

Prefácio

Lilia B. Schraiber

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SCHRAIBER, LB. Prefácio. In: PAIM, JS. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 9-19. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



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

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

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

PREFÁCIO

Saúde Coletiva: um campo vivo

Na trilha da melhor referência de pensamento crítico, Jairnilson Paim nos brinda com um texto de imenso valor. Não que tal qualidade seja inusitada em sua obra. Pelo contrário, Jairnilson pertence, sem dúvida, ao que existe de melhor na produção da Saúde Coletiva. Há, neste texto, contudo, algo novo que quero comentar, além dos dados, ângulos de análise ou interpretações originais. Tudo isto, também. Afinal, esta tem sido a marca de toda a produção do autor: ela acrescenta e se move.

Não é apenas nesta dimensão de um novo estudo, portanto, que aqui reside a diferença. Chama-me a atenção sua qualidade de obra da maturidade, que, ao examinar centralmente a Reforma Sanitária Brasileira, aborda e reflete sobre um campo – a Saúde Coletiva – já também maduro. O balanço feito sobre o desenvolvimento dessa Reforma e, sobretudo, o que nele é, enquanto crítica, considerado e argüido, são os aspectos que nos mostram a maturidade. A maturidade do pensador, por meio de seu texto, revela a do próprio campo.

Eis que, então, o leitor dá-se conta de que já há toda uma história, uma época que se consolidou, um vivido que se fez passado. Tão passado que permite ao pensador a questão: será a Reforma

Sanitária Brasileira uma promessa não cumprida? E valendo-se do pensamento histórico de base marxista, tal como nossos primeiros intelectuais da Saúde Coletiva e formuladores do campo, é no resgate da história dessa Reforma, reavivando os valores e ideais de origem e tecendo nova interpretação na leitura de seu processo, que o autor nos responde positivamente: sim, parte da proposta que conformou o discurso da Reforma Sanitária Brasileira, à medida que se instituiu em projeto e desdobrou-se em ação, rendendo-lhe um dado processo, institucionalizou-se por “filtros”. Adentrou e foi incorporada ao Estado e como questão deste deixou-se dominar por sua face administrativa, devotada a preservar um Sistema de Atenção.

Tal afirmação não é gratuita. Respeitando, nesse sentido, o que já se fez tradição da Saúde Coletiva, Jairnilson, o pesquisador, com preciosos cuidados metodológicos, brinda-nos com o que o campo busca instituir de melhor: a ciência engajada com a transformação social e nem por isso menos científica; e o diálogo entre saberes, articulando a Medicina à Saúde Pública e ambas ao social e que, do reconhecimento da insuficiência de ciências isoladas, ou de suas disciplinas, busca satisfazer tão pretensiosa formulação de campo, qual seja, a conceituação e a prática da Integralidade em Saúde.

Antes que o leitor pense que fui muito longe, destaquemos das palavras do autor não apenas o desejo e a bonita realização em texto da construção de um objeto de estudo e da pertinente metodologia eleita. Principalmente, destaquemos sua capacidade de bem tecer as palavras em pensamento fecundo e pleno de conhecimento científico acerca do sanitário e do social. Nele, a objetividade não é neutra, mas perpassada por sua “conexão sentimental” com a Reforma Sanitária Brasileira, como se declara o autor. Por isso mesmo, seu empreendimento é da maior responsabilidade ética e política com o campo, na consistência de estudo e densidade interpretativa do objeto. Que se demonstre estudo científico, em todo seu rigor e em todo o envolvimento do pesquisador com o objeto pesquisado – a reforma brasileira da Saúde – é, pois, o cerne dessa responsabilidade de compromisso com a ciência e com a política. E o texto, em seus passos e construções reflexivas

é, em tudo, pedagógico para o leitor, no melhor enquadramento da pedagogia dialógica. Assim, instiga a dúvidas, suscita debates e impõe ao leitor considerações e posicionamento. Tampouco o leitor restará neutro!

