MARCIO JOSÉ DA SILVA

**Políticas e práticas de saúde:
experiências e narrativas na atenção básica**

São Paulo
2016

MARCIO JOSÉ DA SILVA

**Políticas e práticas de saúde:
experiências e narrativas na atenção básica
Versão corrigida**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, Mestrado Profissional, à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli

São Paulo
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Silva, Marcio José da.

Políticas e práticas de saúde: experiências e narrativas na atenção básica / Marcio José da Silva; orientadora: Ianni Regia Scarcelli -- São Paulo, 2016.

125 p. : 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Saúde Pública. 2. Preconceito de raça. 3. Classe social. 4. Política. 5. Prática de saúde. I. Scarcelli, Ianni Regia. II. Título.

Silva MJ. Políticas e práticas de saúde: experiências e narrativas na atenção básica. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação interdisciplinar em Saúde da Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 03/10/2016

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). Ianni Regia Scarcelli

Instituição: IPUSP

Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Henriette Tognetti Penha Morato

Instituição: IPUSP

Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Eliane Silvia Costa

Instituição: UFRR

Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Simone Aparecida Ramalho

Instituição: FHO – UNIARARAS

Julgamento: Aprovado

AGRADECIMENTOS

À Vida, com todas as lutas, à parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.

A Ianni Scarcelli, orientadora do Oriente, que orientou esse rapaz vindo do mestrado profissional pela constelação do Cruzeiro do Sul.

As pessoas que me guiaram no passado e guiam no presente para além das estrelas de qualquer constelação, minha mãe Maria, Kátia minha companheira encantada e as filhas Dara e Nanã.

Aos professores(as) Carlos Botazzo, Henriette Tognetti Penha Morato e Celso Zilbovicius que em momentos decisivos instigaram-me o pensamento.

As(os) companheiras(os) do grupo de orientação da Ianni, que durante todo o processo foram um auxílio luxuoso.

Aos velhos e novos amigos Ubiratan, uma perola negra; Felipe, de todas as lutas; a Selma e João, pela sabedoria de livrarem minha família do confinamento de um mestrado.

A Maria Bernardino por cuidar de minhas filhas nos momentos de reclusão.

A Sônia, secretária do curso na Odontologia da USP, sempre solicita com nossos pedidos e angústias.

*“Só é cantador quem traz no peito
o cheiro e a cor de sua terra,
a marca de sangue de seus mortos
e a certeza de luta de seus vivos”*
François Silvestre

RESUMO

Silva MJ. Políticas e práticas de saúde: experiências e narrativas na atenção básica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação interdisciplinar em Saúde da Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem, 2016. Versão corrigida.

Este trabalho tem como objetivo indagar e refletir sobre experiências que expressam preconceitos de raça e classe social nas práticas de saúde na cidade de São Paulo. Como recursos metodológicos este trabalho apoia-se nos conceitos de experiência e narrativa de Walter Benjamin e nos pressupostos metodológicos de Jessé Souza acerca da dimensão institucional. A narrativa autobiográfica é utilizada como recurso para apresentar cenários subjetivo e coletivo da sociabilidade nacional. Para o desenvolvimento da reflexão resgatou-se a formação das instituições que colaboraram na produção e reprodução das fontes identitárias do Estado-nação, os atores sociais envolvidos, os debates e as ideias que construíram a forma peculiar e naturalizada de autopercepção enquanto povo, no âmbito nacional e paulistano. Na qualidade de trabalho bibliográfico, explora o impacto das ideologias no cotidiano da saúde, procurando entender as realidades como se apresentam numa perspectiva Ética e Política.

Palavras-chave: Saúde Pública. Preconceito de raça. Classe social. Política. Práticas de saúde.

ABSTRACT

Silva MJ. Politics and health practices: experiences and narratives of the primary healthcare [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação interdisciplinar em Saúde da Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem, 2016. Versão corrigida.

The present work aims to reflect and raise questions upon experiences that express race and social prejudice within health practices in the city of São Paulo. As methodological resources, this work relies on the concepts of experience and narrative by Walter Benjamin and on methodological assumptions about the institutional dimension by Jessé de Souza. The autobiographical narrative is used as a resource to present the subjective and collective scenarios of the national sociability. To enroot the reflection, the formation of the institutions that collaborated to the production and reproduction of the identitary sources of the State-nation, the evolved social players, the debates and ideas that built the peculiar and naturalized way of self perception as a people, both in national and local ambits, were recovered. As a bibliographical work, it explores the impacts of ideologies in the healthcare system, seeking to understand realities as they present themselves in Ethical and Political perspectives.

Keywords: Public Health. Racism. Social class. Politics. Health practices.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPM	Escola Paulista de Medicina
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PIASS	Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMDHC	Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 AS ROUPAS E AS ARMAS DE JORGE OU OS OBJETOS DE IDENTIFICAÇÃO	20
3 NAÇÃO E FORMAÇÃO DE IDENTIDADE	30
3.1 O pecado original de uma nação	31
3.2 Nasce o país tropical ou a nação do futuro	41
4 DEPENDÊNCIAS, REFORMAS E DEMOCRACIA MISCIGENADA	52
4.1 Entre a revolução e a reforma: a utopia do direito à saúde	59
4.2 Sistemas de saúde e classificação.....	65
4.3 Instituições, saúde bandeirante e violências	70
5 EXPERIÊNCIAS DO COTIDIANO NA SAÚDE.....	87
5.1 Terceiras histórias	89
6 TRANSITANDO ENTRE COMUNS	108
7 REFERÊNCIAS.....	111

1 INTRODUÇÃO

*Lugar comum...
Começo do caminhar...*¹

Este trabalho é fruto de reflexão e problematizações acerca de um conjunto de experiências que desafiam a discutir sobre preconceitos de raça e classe social, considerando narrativas de histórias do cotidiano e das práticas em saúde no contexto de trabalho.

Como experiência estou nomeando aquilo que Benjamin (1987) afirmava que só existia quando certos elementos do passado individual combinam-se na memória com matéria proveniente do passado coletivo e o narrador, como um contador de histórias, insere em sua narrativa um conhecimento que pode ser útil ao ouvinte do futuro. Narrativa, experiência e memória, uma história.

E ela inicia quando decidi apostar na narrativa autobiográfica como parte do desenvolvimento dessa reflexão, que é ao mesmo tempo uma narrativa reflexiva e uma reconstrução hermenêutica – voltada à produção de conhecimento relacionado ao todo da experiência do ser humano no mundo (Wittizorecki et al., 2006).

Uma história autobiográfica produziu um caminho, esse que Pichon-Rivière (2005, p. 2) licencia-me a afirmar quando apresenta seu esquema referencial, “crônica do itinerário de um pensamento, [que] será necessariamente autobiográfico, na medida em que o esquema de referencial de um autor não só se estrutura como uma organização conceitual, mas se sustenta em alicerce motivacional, de experiências vividas”.

E é Benjamin (1987) novamente que nos conta das facetas potenciais que pode a narrativa e o narrador assumir, como “marinheiro comerciante”, aquele que viajou por terras estrangeiras e vendo e ouvindo aquilo que lhe é estranho, recolheu histórias de outros mundos para contar aos velhos companheiros quando retornar a terra natal; e o “camponês sedentário”, aquele que conhece a cultura e os costumes da terra em que nasceu, as marcas e histórias de seu grupo identitário. Articulo as duas possibilidades narrativas benjaminianas, já que fiz muitas “viagens por outras

¹ Trecho da música *Lugar Comum*, composição de João Donato e Gilberto Gil, ano 1974.

terras”, mas nunca saí do “meu lugar”. E não há nada mais “comum” a mim que minha própria história. Assim, resolvi apostar na narrativa.

Iniciar narrando si mesmo e entrelaçar narrativas de histórias do cotidiano do trabalho, além de envolver a capacidade de refletir sobre a experiência vivida, foi uma forma de levantar questões que possam contribuir para a reflexão da estrutura social de sociedades marcadas por profundas desigualdades, como a brasileira e, se possível, ser uma das formas de subsidiar outros sujeitos a refletirem criticamente seus cotidianos de atuação (Souza; Grillo, 2009; Souza, 2015).

Estes outros sujeitos ou ouvintes do futuro são intencional e prioritariamente os(as) trabalhadores(as) da saúde.

Mas é preciso contar algo mais!

O caminho que será aqui perseguido não foi uma decisão soberana e presente desde o início deste trabalho.

Para meu espanto, foi no exame de qualificação, quando os examinadores perceberam que as histórias escolhidas para reflexão, não eram a única base de discussão das questões propostas neste trabalho, mas que a partir de uma história pessoal foi possível, também, captar certas histórias. Assim a tessitura do trabalho conquistaria outros significados, já que

[...] a biografia de uma pessoa só pode ser identificada à medida que se descobre a história que sua história conta. Mas à medida, também, que se pode abrir a História em meio à qual uma história pode acontecer e construir significados. (Critelli, 2013, p. 99).

A partir desta “permissão” e valorização de que a autobiografia qualificava o trabalho, este se desenvolveu por outra vereda. O que agora apresento é a história primordial.

Ter ingressado na pós-graduação da Universidade de São Paulo, tardiamente e vindo de uma família que vivia na fronteira entre a ralé brasileira² e os batalhadores³ (Souza; Grillo, 2009; Souza, 2012a) foi um aspecto relevante para maturação deste trabalho, já que sua realização foi parte de um processo que teve início muitos anos

² Termo impresso por Jessé Souza (Souza; Grillo, 2009) para designar a classe social que compõe 1/3 da população brasileira, que vive abaixo dos princípios de dignidade e expressão social, condenada a ser um “corpo” mal pago e explorado.

³ “Saídos do mesmo meio pobre e constrangedor, abraçados com os mesmos obstáculos enfrentados pela ralé brasileira, é um grupo que com energia e disciplina, luta para escapar da ralé e entrar na pequena burguesia empreendedora e emergente” (Souza, 2012a, p. 10).

atrás, em que houve distanciamentos e rupturas do universo da tradição oral, da narração de histórias.

Afastei-me por longos anos, na intenção de produzir outra identidade, não relacionada a essa “tradição”. Retornei a ela pelas mãos da academia.

É importante realçar que fiz essa reflexão inspirado principalmente pelas pesquisas e análises realizadas pelo sociólogo Jessé Souza sobre as violências simbólicas⁴ e a perpetuação dos privilégios injustos na produção e reprodução das desigualdades brasileiras. São essas análises a partir de conceitos da Sociologia e da Saúde Coletiva que gravitará essa discussão.

A narrativa autobiográfica que inicia esse trabalho é o relato da experiência do autor, uma expedição às lembranças, e intenciona comunicar um saber e uma memória da guerra concreta e subjetiva que a desigualdade desenvolve na vida de quem as vive em sua totalidade (Benjamin, 1987). Busca através da narrativa, uma aproximação do leitor ao assunto que atravessa todo o trabalho: a sociabilidade enquanto predeterminações institucionais que submetem a todos, que coletivamente produzem e reproduzem as condições objetivas e subjetivas da própria existência. Trata-se de chamar o leitor a perceber o tema, antes mesmo de uma aproximação conceitual.

A narrativa de algumas experiências como trabalhador em serviços de saúde da cidade, depois, tem um segundo propósito, que é utilizar os casos como guia da discussão, pois o que na narrativa pode ser mais imediatamente percebido é substantivamente aquilo que se quer explorar de modo mais sistemático ao longo da reflexão: a produção naturalizada de preconceitos de raça e classe social nos serviços de saúde.

Existem pesquisas sistemáticas e dados consistentes no sentido de demonstrar que a reprodução dos preconceitos de raça (Cunha, 1990; Batista; Escuder; Pereira, 2004; Werneck, 2005) e classe social (Souza; Grillo, 2009; Souza, 2012a, 2012b) tem impacto negativo nas experiências de nascer, adoecer e morrer, na aprendizagem e na vida profissional.

O que se busca com esta reflexão é somar a esse debate, trazendo-se uma perspectiva reflexiva sobre a reprodução naturalizada dos preconceitos no cotidiano, na tentativa de iluminar muitos dos desafios conceituais e práticos para a

⁴ Enquanto encobrimento das desigualdades e dos privilégios das classes dominantes.

transformação das políticas e práticas de saúde, em ações de cuidado integral, essas compreendidas como indo muito além da eliminação de sintomas e desordens bioquímicas, e implicariam na produção de projetos existenciais, de pertencimento, realização, emancipação e felicidade.

Um esclarecimento importante deve ser feito antes de continuarmos, e que diz respeito às intencionalidades de validade desta reflexão. Na qualidade de um trabalho reflexivo, não teria sentido postular, na argumentação que será desenvolvida, alguma verificação puramente factual ou lógica das proposições. Não se trata de aceitar ou rejeitar qualquer enunciado de tipo assertivo, mas de convidar “o leitor ao exame da coerência argumentativa e de seu significado e validade prática, ou seja, trata-se aqui menos de buscar conhecer um dado aspecto da realidade do que procurar entendê-lo” (Ayres, 2004, p. 19).

