bairro
serão decididos os rumos da ciência

(setembro de 2013)

*versão de poema de Mauro Iasi “Quando os Trabalhadores Perderem a Paciência”

Academia

Academia
Quanto mais o pensamento
debaixo da linha do equador
se alinha
ao fio desencapado da globalização
mais surgem conceitos “intraduzíveis”
eventos em hotéis
armários de sapatos
coleções de gravatas e de abismos
arquipélagos
e timbres de vozes às vezes suaves
às vezes engasgados
de tanto engolir a crítica

Acríticas vozes
acrílicas vozes

Fora da janela
onde o ar não é condicionado
o mundo degradingola
intraduzível

(maio de 2014)