Destaquemos, ainda, que estamos diante de uma linguagem construída na e para a reflexão teórica. Os termos que antes utilizei e extraídos do próprio texto – a **proposta** da Reforma, seu **projeto**, o **processo** vivido em seu **movimento** histórico – não são, pois, mero uso da língua, mas conceitos de uma perspectiva histórica em que se relaciona o plano discursivo e suas modificações com a práxis social e suas modificações. Conceitos esses, por sua vez, articulados com teorias acerca da **mudança social** e das perspectivas políticas em fazê-lo, tratando das **reformas** em sociedades.

De um lado, essas referências permitem argüir a passagem de um a outro daqueles planos e, como diria o poeta, verificar “se há distância entre intenção e gesto”. Também permitem, dos gestos, dos comportamentos concretos e cotidianos dos sujeitos agentes da Reforma Sanitária Brasileira, indagar-se a intenção. Na esfera desta, por sua vez, o quadro teórico-conceitual permite explorar as amarras sociais e os limites dessa intenção e perguntar-se: afinal, o que são reformas? O que são mudanças no curso de uma história e até que ponto podem elas alterar a socialidade estabelecida e vivida em contínua reprodução, ainda que em contínuos conflitos também nessa reprodução. Estas são questões respondidas pelos quadros referenciais que amparam o estudo. Dão base, pois, a que o autor se aproxime da Reforma Sanitária Brasileira, em sua origem e em seu processo, identificando e explorando seus múltiplos possíveis instituintes. Nas origens, ambiciosos futuros, e no presente, perdas de passado, ou o que antes designei por “filtros”. A eles voltarei mais adiante, posto que se encontram no cerne deste estudo. Em outros termos, trata-se das possibilidades e ao mesmo tempo dos limites que o cotidiano da vida social adscrive às reformas, ou melhor, a seus projetos.

De outro lado, essas referências teóricas sobre as reformas sociais não são quaisquer. Apóiam-se em Heller, da Teoria das Necessidades

em Marx, e em Gramsci e não por acaso. A sabedoria da escolha destes autores dá-se exatamente enquanto pensadores, eles próprios, que articulam nas reformas, as **necessidades sociais** e a posição (de responsabilidade social e para com as mudanças, ou não) do **intelectual de projeto**.

Assim o é quando Heller define “necessidades radicais” (HELLER, 1986). Operando uma classificação de contraste com as não radicais, associa-as ao potencial de revolucionar todo o modo de vida ou apenas reformá-lo, ainda que, além de uma reforma meramente parcial e de qualidade limitada de mudança, se possa encontrar a “reforma geral”, persistência histórica em continuamente perseguir uma melhor mudança social. E para este movimento se faz necessário um contínuo atentar para as **necessidades radicais**. Em outros termos, quais seriam as necessidades que impulsionariam reformas tecnológicas e assistenciais. Vou além. Apóio-me em Mendes-Gonçalves (1992), em sua contribuição inovadora acerca das “necessidades sociais em saúde” já em conexão com as práticas profissionais do trabalho em saúde, o que tem sido ainda pouco explorado em pesquisas no campo. Nesse plano, alerta para a questão de que, para uma “reforma geral” da esfera sanitária que leve em conta também seu modo tecnológico de praticar (ou modelo tecnológico), com seu correlato modo de prover assistência (ou modelo assistencial), será imprescindível perceber e tomar esses modelos, eles próprios, como instauradores e/ou reprodutores de necessidades (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996). E estas podem ser “radicais”, estimulando mudanças contínuas, ou “não radicais” e, então, conservadoras dos modelos hegemônicos e tradicionais de Medicina ou de Saúde Pública. Portanto, atentar para a qualidade de mudança em termos de seu modelo assistencial será atentar para a qualidade de necessidades em saúde a que se está estimulando a partir da produção dos serviços, tal como Jairnilson mesmo já desenvolveu em outros estudos (PAIM, 1993).