Como já explicitado anteriormente, pretende-se com este trabalho uma relação de construção compartilhada, uma compreensão que é simultânea e imediatamente formação, de inaugurar uma novidade, daquilo que se entende sobre algo que diz respeito às nossas próprias identidades histórica e socialmente construídas.

Para isso, vou e volto entre a experiência e o conhecimento.

A volta às memórias do bairro, dos vizinhos, da família, da escola, das experiências profissionais, não foi apenas reviver: foi trabalho.

“Lembrar, refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado” (Bosi, 1994, p. 55), foi trabalho de arqueologia do próprio passado.

Entrelaçar as memórias pessoais à narrativa de experiências do cotidiano de serviços públicos de saúde objetivou não somente refletir sobre os possíveis impactos do preconceito nas práticas de cuidado, mas também o ambiente histórico que “permite” a circulação desses preconceitos naturalizados e que produziu certa cidadania num certo momento, para principalmente

[...] mostrar que a forma como uma sociedade é compreendida – seja no senso comum, seja na reflexão metódica – tem importância fundamental para o grau de justiça social e de amadurecimento político da sociedade como um todo (Souza; Grillo, 2009).

São objetivos que confluem, que compõem e expõem motivações internas e à sociedade que as produziu, numa perspectiva dialética que facilite a comunicação.

E posto nestes termos, estou também a afirmar um posicionamento: que o trabalho em saúde é prioritariamente um fazer político, pois sincronicamente as leis e normativas que o orienta e do saber técnico que o possibilita, existem decisões, escolhas e disputas de valores e poder cotidianas, cujas práticas concretas de saúde são as ações realizadas desses atos políticos.

E nesse caminho para melhor compreender a sociedade em que vivo, três acontecimentos durante o desenvolvimento deste trabalho definiram o modo como ele se desenvolveu:

1. Resgatei em minhas primeiras anotações o ancestral e persistente incômodo apresentado pelo documentário nacional, *Olhar Estrangeiro* de Lucia Murat, visto em 2008, e que discutia os 220 filmes estrangeiros cujo personagem principal era o Brasil e que contribuía na perpetuação de uma representação de lugar feliz, selvagem, sensual e paraíso da bandidagem. E “coincidentemente” o olhar estrangeiro era o olhar nacional.
2. A revisão bibliográfica cujos autores apontavam novas leituras urgentes e necessárias sobre a formação identitária da nação.
3. O exame de qualificação e suas indicações bibliográficas.

Sendo assim, esse trabalho tem como objetivo indagar e refletir sobre experiências que expressam preconceitos de raça e classe social nas práticas de saúde na cidade de São Paulo.

O trabalho como psicólogo em diversos serviços de saúde do SUS na cidade proporcionou a vivência de histórias que se apresentaram repetidas vezes, um jeito comum de representar os brasileiros e o Brasil com atributos “naturalmente” negativados.

Entre as representações nacionalmente conhecidas entre nós, como “o Brasil é maravilhoso, mas o seu povo...” ou “não temos furacão, terremoto, o clima é bom, temos água em abundância, mas o povo é acomodado”, ou “esse é nosso Brasil”, via e ouvia as várias versões de um modo de ser brasileiro, da brasilidade, e que agrupadas em dois itens poderiam ser resumidas em: o povo é ignorante e acomodado e o Estado é corrupto e incompetente.

O estranhamento advindo do quão comum eram essas histórias, ao mesmo tempo em que circulavam com a naturalidade das coisas simples do cotidiano, provocou as inquietações que conduziram este trabalho.

O efeito produzido pela inquietação que existiu entre aquilo que vivenciei nos diversos ambientes do trabalho em saúde e a procura de respostas que indicasse algum sentido ao vivido, foi a pesquisa.

Para desenvolver as ideias refletidas e problematizadas nele, foi realizado o resgate histórico da formação da nação. As leis, políticas, normativas, instituições, os atores sociais, os debates e as práticas que permearam esse momento, seus desdobramentos históricos, o processo de desenvolvimento da cidadania e como chegamos, enquanto nação, à priorização da saúde como direito fundamental.

Foi realizado impulsionado pela inquietação das experiências como trabalhador da saúde, no âmbito de uma política pública, o Sistema Único de Saúde (SUS), em serviços da Atenção Básica (AB), na cidade de São Paulo, ora como psicólogo de equipes multiprofissionais, ora na gestão do sistema.

Traz momentos, discursos e formas de tratamento comuns no cotidiano da saúde pública de diferentes regiões onde trabalhei na cidade de São Paulo. Tão comuns que surgem em lugares diversos da cidade, em diferentes contextos de trabalho, em tempos diferentes, com pessoas de escolaridade e renda diversas. Tão comuns que poderia abarcar uma dimensão ética e política naturalizada entre nós, que fugindo à consciência, dá-se no cotidiano da saúde como forma de tratamento comum e banal, sem aparentes implicações na vida concreta.

O que descrevo são situações do cotidiano que se desenrolavam espontaneamente, sem artifícios para que acontecessem. Quando era possível fazia uma pequena anotação em minha agenda – que se transformou em caderno de campo em 2014 – para num outro momento descrever digitalmente em texto corrido. Organizei a memória dos eventos através de histórias e foi construída pelo que observei e senti sobre cada uma delas.

As histórias contadas são motivadas por cenas e cada cena é descrita com a intensidade que são lembradas, escolhidas a partir de questões que se relacionavam com preconceito de raça e classe social.

É importante atentar que ao me referir a preconceito de raça este termo está relacionado às noções de raça e racismo, e explico.

Não existem na espécie humana nada que possa ser classificado a partir de critérios científicos ao que chamamos de raças biológicas; o que chamamos “raça tem existência nominal, efetiva e eficaz no mundo social e, portanto, somente no mundo social pode ter realidade plena” (Guimarães, 2012, p. 50). O racismo enquanto ideologia, uma programação social a qual todos estão submetidos, “atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas ao grupo com padrões desviantes, que justificam o tratamento desigual” (Lopes, 2005, p. 16). O preconceito racial entendido como ideia irrefletida, operacionaliza o racismo, pois funciona como uma posição psicológica que acentua sentimentos e atitudes endereçados ao grupo (racialmente negativado) como um todo ou a uma pessoa por pertencer aquele grupo (Munanga, 1999).

E adianto que as questões referentes ao preconceito de raça que serão descritas ao longo do texto não são reminiscências de fenômenos sociais antigos que sobreviveram na modernidade, não são padrões arcaicos de relações intergrupais formados no passado escravista (Hasenbalg, 1979), as crenças e comportamentos que relatarei têm funções e significados novos, adequados a cada estrutura social historicamente construída e “estão funcionalmente relacionadas aos benefícios materiais e simbólicos que o grupo branco obtém da desqualificação competitiva dos não brancos” (Hasenbalg, 1979, p. 85).

Já o conceito de classes sociais, tradicionalmente compreendido como estruturas sociais que condicionam ações coletivas nas sociedades capitalistas, são definidas por níveis de renda e de “acordo com as posições ocupacionais de indivíduos dentro de unidades produtivas e mercados de trabalho” (Ribeiro, 2003, p. 383). Mas como essas definições, de viés economicista, parece-me insuficiente, penso que seria importante compreender as classes sociais para além da renda e ocupação e atentar para sua reprodução, já que é ela que mantém as desigualdades sociais, através da apropriação diferencial de recursos.

Assim, normalmente, apenas a herança material, pensada em termos econômicos de transferência de propriedade e dinheiro, é percebida por todos. Imagina-se que a “classe social”, seus privilégios positivos e negativos dependendo do caso, se transfere às novas gerações por meio de objetos materiais e palpáveis ou, no caso dos negativamente privilegiados, pela ausência destes (Souza, 2012a, p. 23).

Há uma gênese sociocultural das classes. A reprodução (construção e dinâmica) das classes sociais e de seus privilégios no tempo acontece pela

transferência de valores imateriais, os capitais impessoais (Bourdieu, 1979; 1982; 2013), parece-me uma sofisticação na conceituação de classes sociais importante. Os indivíduos são produzidos diferencialmente por uma cultura de classe específica.

O economicismo liberal, assim como o marxismo tradicional, percebe a realidade das classes sociais apenas economicamente, no primeiro caso como produto da renda diferencial dos indivíduos, e, no segundo caso, como lugar na produção. Isso equivale a esconder todos os fatores e precondições sociais, emocionais, morais e culturais que constituem a renda diferencial, confundindo, ao fim e ao cabo, causa e efeito. Esconder os fatores não econômicos da desigualdade é, de fato, tornar invisível as duas questões que permitem efetivamente compreender o fenômeno da desigualdade social: a sua gênese e a sua reprodução no tempo (Souza, 2012a, p. 22).

Assim, o preconceito aberto ou velado esconde uma série de privilégios e violências simbólicas. O gosto, por exemplo, que não seria apenas uma dimensão estética, mas, antes de tudo, uma dimensão moral (Bourdieu, 2013), uma vez que constitui um estilo de vida e espelha todas as escolhas que dizem quem a pessoa é ou não é em todas as dimensões da vida, todo o processo de classificação e desclassificação que separa o “bonito” do “feio” e o “superior” do inferior”, passa a operar com base nessa dimensão externa e corporal.

Os lugares das situações apresentadas são diversos, aconteceram em unidades básicas de saúde (UBS) tradicional e com Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵, nos corredores dos serviços, no balcão de recepção; em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em reuniões de equipe; em fóruns de saúde mental e em ambientes de trabalho administrativo da gestão dos serviços, nas zonas leste e norte da cidade de São Paulo e compreendem o período que vai de 2011 a 2015.

Para refletir sobre estas situações, que apresentam uma complexidade multifacetada e convoca diferentes áreas do conhecimento, apoiei-me nos pressupostos metodológicos de Jessé Souza para subsidiar a formulação de perguntas, problemas e compreensões acerca da dimensão institucional.

Borram assim – as narrativas – a fronteira entre acontecimentos históricos e experiência subjetiva, tendo em comum à análise de convenções culturais de raça e

⁵ A UBS tradicional padrão (podendo ter outras configurações) tem na sua constituição, clínico geral, ginecologista e/ou pediatra que atendem usuários de uma determinada área de abrangência. Já a UBS com ESF é formada por equipes compostas por clínico geral, enfermeira(o) e agentes comunitárias(os) de saúde que visitam as residências dos usuários das suas respectivas áreas de abrangência.

classe social que compõem o sistema de valores morais em que se dão as relações entre indivíduos e sociedade.

Dessa maneira tracei o caminho que o narrador percorreu, as vivências concretas e subjetivas da discriminação e do preconceito, “a intimidade e inserção que o pesquisador tem com a sua comunidade de pesquisa [...], como se deram estas interações e quais foram os caminhos deste aprendizado” (Cunha Júnior, 2011, p. 127).

Considerando o novo rumo tomado, assim o trabalho foi estruturado:

No capítulo 2, *As roupas e as armas de Jorge ou os objetos de identificação*, apresento o trabalho da memória, a narrativa, a comunicação de uma jornada em que (re)colhi a experiência e recuperei a própria vida.

No capítulo 3, *Nação e identidade nacional*, procurei resgatar autores das ciências sociais que refletiram sobre a criação da nação brasileira, os debates teóricos e políticos que envolveram diferenciar a nação em construção, a produção de uma determinada identidade nacional centrada na questão racial e a naturalização de atributos que regularam o acesso à cidadania.

Dependências, reformas e democracia miscigenada, é o título do capítulo 4, no qual pontuo alguns aspectos sobre a estrutura socioeconômica que delineou a atuação do Estado no campo da saúde, o processo da Reforma Sanitária Brasileira como movimento social amplo de aprofundamento da democracia e da cidadania, os embates ideológicos hegemônicos existentes nas práticas de saúde; o preconceito e a discriminação envolvidos na negação da cidadania.

No capítulo 5, são compartilhadas as *Experiências do cotidiano na saúde* como trabalhador e problematizadas, estabelecendo uma ponte entre nossos sentimentos morais irrefletidos e o conhecimento reflexivo.

Para finalizar, no capítulo 6, *Transitando entre comuns*, é constituído uma narrativa de transformação, refletindo o quão comum tem sido a desigualdade na sociedade brasileira e indagado sobre qual comum é possível alcançar tendo no horizonte uma dimensão ética e política de bem comum.