A qualidade da mudança também está em juízo, quando Gramsci ressalta os tipos de compromisso/identidade de sujeito e a dimensão ético-moral subjacente a seus projetos de atuação social, seja para

reformular ou para conservar (GRAMSCI, 1986, MACCIOCCHI, 1976). A tipologia, neste caso, ressalta o sujeito e seu posicionamento, primeiro ético e, depois, político. Permite, assim, como em Heller, que lancemos mão de conceitos que modulam a mudança, com apreciações de realidades vividas quanto às conquistas efetivas diante do idealizado em propostas e acionado em projetos. O conceito gramsciano de “revolução passiva” é utilizado para interpretar e compreender o processo da Reforma Sanitária Brasileira, falando do quanto conquistou relativamente à sua proposta original, pois a revolução passiva é aquela mudança em que uma parte das transformações no modo social de vida é perdida, em consequência às disputas internas de distintos projetos de mudança no processo transformador. Ou nos dizeres do autor:

[...] A RSB representa um *projeto de reforma social* [...], concebida como *reforma geral*, tendo como horizonte utópico a *revolução do modo de vida*, ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como perspectiva apenas uma *reforma parcial*.

Ora, a imensa relevância dessas escolhas de referencial teórico está em satisfazer o que o campo da Saúde Coletiva instaurou, de raiz, como suas próprias necessidades, quando buscou instituir-se com a qualidade de projeto duplamente reformador: quanto à crítica das necessidades em saúde culturalmente dadas e o modelo assistencial vigente de satisfazê-las, na assistência médica (modelo biomédico, liberal e privatizante da produção dos serviços e elitista no acesso) e na saúde pública (modelo da educação sanitária, de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção); e quanto à crítica da alienação social e política da face técnico-científica do campo. Exploreemos melhor a questão.

Primeiro, há que se considerar que a Saúde Coletiva não diz respeito às questões sociais e de Estado a não ser por meio, direta ou indiretamente, daquelas que são médicas e sanitárias. Assim, não há aqui como fugir à relação saber-poder e saber-práxis, em que o saber é, neste caso da Reforma Sanitária, de uma dupla ordem: o ético-

político e o técnico-científico. Buscam-se, desse modo, respostas às questões do Estado em sua assistência à população, discutindo-se o poder e sua democratização ou as desigualdades sociais e a melhor equidade. Todavia, isto implica, sem dúvida alguma, a busca simultânea de resolver os adoecimentos, propor suas prevenções e elaborar a promoção da saúde, quer pelo melhor acesso ao potencial médico-sanitário já dado, quer pela crítica a este. A democratização da sociedade situa-se, pois, na relação direta com o biopoder, poder dos médicos e do complexo médico-industrial (CORDEIRO, 1984) que esses profissionais ajudaram a criar em suas atribuições de intelectuais do projeto social contemporâneo: a sociedade capitalista. Ou como afirmou Foucault (1984), trata-se de lidar com as estratégias biopolíticas da modernidade. Interpretar e compreender o saber das distintas ciências que hoje dão base às práticas em saúde enquanto estratégias também dessa ordem é aproximar-se do saber técnico-científico enquanto dotado de um dado projeto ético-político de construção da vida social, tal como já apontara Donnangelo (DONNANGELO; PEREIRA, 1976) e Mendes-Gonçalves (1992, 1994). A política e suas questões – como o próprio Jairnilson sempre trabalhou e bem coerente com a referência gramsciana – não está à margem ou adjetivada ao agir profissional: está nele. Em outros termos, todo profissional, conceba-o ou não, é ator-autor, sujeito de um projeto a que processa em seu cotidiano laboral.

Outra consideração a se fazer diz respeito aos sujeitos da Saúde Coletiva e o projeto deste campo. Ele se situa, de um lado, na tensão entre a crítica contra-cultural de ordem técnico-científica e a democratização dos modelos médico e sanitário cientificamente tradicionais, em ambos os casos disputando hegemonia com o modelo dominante (cientificamente tradicional e socialmente elitista). De outro lado, temos as origens desse campo, desenvolvido sempre em compromisso com a democratização e lutas pelos direitos humanos e sociais, assim como no entrelaçamento da crítica à Saúde Pública com aquela, inspirada na Medicina Social (NUNES; GARCIA, 1985), feita às propostas de Reforma Médica. Vale dizer, uma reorientação