2 AS ROUPAS E AS ARMAS DE JORGE OU OS OBJETOS DE IDENTIFICAÇÃO

Morte e vida Severina (de João Cabral de Mello Neto)

O retirante explica ao leitor quem é e a que vai

— O meu nome é Severino,
como não tenho outro de pia.
Como há muitos Severinos,
que é santo de romaria,
deram então de me chamar
Severino de Maria;
como há muitos Severinos
com mães chamadas Maria,
fiquei sendo o da Maria
do finado Zacarias.
Mais isso ainda diz pouco:
há muitos na freguesia,
por causa de um coronel
que se chamou Zacarias
e que foi o mais antigo
senhor desta sesmaria.
Como então dizer quem falo
ora a Vossas Senhorias?
Vejamos: é o Severino
da Maria do Zacarias,
lá da serra da Costela,
limites da Paraíba.
Mas isso ainda diz pouco:
se ao menos mais cinco havia
com nome de Severino
filhos de tantas Marias
mulheres de outros tantos,
já finados, Zacarias,
vivendo na mesma serra
magra e ossuda em que eu vivia.
Somos muitos Severinos
iguais em tudo na vida:

na mesma cabeça grande
que a custo é que se equilibra,
no mesmo ventre crescido
sobre as mesmas pernas finas
e iguais também porque o sangue,
que usamos tem pouca tinta.
E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte Severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte Severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida).
Somos muitos Severinos
iguais em tudo e na sina:
a de abrandar estas pedras
suando-se muito em cima,
a de tentar despertar terra
sempre mais extinta,
a de querer arrancar
alguns roçado da cinza.
Mas, para que me conheçam
melhor Vossas Senhorias
e melhor possam seguir
a história de minha vida,
passo a ser o Severino
que em vossa presença emigra.

Minha avó, Maria Severina, tinha arte de contar histórias. Mãe de minha mãe, “virou encantada” há muitos anos e deixou lembranças da sua incrível destreza em contar história; histórias dentro de uma história, que poderiam ser contadas num tempo gigante, extenso e circular, com personagens reais e fictícios, sem sabermos bem quem é um ou o outro; uma Scheherazade sertaneja. Vivia num “canto de terra” chamado Sapucarana, vilarejo da cidade de Bezerros, Pernambuco, e nada sabia da invasão holandesa, das maravilhas do Brasil Holandês do conde Nassau, nem da importância de Frans Post e Albert Eckhout, ou que havia judeus em Recife e de lá partiram para ser importantes em Nova York. O solo que ela pisava tinha outras cores

e outras ciências, tinha palma, boi e viola, coronel, Festa de São João e xaxado, Lampião e seu bando, padre Cícero e as benzedadeiras.

São as primeiras histórias⁶!

Jorge de Capadócia⁷, com suas roupas e armas para me proteger, era o santo guerreiro que com sua lança fere o dragão da maldade, cuja imagem tenho como uma fotografia à minha frente, estava sempre numa cadeira, ao lado da cama de casal dos meus pais, e junto da imagem, um copo com uma espada de São Jorge (planta cujo nome científico é *Sansevieria trifasciata*). Esse é dos meus objetos de identificação que recolhi da minha experiência. Objetos que na teoria freudiana, de uma forma geral são representações psíquicas e estão ligados ao processo da história de vida do sujeito, sendo fundamentais na constituição da subjetividade.

Outros objetos recolhi e agora lhes apresento!

Família mestiça, formada por pai preto (filho de mãe preta, nascida antes da abolição da escravatura) e mãe branca (com descendência indígena e portuguesa), tiveram três filhos pardos, todos com os traços da mestiçagem característica da formação inter-racial brasileira. Vieram de Pernambuco para São Paulo saídos de uma pequena cidade do sertão, onde experimentaram a seca, a morte precoce, o coronelismo, as festas de São João, o trabalho na infância, sem escola.

Em São Paulo, a vida em cortiço num bairro periférico, teve situações extremas relacionadas à pobreza material. A prestação informal, o fiado, a caderneta eram meios de negociação vigentes, principalmente pela mãe, a articuladora do cotidiano, com prestígio e honra para garantir aos filhos o necessário à sobrevivência.

A reflexão que Gonçalves Filho (1998, p. 14) faz sobre o fenômeno político da pobreza ainda hoje ressoa como coerente quando diz que

[...] a humilhação crônica, longamente sofrida pelos pobres e seus ancestrais, é efeito da desigualdade política, indica a exclusão recorrente de uma classe inteira de homens para fora do âmbito intersubjetivo da iniciativa e da palavra.

A solidariedade entre vizinhos era algo marcante na vida da família; vizinhança feita de laços de parentesco, de migrantes nordestinos de vários estados e imigrantes portugueses, espanhóis, sírio-libaneses e italianos.

⁶ O escritor e reconhecido contador de fantásticas histórias, Guimarães Rosa, no livro *Primeiras Estórias* permite-se criativamente a grafar de forma diferente estória e não história, vindo depois a repetir o mesmo feito no livro *Terceiras Estórias*, sem nunca ter escrito as “Segundas Estórias”.

⁷ Parte da música “Jorge de Capadócia” de Jorge Bem Jor.

Os imigrantes sempre eram donos de negócios próprios no bairro.

Dependência e solidariedade foram ingredientes presentes naquela rede de apoio. A presença do Estado na década de 1970, com políticas públicas emancipatórias não existia, só caridade e compartilhamento de alguns pertences materiais.

Havia escola gratuita, de primeiro e segundo grau, e saúde apenas curativa para os assalariados formalmente. A mão de obra, sem escolaridade e pouco qualificada como a de meu pai era remunerada no limite para garantir a sobrevivência, nada mais, mesmo sendo metalúrgico da General Motors (GM) do Brasil em São Caetano do Sul.

Sobre meu pai, parecia que lhe faltava o “espírito empreendedor” do migrante, de prospecção ao sair da terra natal, ou em outros termos, o espírito de cálculo e de previsão tão amplamente requisitado no contexto capitalista moderno (Bourdieu, 1979). Homem negro⁸, analfabeto, migrante nordestino, sem posses, herdadas ou conquistadas; resignou-se por toda a vida produtiva a ocupar um determinado lugar social esperado. Vendia seus músculos, sua força de trabalho para garantir o sustento da família com honestidade. Contudo, para aquela história de vida era um enorme avanço. Era reconhecido socialmente como trabalhador, honesto e bem comportado.

A família habitava uma pequena construção de um quarto, sala que abarcava também as três camas dos filhos, cozinha, banheiro e um quintal. Era uma casa localizada nos fundos de um terreno que incluía outras três casas, todas alugadas pela família Ferian⁹.

A sala era o centro da casa, com as três camas de cor vermelha e branca que também serviam de sofá quando chegavam visitas, uma cômoda e um guarda-roupa de solteiro. Na cômoda, além de três gavetas, uma para cada filho(a), assentava o objeto central da casa, a televisão – principal entretenimento – e fruto de disputa por quem seria o “dono da programação”, antes do pai chegar do trabalho (por volta das 20h) e nos dias de chuva, quando não podíamos ir para o quintal.

Eu jamais levava amigos para casa, sempre brincava na rua, na casa ou quintal de outras famílias e se por algum motivo os amigos de brincadeira tinham que ir a minha casa, pedia que esperassem no portão. Essa é a primeira

⁸ O termo negro refere-se à soma de pretos e pardos.

⁹ Todos os nomes e sobrenomes deste relato são fictícios.

lembrança/sentimento que tenho de um comportamento que envolvia vergonha e constrangimento,

[...] um fenômeno ao mesmo tempo psicológico e político. O humilhado atravessa uma situação de impedimento para sua humanidade, uma situação reconhecível nele mesmo - em seu corpo e gestos, em sua imaginação e em sua voz - e também reconhecível em seu mundo - em seu trabalho e em seu bairro (Gonçalves Filho, 1998, p. 15)

A rua era meu objeto de desejo, meu quintal ampliado. Nela encontrava os gêmeos da família Vasconcelos, família de cearenses, cujo pai, o “seu Pedro”, tinha um taxi e depois foi trabalhar como motorista particular no banco Itaú. Tinha a dona Carmem do bar, que era mãe da Fátima e sogra do Chiquinho, primo de terceiro grau de minha mãe, padrinho de batismo do meu irmão, e que me tratava como um filho muito querido. A rua, acima de tudo, tinha brincadeiras e jogos e nela passava boa parte do tempo, quando não estava na escola.

Tinha também a família Pavan, de origem italiana como os Ferian; eram os mais ricos do quarteirão e minha mãe passava roupas para eles. Eu como caçula, sempre a acompanhava. A família Pavan era proprietária de uma empresa, a Piave, com vários caminhões que distribuía piche pelo Brasil, também a maior e mais luxuosa casa da rua, até que um dia o pai morreu num assalto e a família progressivamente perdeu suas posses. Branquíssimos e de olhos azuis, os filhos, Rômulo e Desdêmona, tinham “de tudo em casa”. O pai, Roberto, homem rígido, de poucas palavras e de muita violência com os filhos, os proibia de brincar com as crianças daquela rua. Conosco em especial. Quando o pai via que estávamos juntos, eles eram repreendidos e exclusive surrados na rua mesmo. O pai parecia ter ódio e desprezo por nós.

O açougue da dona Soledade figura como uma lembrança especial. Ela era uma espanhola enérgica, que fugiu da Guerra Civil Espanhola (1936) e para quem minha mãe também passava roupas. Houve um dia em que o Gabriel, o filho dela, juntos com os pais foram em nossa casa – isso nunca havia acontecido antes e não tornou a acontecer. Havia um tom solene na visita. Sentaram à mesa e fizeram um pedido para meu pai, gostariam de comprar um carro, um Corsa, aproveitando o desconto e a facilidade que meu pai recebia como funcionário da GM. E assim foi feito; por anos foi descontado o valor da prestação do salário do meu pai, referente a um

bem que ele nunca possuiu. Dona Soledade quando me ouvia tocar flauta na rua¹⁰, pedia: *toca mais!* Gostava de *Asa branca* (Humberto Teixeira e Luiz Gonzaga), e me incentivava a tocar mais, a aprender mais. Durante a minha adolescência era ela que costurava minhas roupas com os detalhes de que eu gostava e que minha mãe tanto reprovava.

Outra estranha lembrança é a do Dr. Spinelli, sua pele incrivelmente branca com sardas, seus óculos grandes e fundos, sua voz sempre rouca, como a dos fumantes inveterados. Quando criança, magricela e fã de comidas pouco nutritivas, com frequência adoecia e minha mãe, muito preocupada, levava-me ao médico do Serviço Social da Indústria, o Sesi do Ipiranga, à Rua Bom Pastor. Chegávamos no escuro ainda, por volta das 5h¹¹ e já havia fila de pessoas na calçada e uma Kombi bem defronte à fila que logo abria para vender leite com café, pão com margarina Dorian e outras comidas. Havia uma rotina nas idas ao médico que me lembro bem: só entrávamos quando amanhecia (7h); após entrarmos, aguardávamos num dos vários bancos de madeira compridos da recepção; quando chamavam era sempre na mesma sala, com o mesmo médico (o Spinelli), que me mandava abrir a boca e levantar a língua, olhava ela com um palito de sorvete, escrevia algo num papel (receita?) E depois eu tirava sangue numa outra sala, no mesmo corredor.

Na pequena casa que morávamos também moraram, sem exceção, todos os tios e tias que vieram do Nordeste, em períodos diferentes e duração de tempo variável. Casavam e iam para suas casas. Prosperavam espalhados pelas periferias de São Paulo, em locais feios, sujos e com gente malvada¹², mas acumularam algum capital econômico¹³, sob a forma de propriedade, em que compravam terrenos em áreas sem infraestrutura, como iluminação, água encanada, transporte, escola e trabalho. Compravam, e como engenheiros e pedreiros intuitivos, construíam eles mesmos suas moradias, improvisadas no início, para gradativamente realizar melhorias, como ainda acontece nas periferias da cidade de São Paulo.

¹⁰ Na escola pública em que estudei no bairro do Ipiranga, à época Escola Estadual de Primeiro Grau (EEPG), tínhamos aula de Artes e uma professora que também ensinava flauta doce e canto.

¹¹ Só sei por que saímos nestes dias junto com meu pai e esse era o horário dele sair a caminho do trabalho.

¹² Parodiando o provocativo cinema político de Ettore Scola e que também é título do livro de Luis Ferla, "Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do biodeterminismo".

¹³ Para Bourdieu (2013) o capital econômico aparece sob a forma dos diferentes fatores de produção (terras, fábricas, trabalho) e do conjunto de bens econômicos (dinheiro, patrimônio, bens materiais).

Meus pais, intuitivamente, apostaram nos recursos socioculturais e na infraestrutura que o bairro do Ipiranga propiciava e que assim seria melhor para os filhos.

A vizinhança conhecida e solidária, o fácil acesso aos serviços como escola, comércio, transporte, saúde, foram fundamentais neste contexto de permanência no bairro do Ipiranga.

Os três filhos estudaram na mesma escola e nela eu jogava figurinha e brincava de pega-pega; era um bom aluno, sempre com boas notas, mas também pronto para as travessuras. Na 6ª série entraram meninas novas na escola, a maioria negras e algumas poucas brancas. Eram moradoras de um abrigo e sabia disso porque chegavam juntas na Kombi do abrigo. Todas tinham o mesmo tênis conga, azul, tão odiado por nós, pois era um símbolo de pobreza. Elas brincavam com os meninos de pega-pega e eu, como corria muito e quase sempre era o último a ser pego, destacava-me. Começou a circular um boato de que uma delas gostava de mim e numa das vezes em que brincávamos juntos, lembro-me de tê-la insultado chamando-a de macaca. Ela ficou ofendida, chorou.

A agressividade desta cena é imensa e refletir sobre

[...] a violência, parece a pedra de toque, o núcleo central do problema abordado. Ser negro é ser violentado de forma constante, contínua e cruel, sem pausa ou repouso, por uma dupla injunção: a de encarnar o corpo e os ideais de Ego do sujeito branco e de recusar, negar e anular a presença do corpo negro. Nisto reside, a nosso ver, a espinha dorsal da violência racista, violência que, *mutatis mutandis*, poderia ajudar-nos a melhor entender o fardo imposto a todos os excluídos da norma pisco-sócio-somática criada pela classe dominante branca ou que se auto define desta maneira (Costa, 1984, p. 103).

Na minha família não conversávamos sobre nossas origens (nordestinos, mestiços), não “precisávamos” falar sobre esse assunto e não lembro de algum momento na infância falarmos sobre racismo, preconceito, nunca. Não fui educado para me autoperceber como negro, apesar de na minha certidão de nascimento constar minha cor, parda, isso parecia que não se referia a mim. Na escola idem, os livros retratavam apenas famílias brancas, os imigrantes japoneses e italianos eram festejados, só o Saci-Pererê era preto, e malandro. E como “eu não era negro”, não me percebia como negro e como mestiço era “quase branco”, naturalmente autopermittia-me a ofender alguém como se fosse “branco”. Muitos anos passaram-se, com muita formação (leituras, discussões, participação em grupos de estudo) para

que eu compreendesse a sociedade e as instituições que me formaram e o pacto de silêncio e ocultamento que estruturaram nossas desigualdades e as reproduzem no cotidiano. Passaram-se anos para que eu compreendesse que jamais, como negro, poderia ser racista, mas que aprendendo a gramática silenciosa da sociabilidade brasileira, reproduzia o racismo¹⁴ ao ofender minha companheira de escola.

Gramática silenciosa, mas potente, insidiosa, pois “tata” na subjetividade acentos de negação¹⁵ que só custosamente são transformados.

A adolescência com suas mudanças corpóreas era acompanhada pela descoberta da cidade, para além do bairro. Expandiram-se os interesses e as relações sociais a partir da escola. Professora Ritinha, austera, irritava com as aulas de Educação Moral e Cívica e Organização Social e Política Brasileira (OSPB); professor Eduardo, de ciências, era motoqueiro e gostava da nossa curiosidade, das músicas que ouvíamos. Ficou pouco tempo na escola.

Sentia a escola com uma agitação incomum: olimpíadas entre escolas, com música e esportes; ensaio e apresentação do grupo de educação física no Estádio do Pacaembu.

Foi a primeira vez que fui num estádio. Brincávamos de “seleção” naquela trave oficial e eu aproveitava o apelido de Cafuringa, jogador negro do Fluminense, conhecido por suas incríveis arrancadas e por correr de cabeça baixa. Foi o Chiquinho, padrinho do meu irmão que me apelidou de Cafuringa, pois dizia que eu corria que nem ele. Foi ele também que me levou ao Estádio do Morumbi, para assistir ao jogo do time do São Paulo, nosso time favorito. Gostava muito do Chiquinho, muito mesmo, pois ele interessava-se com sinceridade pela minha curiosidade diante do mundo, conversamos sobre política, sobre minhas criações artísticas, mas nunca gostei do apelido com o qual, só ele me chamava, Cafuringa.

Foi na escola que surgiu também um novo apelido, o de “Kuntinha”, diminutivo de Kunta, o apelido de meu irmão mais velho. Kunta Kinte era o personagem principal que estrelava a minissérie Raízes¹⁶, exibida no SBT, um grande sucesso na época. O personagem Kunta lutava com bravura e dignidade, já que nascerá livre e foi

¹⁴ O racismo moderno é uma ideologia, uma crença naturalizada, que postula a existência de hierarquia entre grupos humanos, cujas características físicas hereditárias comuns dão suporte as características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas que estabelecem uma escala de valores desiguais entre grupos de dominados e dominadores.

¹⁵ Negação refere-se a dimensão política da vida social, onde há uma recusa da percepção de um fato que se impõe no mundo exterior.

¹⁶ *Roots* foi produzida nos EUA e baseada no livro de Alex Haley.

transformado em escravo. Gostei da minissérie e odiava o apelido, sem conseguir livrar-me dele por anos.

Somente anos depois, com novas relações de amizade no ABC paulista ganhei outros nomes carinhosos. Lá tinha outras roupas, outro cabelo, outro comportamento.

A influência do movimento de Contracultura mesmo em meados dos anos de 1980 era forte e para nós, na escola, foi apresentado pela música, fosse nas aulas de flauta, fosse por amigos mais velhos. Por essas vias absorvia uma cultura extraordinariamente diferente daquela que tinha no núcleo familiar.

No ano de 1985, após fazer um curso de datilografia por insistência de minha mãe, ingressei na carreira de bancário, categoria à época bastante combativa sindicalmente. Desde o início participava das greves da categoria, das greves Gerais e do movimento pelas Diretas Já!

Meu pai, metalúrgico do ABC, rompia todas as greves e infalivelmente, mesmo que fosse andando do Ipiranga até São Caetano do Sul, trabalhava. As palavras e as atitudes nas transmissões em rede nacional do excelentíssimo senhor Presidente, João Baptista de Oliveira Figueiredo eram tão suspeitas quanto às de meu pai.

Nesse período iniciaram os distanciamentos, dos velhos amigos de bairro que não se “politizaram” como eu, que entraram na marginalidade dos pequenos furtos, da família extensa, do pai, dos irmãos, dos tios e vizinhos. Existia uma autopercepção não confessa de que o local de origem e as relações familiares representavam o atraso, a pobreza, a falta de cultura.

Minhas ações “naturalmente” iam à direção de se distanciar e negar um conhecimento e uma cultura relacionados ao atraso e ao inferior, para vincular-me a uma cultura moderna e superior.

Levaram mais de duas décadas para compreender minha/nossa história de desigualdade e violência, da “impossibilidade” de existir como ser negro (Costa, 1984), do processo de branqueamento¹⁷ que franqueava a entrada no mundo da cultura das elites dominantes, do apoio à ideologia da meritocracia e da fantasia do esforço individual como caminho para o sucesso, que seria segundo a mesma ideologia, farto de oportunidades.

¹⁷ Processo de identificação do negro pelo branco, dado o desconforto e descontentamento em ser negro, busca a miscigenação para diluir as características raciais.

Assumia valores das classes dominantes, produzindo uma forma de ser no mundo que repudiava a “falta de cultura dos nordestinos”, a preguiça dos pobres e ao mesmo tempo a compaixão pelos infortunados e a repugnância velada por negros.

Foram muitos anos de vida, estudo e discussão para transformar radicalmente minha percepção, entendimento e as atitudes em relação a esses grupos e pessoas. Descobri textos, conceitos, lugares, instituições, pessoas que me ajudaram a encontrar uma coesão interna, uma identidade e uma sensação de pertencimento a um povo-nação, a felicidade de poder existir que me salvou da desintegração e da insanidade de não ser “ninguém” num país “sem conflitos abertos, étnico e racialmente inclusivo, em que “todos poderiam prosperar” desde que estudassem e trabalhassem com afinco. Entendi o engodo das ideologias hegemônicas.

Descobri Paulo Freire e a esperança sem ingenuidades nas lutas sociais, na solidariedade e no conhecimento do Outro que é oprimido, mas que pode transformar-se em cidadão, em educador/trabalhador das mudanças, quando reconhecido em sua dignidade, enquanto ser histórico. Descobri o efeito terapêutico e duradouro das pessoas que me amaram e foram respeitosamente atentas às minhas necessidades, e o quanto essa “segurança” existencial foi essencial para as transformações e aprendizagens que realizei. Diametralmente oposto aos efeitos da piedade e da caridade, que me fixava numa relação desigual.

Descobri as versões que a História pode ter, a depender de quem historia e de quais estímulos institucionais estão presentes, ou seja, uma reflexão crítica a respeito da história (das histórias) e das práticas políticas. Como quando, pela força da lei e da ordem, aprendi nos livros escolares sobre uma Inconfidência Mineira heroica, cuja figura de mítica de Tiradentes era estampada à semelhança do Cristo, martirizado e esquartejado. Depois aprendi sobre a apropriação, no Brasil, de um conjunto de símbolos e mitos republicanos de matriz francesa, no processo de estruturação da República brasileira e pude reler essa história, outras histórias e decidir com quais lutas me identificava.

Encontrei e conheci pesquisadores(as) e intelectuais que me inspiraram com seus trabalhos, como Maria Aparecida Silva Bento (Cida Bento), Hédio Silva Junior, Jurandir Freire Costa, Milton Santos e Neusa Santos Souza, e que me ensinaram a pensar interdisciplinarmente. Em especial, houve um momento de intenso aprendizado quando trabalhei no Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades, junto com Cida Bento.

Esse aprendizado, intenso e fecundo, contribuiu para formação de um ser, em que o estar no mundo tende a se opor às normas e convenções estabelecidas, com um comportamento aparentemente “escandaloso”. Compreendo que não existe nada de redentor no sofrimento, por estar em baixa posição na escala social, não converte ninguém em alguma espécie de voz privilegiado da moralidade e da justiça. Mas diante de tantas injustiças e iníquas formas de viver encobertas pelo silêncio consentido de uma sociedade que tem como forte característica a mistificação de sua realidade, como evitar o escândalo quando quem comunica é quem experienciou no corpo a dor do açoite!

3 NAÇÃO E FORMAÇÃO DE IDENTIDADE

O Estado como instituição fundamental das sociedades modernas e que se caracterizou como sistema constitucional-legal que o organiza, adquiriu também uma dimensão de Estado-nação, a partir da Revolução Francesa (1789), como unidade político-territorial (Bresser-Pereira, 2008). Definido também “pela independência ou soberania política e pela unidade territorial e legal” (Chauí, 2006, p. 14).

Nas sociedades capitalistas, o Estado-nação consolida-se como estado liberal, em que economia de mercado e concepção liberal de democracia serve como superestrutura política representativa do capital, embora conviva, não sem contradições, com lutas pelos direitos dos cidadãos.

A luta pelos direitos, todos eles, sempre se deu dentro das fronteiras geográficas e políticas do Estado-nação. Era uma luta política nacional, e o cidadão que dela surgia era também nacional. Isto quer dizer que a construção da cidadania tem a ver com a relação das pessoas com o Estado e com a nação. As pessoas se tornavam cidadãs à medida que passavam a se sentir parte de uma nação e de um Estado (Carvalho, 2015, p. 18).

Sendo assim, Estado-nação, lutas por direitos e pertencimento integram-se.

A “cidadania plena, que combine liberdade, participação e igualdade para todos” e que tem “servido de parâmetro para o julgamento da qualidade da cidadania em cada país e em cada momento histórico”, como afirma Carvalho (2015, p. 15), é um ideal perseguido pelo Ocidente, inclusive pelo o Brasil.

Mesmo com diferentes interpretações relacionadas às tendências políticas à esquerda, de centro ou à direita, na atualidade há algum consenso em reconhecer que avançamos formalmente e concretamente no campo dos direitos civis (direito à vida, liberdade de pensamento, propriedade), políticos (votar e ser votado, associação e organização) e sociais (à saúde, educação, moradia, trabalho). Mas como?

Carvalho (2015) pontua que além de termos avançado, no Brasil temos também subvertido a ordem esperada nas democracias ocidentais ao alargarmos os direitos sociais antes da plena realização dos direitos civis e políticos. Já Coutinho (2008), parece assertivo na discussão sobre democracia e cidadania, quando afirma que “o processo progressivo e permanente de construção dos direitos democráticos que atravessam a modernidade – termina por se chocar com a lógica do capital” (Coutinho, 2008, p. 68), visto que no Brasil, as reformas e avanços sociais têm forte resistência dos grupos dominantes historicamente conservadores.

Para chegar à saúde, direito social fundamental e campo de atuação no qual estou inserido, avançarei no campo dos direitos, retrocedendo ao passado da formação do Estado-nação brasileiro e seus antecedentes e de nossa sociabilidade. Sociabilidade entendida enquanto a forma com que os indivíduos e as classes produzem e reproduzem as condições objetivas e subjetivas de sua existência, sob mediação das bases concretas de produção, de uma dada direção política e do estágio de correlação de forças presentes num certo contexto (Gramsci, 1999).