da Saúde Pública tradicional para articular-se às propostas de transformações da medicina, que, fragmentada, deveria voltar-se para o todo biopsicossocial e articular o individual ao coletivo, por meio de uma releitura mais voltada ao social dos projetos, primeiro, da Medicina Preventiva e Integral e, posteriormente, o da Medicina Comunitária. Eis porque na Saúde Coletiva não temos uma Saúde Pública sem uma Medicina Preventiva, assim como não temos uma Medicina Preventiva independente das questões de Saúde Pública. A Saúde Coletiva (e só assim se define no Brasil) é campo, pois, de muitas raízes: não à toa um de seus grandes intelectuais de projeto, Arouca (2003), tal como bem dele se vale Jairnilson neste texto, estudou a proposta preventivista como um dilema entre a raiz médica, de visão liberalista e individualizante, e o cuidado com a “questão pública”, conexas a um compromisso social pelo qual a Saúde como campo deveria responder.

Não podemos esquecer, porém, que tal aliança da Saúde Coletiva com a democracia e os direitos humanos e sociais deve-se ao fato histórico de que se gesta o campo em plena década de turbulências sociais e movimentos reivindicatórios, dentro da luta contra a ditadura brasileira e pela reforma social, no período 1967 a 1977. São de 1967-69 as criações dos Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas, momento de origem também da noção de Integralidade, na raiz “medicina integral”, e que, modificada em outras elaborações, permeará toda a proposta da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, esta reforma, como bem formula o autor, não se reduz, em sua idéia original, a ser uma proposta de política de saúde, senão através desta, uma democratização da vida social, para o que deveria implicar-se em uma reforma democrática do Estado. A Reforma Sanitária Brasileira, portanto, não se reduzia a uma política de proteção social ou a uma reforma setorial (da Saúde), buscando uma “reforma geral” da sociedade brasileira. Lembremos, nesse sentido, de seus constantes subtítulos: melhoria das condições de saúde (entenda-se, necessidades em saúde) e da qualidade de vida da população brasileira (entenda-se um projeto de socialidade).

É no sentido da perda desses subtítulos, que o autor reclama da promessa não cumprida. Como ou por quais razões, de natureza política, ideológica e histórica, deixo ao leitor descobrir, na boa e agradável leitura deste texto. Todavia, creio que já se pode antever, neste momento, a mencionada questão dos “filtros” histórico-políticos a que antes me referi. Extraí esta idéia de dois autores: Luiz Antonio Cunha e Luiz Pereira.

O primeiro, de quem me vali ao estudar as propostas de Reforma Médica (Medicina Preventiva, Integral e Comunitária) por via da reforma das escolas médicas, ilustra bem esta idéia de filtros, pela face ideológica das propostas de reformas parciais quando, ao criticar os que pretendiam se aplicar à relação educação – desenvolvimento social no Brasil apenas por meio da mudança da *educação escolar*, mostra-os como os que “[...] generosamente acreditam ser a educação escolar o caminho para a construção de uma sociedade aberta. Pensando assim e agindo conforme, eles rejeitam (implícita ou explicitamente) as condições de vida existentes. Mas, ao pretenderem transformá-las pela educação escolar alimentam as ideologias que amparam e dissimulam as mesmas condições de vida que rejeitam. Reforçam, então, paradoxalmente aquilo que desejam enfraquecer.” (CUNHA, 1975).

Já Luiz Pereira, autor do apêndice ao excelente texto de Donnangelo, no livro *Saúde e Sociedade* (DONNANGELO; PEREIRA, 1976), estudo inaugural da Saúde Coletiva, ao examinar processos de reformas de políticas públicas para o desenvolvimento social do país, nos anos 1940-50 (PEREIRA, 1965), mostra a face política desses filtros. Pois, quando proposições radicalmente transformadoras da sociedade e questionadoras da ordem do Estado são a ele incorporadas, vêm-se “filtradas” exatamente de seu potencial mais revolucionário, a fim de não impedirem o funcionamento cotidiano do Estado e do que, enquanto unidade nacional, este Estado provê a todos.

Propostas mais radicais terminam, pois, por se reduzirem a “reformas parciais”. Resta, no entanto, a questão do reconhecimento crítico dos “filtros” e, diante desse reconhecimento, a sabedoria das negociações.