Procuro assim a existência de uma estrutura unificadora, a lógica de processo do capitalismo (Wood, 2006), na qual o Brasil está inserido e que deve ser resgatada e problematizada. O caminho de como temos nos produzido enquanto nação será o traço principal.

A forma como nos construímos, nos pensamos, representamos e atuamos enquanto nação é uma fonte poderosa para investigação e análise (Luz, 1982; Schwarcz, 1993; Borges, 2005; Souza; Grillo, 2009; Fernandes, 2008a; Miskolci, 2012; Souza, 2012a, 2012b, 2015;), e certamente de como temos produzido identidades, desigualdades e diferenças, ou dito de outra maneira, quais são nossas contradições e conflitos “reais”.

Iniciarei a partir de agora uma proposição.

3.1 O pecado original de uma nação

O período das grandes navegações em busca de novas rotas comerciais, produtos e mercados, do continente europeu em direção às Américas, África e Ásia trouxe consigo um tempo de imensas mudanças com o encontro e embate de culturas e povos, entre dominados e dominadores, entre fiéis e infiéis, entre primitivos e civilizados.

O encontro deu-se pela violência física e simbólica, pela submissão de povos, na conquista de vastos territórios, pela imposição de valores, pela destruição de culturas, própria da racionalidade do capitalismo moderno, como afirma Moore (2007).

As identidades de dominados e dominantes na história dessa revolução capitalista foram construídas e desconstruídas no moto perpetuo, como diria Weber (1992), das exigências adaptativas do tempo histórico.

Do proto-racismo da Antiguidade, como define Moore (2007), o século XVI assistiu à ascensão da ideia de inferioridade e superioridade racial inata entre os seres humanos (Schwarcz, 1993; Moore, 2007). A aniquilação por guerras de conquista, como aconteceu com os impérios incas e maias foi uma das estratégias, assim como a reorganização geopolítica dos territórios conquistados, favorecendo a animosidade beligerante entre povos secularmente vizinhos, como aconteceu na África.

O uso da mão de obra africana e indígena na produção de mercadorias só foi possível pela categorização e hierarquização de seres humanos. Segundo Moore, o ocidente desenvolve-se e aperfeiçoa-se em criar “significado e valor universais” (Moore, 2007, p. 113) de civilização, de cultura, de perfectibilidade, de beleza, de sentido.

Os novos valores do mundo, notadamente europeu, em contato com estas outras culturas impõem e reorientam o sentido da vida dos povos subordinados; os modos de observar os fenômenos da vida (filosofia e ciências naturais); de organizar a vida social e intervir no mundo (o Estado e o liberalismo); de compreender o que é belo e harmonioso (ética e estética).

A ciência como parte dessa revolução em curso ocupa papel preponderante. Ela subsidia o pensamento que produz o Estado e as tecnologias que organizam sua rotina, como burocracia estatal, sistema jurídico, tributário, escolas, exército e polícia. Produz também as ideias que qualificam o humano em sociedade e aponta os pressupostos para sua evolução.

As revoluções burguesas (Inglesa, Francesa e Industrial), produto e produtora de transformações no mundo europeu, extravasam para suas colônias. Mesmo que em lapso com o que era discutido nas metrópoles, os ventos do liberalismo, do romantismo, da ilustração, do absolutismo sopravam pelas colônias e animavam as lentes das elites coloniais.

A vinda da família real portuguesa em 1808, com toda a corte e a burocracia do império ultramarinho para uma de suas colônias, o Brasil, foi acontecimento único e extraordinário na história (Ribeiro, 1995; Freyre, 2006) e dinamizou aqui discussões e processos que aconteciam mais fortemente na Europa, como os embates entre os regimes políticos monarquia ou república, escravismo ou trabalho livre, a confluência entre ilustração e o romantismo na consolidação dos estados nacionais. Em meio a toda turbulência aqui e acolá, o Brasil passa de colônia a império (1822) e começa a estremecer sua organização social diante do movimento abolicionista. A nação (o

Estado-nação) embrionária começa a ser gestada por “homens de *scencia*” (Schwarcz, 1993), uma elite que olhava fora para pensar dentro.

Apenas para melhor expor o contexto da discussão que propus desenvolver apresento a tabela 3.1 abaixo

Tabela 3.1 – População total do Brasil por raça e instrução, 1872.

Grupos	Categorias	Livres			Escravos			Soma
		Homem	Mulher	Soma	Homem	Mulher	Soma	
Total	Almas	4.318.699	4.100.973	8.419.672	805.170	705.636	1.510.806	9.930.478
Raças	Branco	1.967.118	1.813.992	3.781.110	-	-	-	3.781.110
	Pardo	1.680.046	1.651.608	3.331.654	246.641	223.297	470.038	3.801.692
	Preto	470.552	449.122	919.674	558.529	482.239	1.040.768	1.960.442
	Caboclo ¹⁸	200.983	186.251	387.234	-	-	-	387.234
Instrução	Sabem ler e escrever	1.013.078	550.973	1.564.051	958	445	1.403	1.565.454
	Analfabetos	3.305.621	3.350.000	6.855.621	804.212	705.191	1.509.403	8.365.024

Fonte: Censo 1872 (DGE 1876)¹⁹

Com os dados do primeiro censo demográfico realizado no Brasil temos uma indicação, vaga e sugestiva, de quem formaria a elite do país, e que a partir de 1822 começa a pensar a nação.

Em 1872 a população é formada por 58% de pardos e pretos, sendo que desse total 42% é livre, ante 38% de brancos dos quais 29% sabem ler e escrever. Destes 2/3 são homens. Podemos assim sugerir que no início do século XIX no Brasil, com a necessidade de fazer progredir o Estado idealizado e recém-criado, os que pensavam e decidiam os caminhos para formação da nação eram um pequeno grupo de homens livres, brancos, com posses suficientes para arcar com os custos de estudar na Europa, descendentes diretos das primeiras famílias estrangeiras que aqui chegaram ou da aristocracia agrária já há tempos estabelecida no país.

Nossos “homens de *scencia*”, amálgama de literato, político e cientista social, tinham a missão de fazer avançar a nação em meio à ebulição social que marca a vida do país em meados do século XIX, num horizonte que conjugava positivistas liberais à procura de ordem e progresso, um regime político que sofria abalos no

¹⁸ Referente à população indígena.

¹⁹ Disponível em http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/02/Relatorio_preliminar_1872_site_nphed.pdf

continente europeu (monarquia) e vinha sendo substituído por repúblicas na maioria das ex-colônias da América Latina e um sistema escravista que começava a ser questionado e pressionado²⁰ para bancarrota.

Para desenvolver tal missão criou-se, com apoio do monarca e seguindo modelo consagrado na Europa, instituições locais destinadas a organizar a história do país, conhecer e reconhecer suas riquezas naturais e seus símbolos nacionais, elaborar o sistema jurídico e penal. São criadas neste período as escolas de direito de Recife e São Paulo, os Institutos Históricos e Geográficos (guardiões da história oficial), os museus Paulista, Nacional e Paraense (dedicados ao estudo etnográfico) e as faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (destinadas a sanar a nação), todos descritos e fartamente discutidos por Schwarcz (1993).

O projeto de nação sublinhado após a independência do país ganhava contornos modernistas, porém com fundo conservador, e foi franqueado por um monarca ilustrado, desejoso de produzir uma intelectualidade local também ilustrada, com ideal de progresso, pensado como “um ideal de civilização futura a ser alcançada por meio da evolução humana” (Miskolci, 2012, p. 22).

O debate sobre a nação avançava e alcançava na década 1870 formato de um novo imaginário nacional marcado pelo tema racial, questão igualmente debatida na Europa e nos Estados Unidos da América, influenciadas por autores como Herbert Spencer e o evolucionismo social, Cesare Lombroso e a antropologia criminal e Francis Galton e a eugenia²¹.

A raça e no caso do Brasil, a mestiçagem, eram centrais para se pensar o país.

Uma plêiade de homens de ciência foi influenciada pelos autores acima e concomitantemente estavam envolvidos nesses debates sobre a nação, como Silvio Romero, Euclides da Cunha, Tobias Barreto, Nina Rodrigues e Rui Barbosa.

Existia também a influência estrangeira que fora nos deixando suas impressões sobre nós.

São célebres as observações deixadas pelos estrangeiros, como Louis Agassiz e o conde Arthur de Gobineau, sobre nossas raças miscigenadas, singulares pela feiura, preguiçosos de corpo e alma e irreversivelmente degenerados. A “mestiçagem

²⁰ Lei Eusébio de Queirós de 1850 que proibia o tráfico de escravos para o Brasil e foi uma exigência da Inglaterra, à época principal credor do governo brasileiro.

²¹ Ciência que visava o aperfeiçoamento da raça humana, criada por Francis Galton em 1883.

existente no Brasil descrita e adjetivada constitui uma pista para explicar o atraso ou uma possível inviabilidade da nação” (Schwarcz, 1993, p. 18).

Mais que pista, para nossos intelectuais eram à base de teorias, ciência que decifrava nosso atavismo negativo, sendo que para nosso trabalho é pouco relevante se o pensamento racial que gerava discussões na Europa era copiado sem nenhuma crítica, como conclui Skidmore (1976), ou se tratava de uma cópia original como sugere Schwarcz (1993), o que nos interessa é que

[...] esses modelos pareciam justificar cientificamente organizações e hierarquias tradicionais que pela primeira vez – com o final da escravidão – começavam a ser publicamente colocadas em questão [...] e devido à sua interpretação pessimista da mestiçagem, tais teorias acabavam por inviabilizar um projeto nacional que mal começava a se montar (Schwarcz, 1993, p. 24).

A frenética discussão dos rumos da jovem nação, por uma intelectualidade local com intenção de se destacar no cenário estrangeiro e que até o momento não vislumbrava como resolver a inviabilidade da nação, segundo os modelos teóricos incorporados, tinha um contexto histórico existencial relevante a destacar: o que fazer com a maioria da população, preta e mestiça, após o fim do regime de escravidão? Quem seriam os trabalhadores nos setores mais dinâmicos da economia, como a cafeicultura?

Segundo esse conjunto de ideias, nossos males provieram do povoamento realizado com raças inferiores e enraizaram-se com a miscigenação, sentenciavam médicos e juristas (Schwarcz, 1993). As soluções ao mal de raiz levavam em consideração o imenso contingente de pobres e desprotegidos da nação, mas não como um problema a solucionar e sim como algo que inspirava temor aos grupos dominantes.

Uma das respostas ao medo fraticida é a exaltação do imigrante europeu, depois de “descoberta” a incapacidade do brasileiro negro, não só atribuída à biologia, como ironicamente, pela sua experiência como escravo (Azevedo, 1987).

Respalado pelo discurso cientificamente legitimado, pelos jornais de circulação diária e pela representação popular, que traduz a ciência para o senso comum, o desejo da nação fadado à frustração – porque irrealizável diante da miscigenação – ganha contornos de medo paranoico como foi descrito por Azevedo (1987) e resgatado por Miskolci (2012).

Não por coincidência, outra solução foi o surgimento, neste período, dos primeiros hospícios do Brasil como o Hospício Pedro II em 1852 no Rio de Janeiro e outros, como mostra a tabela 3.2 abaixo (Oda; Dalgallarrondo, 2005, p. 986)

Tabela 3.2 – Primeiros estabelecimentos ditos exclusivos para alienados²² nas províncias

Província	Ano	Estabelecimento
São Paulo	1852	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo
Pernambuco	1864	Hospício de Alienados de Recife/Olinda
Pará	1873	Hospício Provisório de Alienados (Belém)
Bahia	1874	Asilo de Alienados São João de Deus (Salvador)
Rio Grande do Sul	1884	Hospício de Alienados São Pedro (Porto Alegre)
Ceará	1886	Asilo de Alienados São Vicente de Paulo (Fortaleza)

Estes primeiros lugares de reclusão dos desviantes da norma são lugares de pessoas brancas também, como descreve Cunha (1986), principalmente de mulheres que escapavam do rígido controle patriarcal e transgrediam com uma sexualidade fora dos padrões ou com gravidez sem a instituição do matrimônio. São, porém, pessoas pretas e mestiças a imensa maioria da população dos primeiros hospícios (Costa, 1980; Cunha, 1986), já que “os estigmas de degeneração física que apresentam são comuns de sua raça: lábios grossos, nariz esborrachado, seios enormes, pés chatos” (Cunha, 1986, p. 124).

Criminalidade e degeneração eram também componentes irmanados desta discussão. Seguindo os argumentos da antropologia criminal da escola italiana lombrosiana, a escola de medicina baiana, representada por seu maior expoente, o médico Nina Rodrigues, sustentou e se impôs no debate, não apenas da medicina, mas igualmente na produção das leis e do Código Penal, com a convicção de que eram os grupos negros um impedimento à civilização branca, ou melhor, um dos fatores de nossa inferioridade como povo (Rodrigues, 1982).

Leis que atingiam em cheio a população mais pobre, as classes populares e mais “perigosas”, com as piores condições de vida. Os hospícios e manicômios judiciais serviam como controle e punição dos anormais, das mulheres negras,

²² Termo usado à época para loucura.

caracterizadas como “um perfeito tipo de símio” (Cunha, 1986, p. 124), dos idiotas, alcoolistas inveterados, prostitutas, vadios, epiléticos.

As ideias claramente enunciadas nos discursos políticos sobre a nação brasileira que deixam entrever pressupostos como o de que quanto mais se eliminar os degenerados e anormais, nossos inimigos internos, mais forte, vigorosa e melhorada será a vida dos normais, os idealizados como verdadeiros componentes da nação. O racismo destes discursos se tornava palatável pela promessa de regeneração, e seu elitismo autoritário justificado pela lógica de que o futuro exige a eliminação do passado, sintomaticamente projetado apenas no povo (Miskolci, 2012, p. 45).

Sombrio e intrigante são as discussões e ações de nossa elite local – liberal e republicana – quanto à nação. Parece “desconsiderar” os impactos negativos, subjetivos e concretos, nos grupos diretamente envolvidos no sistema escravista durante mais de 350 anos. Impactos estes produzidos pela violência física, pelo estupro e pela bastardização planejada (Freyre, 2006), não seria a camada baixa da pirâmide social pós-abolição beneficiada e recompensada, ao contrário, foi culpabilizada pelo nosso atraso, controlada e punida. Como afirma Carvalho,

[...] foram pouquíssimas as vozes que insistiram na necessidade de assistir os libertos, dando-lhes educação e emprego, como foi feito nos Estados Unidos. Lá, após a guerra, congregações religiosas e o governo, por meio do Freedmen's Bureau, fizeram grande esforço para educar os ex-escravos. Em 1870, havia 4.325 escolas para libertos, entre as quais uma universidade, a de Howard. Foram também distribuídas terras aos libertos e foi incentivado seu alistamento eleitoral (Carvalho, 2015, p. 57).

Como apontado, lá, no país que inspirava nossas elites dirigentes, realiza-se o aperfeiçoamento da cidadania, aqui, nosso projeto de nação moderna, centrado na questão racial,

[...] impediu ou relativizou a realização de outros debates. Ao mesmo tempo que uma leitura determinista gerou o fortalecimento da importância das raças na formação da nação, em contrapartida levou a um esvaziamento do debate sobre a cidadania e sobre a participação do indivíduo” (Schwarcz, 1993, p. 320).

No Brasil os debates sobre a nação continuam no final do século XIX e entram no século XX envoltos pelo pessimismo da inviabilidade de realizar o “desejo de nação”.

Diante de um quadro de miscigenação irremediável, existiam contradições incômodas advindas dos intelectuais brasileiros, que oscilavam entre a adoção dos

modelos deterministas e monogenista, cujo prognóstico da mistura de raças seria a degeneração e extinção e que “transformavam hierarquias sociais, políticas e econômicas em hierarquias naturalizadas” (Schwarcz, 1996, p. 172) ou a aceitação das diferenças ontológicas entre as raças, de concepção poligenista, sem, contudo condenar a mestiçagem, que conduzida para o polo branco (branqueamento via imigração), poderia ser positiva.

Processavam-se conceitos e ideias “originais” as teorias estrangeiras, fragmentando-as e fusionando-as, produzindo um arcabouço teórico mestiço.

Assim foram os primeiros diagnósticos sociais sobre nós mesmos e de como produzirmos a nação desejada. Reuníamos os novos conhecimentos da antropologia, da psicologia social, da sociologia e da medicina social, junto com a frenologia²³, a eugenia e o positivismo.

A ciência, e aqui em especial, a medicina social (posteriormente designada também como saúde pública) aliava-se às necessidades do Estado (Rosen, 1979; Luz, 1982; Foucault, 1989).

A proximidade de acontecimentos como o fim da escravidão negra – e o medo do que aconteceria com essa massa de ex-escravos, quando libertos – as epidemias de cólera, varíola e febre amarela, o fim da Guerra do Paraguai – que produziu uma massa de doentes e aleijados – e o início da República e suas necessidades filosóficas de “ordem e progresso” produzem a figura do engenheiro da nação, o “médico missionário”, cuja formação fica a cargo de duas faculdades de medicina com projetos distintos e complementares, a da Bahia, com os estudos de criminologia e alienação (antiga denominação da loucura), com foco no doente, e a do Rio de Janeiro, dedicada ao combate das epidemias (Schwarcz, 2006), com foco na doença.

A identificação da eugenia com o saneamento foi uma das consequências da importância dada à saúde pública nesse período. O saneamento dedicou-se mais largamente ao serviço do projeto de nação em curso (Luz, 1982; Schwarcz, 1993; Mota, 2003; Kobayashi et al., 2009; Ferla, 2009; Miskolci, 2012; Koifman, 2012), cumprindo os quesitos de ciência positivista, foi incorporada por nossa elite ilustrada que se propunha a sanear os corpos, os grupos, a moral desviante, os modos de existir. “Nascia, assim, o sonho do Brasil como construção futura, desejo hostil ao seu

²³ É o estudo do caráter e das funções intelectuais do homem segundo a conformação do crânio e foi desenvolvida por Franz Gall a partir dos progressos da anatomia e fisiologia do começo do século XIX, proclamando que as características mentais estavam associadas a características físicas.

passado [...] e também hostil à sua população, recusada e temida como parte do que se queria superar” (Miskolci, 2012, p. 21).

Um primeiro vento de mudança começa a soprar com Euclides da Cunha em *Os Sertões* de 1902, obra ícone do pensamento social brasileiro e que via no sertanejo, no rural, um elemento forte, mas carente de civilização (Mota, 2003). Era o início das elaborações de viés culturalista que serão a principal chave de interpretação do Brasil a partir da década de 1930.

O país será invadido pela utopia sanitaria a partir de 1912, sendo Oswaldo Cruz “o *Cristo* da religião do saneamento, precursor da cruzada patriótica de redenção da raça e da reabilitação nacional” (Mota, 2003, p. 24). O interesse pelos sertões, pelas intervenções urbanísticas é o desejo de sanear a nação (Mota, 2003; Stepan, 2004; Kobayashi et al., 2009), em que sanitismo e intervenção corretiva e planejada da sociedade fabricariam uma altiva (e branca) raça, em dois ou três séculos, segundo Silvio Romero. Aproximávamos assim da eugenia²⁴ para pensarmos o futuro da nação.

A “busca” de uma nação continua e de maneira incansável nossa elite intelectual desdobra-se à procura da “raça brasileira”, agora unindo sanitismo triunfante, segundo Mota (2003), com eugenia, já que sanear é eugenzar.

Nesta cruzada nacionalista encontram-se figuras proeminentes do cenário médico/político como Renato Kehl – fundador da Sociedade Eugênica de São Paulo, primeira da América Latina – e outros que estão no panteão de nossa história como Afrânio Peixoto, Vital Brazil, Carlos Chagas, Edgar Roquette-Pinto e Monteiro Lobato. Estes homens ilustres sabiam de suas enormes responsabilidades históricas, já que “ao longo da década de 1920, a eugenia esteve associada a patriotismo e à reivindicação de um papel mais importante para o Brasil nos assuntos internacionais” (Stepan, 2004, p. 336).

A situação tem uma inusitada mudança nos últimos anos da década de 1920, quando as mesmas teorias europeias por nós assumidas e que imobilizavam o progresso, passam a receber um novo tratamento e os mestiços passaram a ser divididos em “maus ou bons, assim como a degenerescência obtida através da hibridação deixará de ser pensada enquanto fenômeno irreversível” (Schwarcz, 1993, p. 280). Para Mota

²⁴ Originalmente concebida por Francis Galton em 1865 consiste na aplicação de boas práticas de melhoramento para aprimoramento da espécie humana, com destaque para reprodução humana controlada.

[...] as teorias raciais e as concepções eugênicas teriam um lugar especial nessa discussão, ao descolar para o centro das questões nacionais as peculiaridades da raça brasileira. Mais que isso, seus representantes chegariam a propor estratégias baseadas em limpeza racial, tendo em vista o progresso do homem brasileiro em suas particularidades físicas, mentais e morais (Mota, 2003, p. 36).

Descobríamos assim uma teoria miscigenada e uma estratégia autêntica de reengenharia genética, às vezes mendeliana²⁵, sempre racializada, às vezes neolamarckiana²⁶ e tropical. Tudo coerentemente disforme, tais práticas (higiênicas e eugênicas) conjugariam importação de imigrantes brancos “superiores” (Koifman, 2012), educação dos pobres e dos mestiços úteis, exame pré-nupcial, isolamento dos degenerados (criação das Ligas de *Hygiene* Mental, manicômios e hospícios) e controle da vida familiar, que pode ser sintetizada pela afirmação de Edgar Roquette-Pinto²⁷ (1978 apud Carrara, 2004, p. 437), médico, antropólogo e pai da radiodifusão brasileira: “a miscigenação seria danosa apenas quando feita ao azar, sem orientação eugênica e higiênica, sem educação e fora da organização familiar”.

Assim chegávamos à década 1930 nos reinventando. A força do pensamento eugenista “serviu para estruturar debates e ações no Brasil, um país, à época distante das pesquisas genéticas, mas bem sintonizado com a ciência como símbolo de modernidade” (Stepan, 2004, p. 381). O eugenismo continuaria presente, porém encoberto pelo mais poderoso descobrimento da nação, chave de interpretação da identidade nacional até hoje ativa nas ciências humanas e sociais e no senso comum (Souza; Grillo, 2009), a ideia e ideologia da democracia social/racial freyreana, que mais à frente discutirei.

Ao findar essa parte inicial do trabalho, margeando uma historiografia certamente não hegemônica do país, queríamos evidenciar as origens da construção do Estado-nação brasileiro, que discussões eram relevantes para os grupos dominantes presentes neste debate, o papel desempenhado pela ciência na vida social da nação em formação e as atuações e ações provenientes deste debate.

As lutas e revoltas, os movimentos populares insurgentes contra a ordem, tais como os quilombos, a Revolta dos Malês, Cabanagem, Balaiada, Canudos, Revolta

²⁵ Leis básicas que estabelecem a transmissão de características hereditárias

²⁶ Teoria segundo a qual as diferenças entre os organismos são devidas à herança dos caracteres adquiridos, não só pela influência do uso e do não uso dos órgãos, mas ainda pelas condições físico-químicas do ambiente.

²⁷ Roquete-Pinto, Edgar. *Ensaio de Antropologia Brasileira*. Rio de Janeiro: Cia. Editora Nacional, 1978.

da Chibata e outros, são parte integrante desta história da nação e tensionaram com os poderes constituídos, mas não pertence ao espoco desta reflexão discuti-los.

A reminiscência dos acontecimentos até aqui descritos tem intenções objetivas e uma inferência:

1. A questão racial foi central desde os primórdios da nação.
2. A ciência produzida no país no período assinalado foi astuta em hibridizar conceitos e teorias que instrumentalizaram as ações do Estado, modernizando sem desconstruir hierarquias sociais e raciais.
3. A rígida hierarquização da sociedade brasileira, que servirá posteriormente para justificar a desigualdade dos diferentes, permanece intocada.
4. A busca constante da elite nacional pela originalidade brasileira envolvia sincronicamente um processo de comparação com as nações estrangeiras, inicialmente a Europa, principalmente a França e depois, sempre, com os Estados Unidos da América.
5. O poder que passa a ter a medicina social e os médicos na vida social do país.

A inferência relaciona-se à percepção de que nossas elites tinham uma baixa capacidade de autorreflexão dos reais problemas da nação, negando-os e projetando em outros grupos o mal produzido em suas entranhas.

Passemos agora para um momento decisivo da produção do Estado-nação e que nos imprime o DNA brasileiro, que até hoje nos identifica.

3.2 Nasce o país tropical ou a nação do futuro

Toda nação bem-sucedida, rica ou pobre, central ou periférica, desenvolvida ou subdesenvolvida, tem um mito nacional ou mitos fundadores, mesmo que sejam

“falsas-verdades”, pois sem eles não há alicerce simbólico que dá a liga afetiva para garantir estabilidade e contiguidade necessárias a sua eficácia (Chauí, 2006).

A identidade nacional é uma comunidade imaginada – já que não existe comunidade natural de pessoas – criada a partir de laços de afeto e sentimentos comuns, de língua comum, de hinos, brasões, bandeiras, de história compartilhada. Sem a construção do sentimento de compartilhamento de uma mesma história e destino, não existe nação no sentido moderno (Silva, 2009; Souza; Grillo, 2009).