Eis aqui o problema crucial a que nos conduz Jairnilson ao longo deste estudo: haverá sempre filtros? E temos como reconhecê-los? Acaso não são eles, mesmo que em algumas vezes mais amenos, noutras, mais intensos, sempre algo que se “perde”, abrindo-se mão de certas dimensões das mudanças exatamente nas negociações de reforma quando esta se dá pela via democrática e não autoritária?

Pode-se pensar, por aí, que não há outra maneira de se implantarem mudanças em regimes democráticos, pois reformas sem negociações apenas ocorrerão em regimes ditatoriais e, mesmo assim, se rapidamente as mudanças não são legitimadas, por meio das negociações democráticas, não há como preservar o “conquistado”. Não ao longo dos tempos, como nos mostram as muitas histórias das revoluções.

O autor, porém, providencia-nos uma saída deste conflito: se não se pode falar em conquista total e final na via democrática das reformas, é porque tampouco se pode falar em seu término, um “total final”. Uma reforma, nesse processo, nunca termina; é sempre “em processo”! Daí a importante e feliz escolha teórica do autor, assumindo o conceito de “reforma geral”, que traz a idéia de movimento, história sempre em curso. Daí também a qualidade politicamente otimista que marca a crítica formulada, endossando a própria democracia: o campo que se prepare, pois ainda há muito por fazer em matéria de Reforma Sanitária.

Em minha opinião, nisto se revela a maturidade de pensamento, pois eis a vida de um campo nos sendo apontada; eis o que mantém a Saúde Coletiva viva. Jairnilson o mostra de modo claro, afirmando que a Reforma Sanitária ainda “está aí”.

Mas não nos enganemos com a aparência primeira de um “estar aí” e, sim, o tomemos reflexivamente. É, sem dúvida, uma crítica à acomodação de certas conquistas que já se vão tornando a tradição do campo – e persistir sempre nas mesmas questões vai apenas ao encontro de preservar o tradicional, o que é importante enquanto mudança havida, mas insuficiente para melhorar sua qualidade. De outro lado, esse “estar aí” é também uma crítica às mudanças

sem conquistas, a uma espécie de “tudo ou nada”, como contínua proposição de mudanças por si só. Ou seja, aquele movimento em que nada se cristaliza, impedindo-se a vivência de propostas implantadas. Sem essa implantação não é possível reconhecer, pela experiência da reforma, quais foram os filtros ocorridos na revolução idealizada.

O “estar aí” da Reforma Sanitária Brasileira é, assim, algo vivo, representando a própria vida da Saúde Coletiva, com um passado e um futuro a serem reconhecidos neste presente. Afinal, um campo para ter vida requer duas faces em permanente tensão. Inspirada em Bonder (1998), eu diria que requer um “corpo moral”, em que reconhecemos ética e politicamente a Saúde Coletiva como certo conjunto instituído de saberes e práticas e que por este corpo moral se conserva. Mas, tanto quanto a este, requer uma “alma transgressora”, que a esse corpo modifica. Esta tensão é a vida do campo.

O “estar aí” da Reforma Sanitária Brasileira é, assim, este novo, com o que poderemos, de novo, tratar dessa reforma sem apenas conservarmos uma tradição. Por isso, também, de novo poderemos fazer uma tradicional pergunta: de que é mesmo que trata o campo da Saúde Coletiva?

São Paulo, Julho 2008

Lília B. Schraiber

Médica, professora livre-docente em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, no cargo atual de Professora Associada da Faculdade de Medicina da USP junto ao Departamento de Medicina Preventiva.

Referências

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp, Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.

BONDER, N. *A alma imoral: traição e tradição através dos tempos*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

- CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CUNHA, L.A. *Educação e desenvolvimento social no Brasil*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986.
- MACCIOCCHI, M.A. *A favor de Gramsci*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1994.
- _____. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 - Série Textos).
- NUNES, E.D.; GARCIA, J.C. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.
- PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.
- PEREIRA, L. *Trabalho e desenvolvimento no Brasil*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1965.
- SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.