A formação da identidade nacional dá-se por processos de aprendizado coletivo, em que um “conjunto de interpretações e de ideias permite compreender o sentido e a especificidade de determinada experiência histórica coletiva” (Souza; Grillo, 2009, p. 30).

O aprender dessa identificação implica no refreamento do narcisismo ancestral, fraticida, determinante para que as rivalidades não terminem em violência e genocídios. O imaginário social (como sinônimo de mito) é uma transfiguração da realidade psicossocial de modo a prove-la de sentido moral e espiritual para os indivíduos e grupos sociais que compõem uma sociedade particular, substituindo em grande medida aquilo que produzia em épocas passadas as grandes religiões.

Mas uma identidade nacional eficiente constrói as bases não apenas da solidariedade grupal dominante, é também uma fonte indispensável, em condições modernas, para a própria constituição da identidade individual de cada um de nós. Assim, somos todos não apenas filhos de nossos pais e mães específicos, o que confere uma biografia e, portanto, uma identidade peculiar, mas somos também, em grande medida, filhos da nação com a qual nos identificamos. Esse ponto é importante, já que isso contribui para que o mito nacional seja incorporado e internalizado de modo pré-reflexivo e emotivo por cada um de nós, tornando o mito, em medida significativa, imune à crítica racional (Souza; Grillo, 2009, p. 34).

O processo histórico imbricado da América Latina teve semelhanças e particularidades na modernidade. A exploração das colônias para acumulação primitiva de capital, fundamental aos países do centro do capitalismo, a imposição da religião dos dominadores, a origem idiomática, a produção especializada de matérias-primas, o uso de mão de obra escrava na produção e o genocídio dos povos autóctones, são semelhanças reconhecidas.

Outra semelhança são as lutas por independência das colônias, que se concentraram entre 1810 e 1825 e fundaram repúblicas de pessoas livres.

No Brasil, as particularidades vão surgindo como distinções históricas “originais” muito cedo, desde a colônia: um território português numa América espanhola, a grande extensão territorial com poucas mudanças nos seus limites, a quantidade expressiva de africanos utilizados como mão de obra escrava, a duração total do regime escravista (339 anos), a diversidade de riquezas naturais a explorar, a profícua miscigenação étnicorracial, a fixação da família real portuguesa na colônia, junto com toda a burocracia do império ultramarinho e por fim, uma independência, acordada com Portugal, com a continuidade do regime monárquico e escravista (Ribeiro, 1995; Freyre, 2006).

A grande nação, gigante pela própria natureza, a pátria amada de passado glorioso, foi sendo construída por signos que a distinguiam, envolta com questões centrais profundamente contraditórias, pelos nacionais e pelo olhar estrangeiro.

Esse processo encontrou pontos-chave de ancoragem para produção da identidade nacional. O primeiro embrião do “gigante dos trópicos” pode ser encontrado na cultura romântica nacional, que exaltava a exuberância natural (*minha terra tem palmeiras...*) e de heróis indígenas dizimados (*O Guarani*), mas como não encontrou um povo real e belo a exaltar não logrou sucesso quanto à coesão, nem tão pouco à eficácia simbólica própria dos mitos nacionais.

A baixa qualidade do elemento humano que compunha a nação, representada pelos negros e indígenas, assim como o problema da miscigenação, satanizada por Arthur Gobineau, ministro da França no Brasil e amigo de D. Pedro II, já descrevi acima e por um longo período estas questões atravancaram a transformação teórica e simbólica do povo em nação.

O Brasil das duas primeiras décadas do século XX vivia no contexto das grandes transformações mundiais, tecnológicas e culturais, da reorganização dos impérios transnacionais, dos impactos da 1ª Guerra Mundial e seus desdobramentos na produção dos estados nacionais e consequentemente das identidades nacionais.

O Brasil, assim como outras nações, debatia-se em busca de sua originalidade, de sua especificidade. A década de 1930 marca a descoberta do mito fundador da nação, da “crítica” social aos nossos principais problemas e da síntese, ainda hoje incontestada e constantemente atualizada, da brasilidade, ou “o que nos faz brasileiros”. Os pais primevos da grande nação serão Gilberto Freyre com o livro *Casa-grande & senzala* de 1933 e Sergio Buarque de Holanda com *Raízes do Brasil* de 1936, e com eles me haverei agora.

Freyre já nas primeiras páginas de *Casa-grande & senzala* informa o tamanho da missão que está predestinado a cumprir quando lembra: “era como se tudo dependesse de mim e dos de minha geração; da nossa maneira de resolver questões seculares. E dos problemas brasileiros, nenhum que me inquietasse tanto como o da miscigenação” (Freyre, 2006, p. 31).

Como arauto da nação, Freyre e sua obra vão desvelando um Brasil formado pelo lusitano desbravador, de espírito inovador, aclimatado, do homem sem ideias absolutas e preconceitos inflexíveis, pronto a miscigenar com as mulheres da terra; pelo indígena, profundo conhecedor dos vegetais e dos animais úteis, cujas mulheres serviram ao faustoso apetite sexual das primeiras levas de colonizadores; e principalmente pelo negro, “revalorizado”.

Em sua releitura culturalista reconhece que a “escravidão desenraizou o negro do seu meio social e de família, soltando-o entre gente estranha e muitas vezes hostil” (Freyre, 2006, p. 398) para explicar a imoralidade tão afamada destes. Dedicou mais da metade do livro para valorizar a diversidade e a riqueza de culturas da África, transferidas para cá com a instituição da escravidão. Revaloriza com detalhamento, hábitos, costumes, religiões, comidas. Explica os diferentes usos de exploração do homem negro e da mulher negra, todos úteis ao sistema econômico.

O conjunto da obra do antropólogo pernambucano harmonizou tudo que antes era dissonante, encontrou outro Brasil, “mais tropical, mais fraternal, mais brasileiro”²⁸. Com elegância enciclopédica Freyre reconta os elementos constituintes da gênese nacional latente de violências, mas o faz tão fluido, tão adocicado, que a narrativa manifesta soa como positiva. A escravidão sexual que subjugava as mulheres negras e que planejadamente produzia novas peças para o sistema escravista é assinalada, mas transmutada em relação consentida, sadomasoquista²⁹. A brutalidade do trabalho masculino, que projetava a expectativa de vida do escravo a meros 19 anos (do brasileiro não escravo era 27 anos no século XIX) foi temperada pela constatação das relações de proximidade, familiares entre brancos e negros.

Com Freyre produziu-se com maestria e encantamento uma odisséia tropical, que ao fim superava as diferenças para irmanar-se em democracia social (racial).

O que escavávamos há anos – sentimento compartilhado de história e destino comuns – sem encontrar, Freyre encontra. É o primeiro a superar nosso principal

²⁸ Parte do poema “O outro Brasil que vem aí” de Gilberto Freyre do ano de 1926.

²⁹ Uma gratificação substitutiva ligada ao sofrimento ou humilhação ao qual o sujeito se submete.

defeito secular, a miscigenação, e articular a ideia-força de que o mestiço é lindo, é sofisticado, é o futuro. Ele foi central e efetivamente fundou “a forma dominante como o Brasil contemporâneo percebe a si mesmo, não apenas neste romance da identidade nacional chamado *Casa-grande & senzala*, mas em toda a sua obra” (Souza, 2015, p. 30). Inverteu a fórmula racista científica que condenava a nação mestiça e degenerada, e construiu uma argamassa sentimental, um vínculo afetivo que unia o povo brasileiro à ideia de Brasil, “original” e positiva, com a qual a nação e os indivíduos podiam se identificar e se autolegitimar.

Tudo isso, não nos esqueçamos, com a chancela da ciência, a autoridade legítima e moderna para decifrar a vida social.

A elaboração antropológica freyreana conquistou corações e mentes e passou a “vigorar como uma espécie de ideologia não oficial do Estado” (Schwarcz, 1993, p. 325) servindo

[...] como uma luva nos interesses de arregimentação política do governo industrializante e modernizante de Getúlio Vargas e passou [...] a ser ensinada nas escolas e cantada em prosa e verso como fundamento da “unidade morena” da nação brasileira. Afinal, a miscigenação racial funcionava como redutor de todas as diferenças, especialmente das de classe social e prestígio, além de permitir uma associação “espontânea” com ideias como calor humano, hospitalidade, sensualidade, cordialidade e todas as qualidades ambigualmente pré-modernas que hoje são patrimônio afetivo de todo brasileiro [...] uma segunda natureza [...] vinculada à identidade individual de todo brasileiro que se imagina incorporar virtualidades do comportamento humano que só existiriam por estas bandas tropicais” (Souza, 2015, p. 30).

Como vaticinou o pessimismo de Nina Rodrigues que irônica e nervosamente afirmara, “se um país não é antigo para se fazer conhecer por sua tradição, rico para se destacar por sua economia, precisa ser diferente” (Schwarcz, 2006, p. 48), foi Freyre que descobriu o quanto éramos diferentes.

Com ele produziu-se uma chave explicativa da singularidade do nosso patriarcalismo, que criou efetivamente a miscigenação e bastardização da família brasileira, a unidade básica societal. Foi ele também que interpretou, não de maneira manifesta, mas latente, o drama social da época a partir do conceito sócio-psicológico do sadomasoquismo, uma perversão que produz efeitos diferentes nos grupos: “no polo negativo implica subordinação e reprodução social da baixa autoestima nos grupos dominados, no polo positivo, abre uma possibilidade efetiva e real de diferenciação social e mobilidade social” (Souza, 2012b, p. 105).

Essa interpretação implícita é importante para compreensão de como a sociabilidade brasileira processou-se, pois no momento que “superávamos” o racismo científico, fundando uma nação socialmente (racialmente) democrática – e Freyre não faz nenhum esforço para delinear o que está denominando democracia – baseada na dominação e no consentimento forçado, “esquecíamos” os desvios e transformava-os em norma positivada, cuja evidência está nas ruas a olho nu.

Evidentemente esta construção por “secundarizar o elemento de opressão e subordinação sistemática, é ideológica”, mas “efetivamente levou Freyre a pleitear uma espécie de contribuição singularmente brasileira à civilização” (Souza, 2012b, p. 105).

A coesão tão almejada que só o “mito fundador” pode proporcionar fora alcançada, e lembro, o mito não tem compromisso com a procura da verdade! Através dele costurávamos com fios afetivos o elogio à unidade, à homogeneidade, à índole pacífica do povo brasileiro, mesmo que à custa do encobrimento e da negação de conflitos de toda espécie. Aliás, a negação de todo conflito passa a ser percebida como atributo positivo na disputa ideológica pela consolidação do DNA simbólico do Brasil.

E o mais interessante no nosso contexto é examinar o modo como o mito da brasilidade e sua celebração das virtudes ambíguas da pré-modernidade se transformam em ciência (moderna) conservadora com toda a aparência de ciência crítica. [...] Esse ponto é fundamental para compreendermos de que maneira as ideias dos intelectuais passam a afetar decisivamente a vida prática de uma sociedade, legitimando e reproduzindo um cotidiano, como no caso brasileiro, de desigualdade e humilhação” (Souza, 2015, p. 31).

E são as ideias dos intelectuais, essas ideias-forças que articulam interesses poderosos permitindo mascará-los e justificá-los e que depois de institucionalizadas, ganham vida própria e esquecemos sua gênese é que me dedico a relembrar.

Relembrada a importância da ideia-força do pai-fundador da concepção dominante de como o brasileiro se percebe no senso comum, passo à ideia-força do pai-fundador das ciências sociais brasileiras no século XX, Sergio Buarque de Holanda, que publicou sua obra seminal, *Raízes do Brasil*, três anos após *Casa-grande* e como todos os brasileiros dessa época foi influenciado decisivamente por Freyre.

Holanda (2014), assim como Freyre, concordava com a especificidade ibérica na Europa e percebia o legado cultural lusitano do personalismo³⁰ transmutado da metrópole para colônia e que aqui vicejou espectralmente como patrimonialismo, produzindo uma relação peculiar entre mercado, Estado e sociedade, em que o Estado era visto como incompetente e o mercado como local da racionalidade e da virtude.

Ao sistematizar essa ideia do personalismo/patrimonialismo Sergio Buarque aproveita a potência do mito freyreano do Brasil enquanto civilização singular e inverte o diagnóstico positivo, defendendo que essa civilização e seu tipo humano característico, o homem cordial, são na verdade, ao contrário de nossa maior virtude, nosso maior problema social e político (Souza; Grillo, 2009; Souza, 2015).

Na realidade, Buarque assume todos os pressupostos metateóricos e teóricos da tese de uma sociedade pré-moderna e dominada pela emotividade e pessoalidade como formulada por Freyre. O que Buarque acrescenta de (aparentemente) novo é a transformação da ênfase no personalismo típica da interpretação freyreana em ênfase no aspecto institucional e político, ou seja, supostamente patrimonial. O patrimonialismo é uma espécie de amálgama institucional do personalismo, de resto compartilhando com efeito todos os seus duvidosos pressupostos inseridos para fins pragmáticos na construção do mito freyreano. [...] Afinal, o homem cordial é emotivo e particularista e tende a dividir o mundo entre amigos, que merecem todos os privilégios, e inimigos, que merecem a letra dura da Lei (Souza, 2015, p. 32).

E o mais interessante, Buarque concentrou-se na ação do “homem cordial” (personalista/patrimonialista) no Estado, apesar de em sua análise o “homem cordial” estar presente em todas as dimensões da vida, inclusive no mercado.

Novamente como ideia-força produzida pela ciência e que também serve a interesses hegemônicos (mesmo posicionando-se como crítica social), a noção de patrimonialismo marcou, como uma espécie de “mal de origem”, o como vemos a atuação do Estado e sua elite sobre a sociedade: corrupto, parasitário e ineficiente. A perenidade dessa ideia, já incorporada à representação do que é o Brasil, mantém-se inabalável e constantemente atualizada, como pretendo demonstrar.

Entre nós a noção de patrimonialismo sempre teve uso político e não científico (pertencente ao pensamento weberiano), já que ela assim utilizada reduz e distorce a “realidade social de diversas maneiras e sempre em um único sentido: aquele que simplifica e idealiza o mercado e subjetiva e demoniza o Estado” (Souza, 2015, p.

³⁰ Emotividade como dado psicossocial que guia as relações interpessoais de favor e proteção.

34s), pois deixa à sombra as contradições sociais como um todo (mercado e Estado), naturalizando desigualdades – que no caso brasileiro são abissais – e um cotidiano de carência e exclusões, sendo essa a efetiva função social da tese do patrimonialismo no Brasil.

A escolha pelos “explicadores do Brasil”, autores e ideias que expunham certa forma de perceber o Brasil e seus conflitos, os fiz em meu proveito, pois compreendo que essas ideias “estão materializadas em práticas sociais e institucionais naturalizadas, que fazem o dia a dia do Brasil moderno” (Souza, 2015, p. 102).

Avancei até este ponto sintetizando as obras dos dois principais intelectuais definidores da brasilidade e fundadores do mito Brasil/brasileiro. Não o faço displicentemente, pois mesmo com as duras críticas que foram elaboradas a partir da década de 1960 (Hasenbalg, 1979; Fernandes, 2008a; Guimarães, 2012), às elaborações freyreanas sobre democracia social (racial), o cerne da obra, permaneceu ileso e continua a reproduzir-se no senso comum e nas ciências. Já a ideia-força do personalismo/patrimonialismo buarqueana, que nasceu um clássico – como vaticinou Antônio Cândido no prefácio de *Raízes do Brasil*, permanece imbatível.

Os trabalhos empíricos e de desconstrução destas ideias que se tornaram hegemônicas, do sociólogo Jessé Souza, são referência única, mas nos pareceu tão consistente suas críticas que aqui as defendo, inclusive no uso do conceito de racismo culturalista que o autor faz, ao “emprestar” a mesma definição de racismo de cor (essencialização e homogeneização de indivíduos e grupos) como categoria de análise. Apenas discordo do autor quando não entende que racismo culturalista é racismo de cor no Brasil, pois está intimamente associado ao nosso primeiro “mal de origem” (racial), que as instituições nacionais souberam perpetuar como mito da democracia racial (Bento, 2007; Guimarães, 2012).

O que descrevi até o momento foi à criação do segundo “mal de origem”, em que o preconceito das sociedades centrais (e das elites nacionais) que se percebiam no século XIX como racisticamente superiores foi transformado em superioridade cultural precisamente pela contraposição entre a racionalidade (superior) e o afeto (inferior) típico das sociedades periféricas (Souza; Grillo, 2009; Souza, 2015).

Realizei assim um “memorial” que estrutura a trama de ideias que parece ter produzido uma nação; como o povo real da nação foi sendo capturado por leituras dramáticas, ora desesperançosamente imprestável, depois utilizável se branquear,

para em seguida ser a gente que produziu “o país do futuro”, com raças e gentes de todos os tipos e lugares a festejar fraternalmente pelas ruas, só que “parasitados por um Estado corrupto”.

São leituras, como já discutido, que serviram à dominação e à reprodução dos privilégios injustos que marcaram toda a história moderna do país, pois encobriam o essencial, a luta de classes por recursos escassos e os preconceitos naturalizados como mérito individual.

E para se compreender por que existem classes positivamente privilegiadas, por um lado, e classes negativamente privilegiadas, por outro, é necessário perceber como os “capitais impessoais” que constituem toda hierarquia social e permitem a reprodução da sociedade moderna, o capital cultural e o capital econômico, são também diferencialmente apropriados. O capital cultural³¹, sob a forma de conhecimento técnico e escolar, é fundamental para a reprodução tanto do mercado quanto do Estado modernos. É essa circunstância que torna as classes médias, constituídas historicamente pela apropriação diferencial do capital cultural, uma das classes dominantes desse tipo de sociedade. A classe alta se caracteriza pela apropriação, em grande parte, pela herança de sangue, de capital econômico, ainda que alguma porção de capital cultural esteja sempre presente (Souza, 2012a, p. 25).

O produto real dessa aparente “crise contínua de identidade” foi e continua a ser a mais vergonhosa desigualdade (Theodoro, 2008; Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento, 2010), nacional e regional, em que moradia, educação, saúde como direito humano básico são negados a maioria da população.

Assim sendo compreendo que o processo de modernização brasileiro constituiu não apenas as novas classes sociais modernas que se apropriaram diferencialmente dos capitais cultural e econômico. “Ele constitui também uma classe inteira de indivíduos não só sem capital cultural nem econômico em qualquer medida significativa, mas desprovida, das condições sociais, morais e culturais que permitem essa apropriação” (Souza, 2012a, p. 25), a ralé estrutural (Souza; Grillo, 2009) que continua há se reproduzir por gerações, sofridos e abandonos e totalmente dependente das políticas públicas do Estado, quando estas existem.

Finalizo esse primeiro momento com uma indicação importante para compreensão de minha reflexão, aquela que é a dimensão mais importante da vida social, a dimensão institucional (Weber, 1992; Fernandes; 2006; Souza, 2015).

³¹ Para Bourdieu (1982, 2013) o capital cultural é a apropriação de bens simbólicos socialmente valorizados (literatura, artes, diplomas escolares), e tradicionalmente monopolizado pelas classes médias para reprodução dos seus privilégios.

Não assumo em minhas reflexões a “sociologia espontânea do senso comum” que percebe o mundo social como produzido pelas intencionalidades de sujeitos independentes, que em interação vão criando “naturalmente” mundos e relações interpessoais. Assim sendo, estaria afirmando que há uma sobrevivência secular de pessoas racistas, que por ignorância ou maldade, não incorporaram as suas “mentalidades” as modernas ideias sobre igualdade, justiça, sobre a inexistência biológica de raças humanas, e dessa maneira reproduzem continuamente desigualdades e iniquidades. Não valido essa argumentação!

Compreendo que toda ação cotidiana é comandada por imperativos institucionais que internalizamos, ainda que não percebamos, e foi incorporada (tornada corpo), porque estava ali “desde sempre”. São os estímulos, as expectativas e os castigos institucionais que moldam nosso comportamento e escolhas (Bourdieu, 1982; 2013), através “da disciplina escolar, da autoridade familiar, dos limites da ação individual pela Lei e pela polícia, das regras de trânsito etc” (Souza, 2015, p. 40), num horizonte institucional já dado, e que orienta nossas vidas, mesmo que não tenhamos consciência disso.

E como nota de atenção não poderia deixar de lembrar que a instituição total mais antiga e duradoura brasileira (mais de 300 anos) foi a escravidão, comandando a vida de pessoas livres e escravizadas, e que findou num pacto narcísico³² (Bento, 2007) inaudito. Por mais de três séculos todas as relações sociais, da vida familiar à vida cultural, religiosa, política e econômica tiveram regras institucionais próprias de um sistema que para funcionar precisava hierarquizar rigidamente pessoas e grupos. Quando e de que forma desconstruímos esta hierarquização, apresenta-se como pergunta em aberto?

Mas o que nos dispomos a realizar agora é

[...] determinar a hierarquia material e valorativa que preside a institucionalização de estímulos seletivos para a conduta dos indivíduos que a compõem. Essa seletividade, por sua vez, exige a consideração da variável do poder relativo de grupos e classes envolvidos na luta social por hegemonia ideológica e material (Souza, 2015, p. 79).

³² Aliança inconsciência entre brancos, em forma de silêncio e omissão, que perpetuam privilégios e reproduzem desigualdades.

Pois no momento que adentrar no campo dos direitos sociais e da Saúde Coletiva, o que cumpre esclarecer é a imbricação entre domínio material e ideológico e acesso diferencial a bens ideais e materiais escassos que estão em disputa.

Ou seja, para nós, a organização pública e/ou privada dos serviços de saúde, os órgãos burocráticos específicos de planejamento, gestão e controle, o financiamento das políticas definidas como prioritárias, as concepções de saúde e doença, o acúmulo de conhecimento e a técnica aplicável para resolução dos problemas de saúde, articulam-se nas sociedades capitalistas, mesmo nas periféricas, como é o caso da brasileira, “a dinâmica das relações de produção destas sociedades determinando o campo de prática e saberes, onde se organizam as ações coletivas de saúde” (Merhy, 1987, p. 38).

Como se articulam é o que refletirei de agora em diante, tendo sempre como chaves de interpretação a relação entre política e saúde, nacional e, em especial, a paulistana.

E sem eliminar ambiguidades, em que considerarei as duas principais instituições modernas, Estado e mercado, com suas racionalidades distintas e as duas podendo servir tanto para produzir e dividir a riqueza social quanto para concentra-la nas mãos de poucos, mas que na história do Brasil, “nos raros instantes em que se prestou atenção a demandas dos setores oprimidos, isso sempre aconteceu por meio do engajamento estatal, e nunca do mercado” (Souza, 2015, p. 99).

4 DEPENDÊNCIAS, REFORMAS E DEMOCRACIA MISCIGENADA

Os ideais e concepções higienista, que se transformaram em disciplina médica e são organicamente orientados pelo evolucionismo e determinismo de base racial do século XIX (Schwarcz, 1993; Rodrigues, 2008; Ferla, 2009), produziram uma medicina que não tinha como finalidade única estudar e curar doenças, mas íntima relação com a organização da vida social (Paim et al., 2014). No Brasil “essa parte da medicina”, por associar-se com a eugenia, teve a função especial de contribuir na hierarquização de pessoas e grupos.

A título de nota, na Constituição brasileira de 1934, no artigo 138 está inscrito que “Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: b) estimular a educação eugênica”³³. No Brasil das décadas de 1930 e 1940, a educação eugênica foi aplicada às crianças, em especial aos filhos da classe trabalhadora mais empobrecida, sobretudo, nos termos da época, entre órfãos e abandonados, pretos e pardos, débeis e atrasados.

Para historiadores da saúde (Rosen, 1979, 1983; Foucault, 1989) nos países centrais do capitalismo o movimento higienista foi sinônimo de medicina social, com assistência e controle autoritário dos pobres.

Na Europa, ainda no segundo quartil do século XIX, o desenvolvimento da medicina social como saúde pública acompanhou o progresso do liberalismo econômico e foi impactada pela acentuação da urbanização e do processo de industrialização que incidiam diretamente na saúde do trabalhador (Rosen, 1979). É a era da medicalização das cidades. Para Foucault (1989) a medicina social implicava numa prática social, que intervém na sociedade e desta sofre influência, produzindo uma dimensão biológica e de poder com intenções ao controle da sociedade sobre os indivíduos, pelo corpo.

Nos EUA as epidemias associadas à industrialização provocou uma reforma na saúde com a criação da Associação Americana de Saúde Pública em 1879. A partir de 1910 com a divulgação do *Relatório Flexner*, o ensino médico e a prática da medicina têm uma grande guinada, já que “a reforma proposta por Flexner, e que foi amplamente acatada, sistematizou e formalizou as especificidades próprias à

³³ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm.

modernização da medicina e com isso impulsionou essa modernização” (Paim et al., 2014, p. 5).

A influência, impacto e extensão que o “modelo flexneriano” tem na prática médica mundial e nacional é problematizado de diferentes formas pelos autores. Para Mendes (1986), como ideologia hegemônica, o relatório fortaleceu o modelo biomédico, centrou-se na excelência do profissional médico, no desenvolvimento das especialidades médicas e no hospital como laboratório dessas práticas. Já Pagliosa e Da Ros (2008) fazem ponderações críticas mais amenas e avaliam as limitações do modelo na formação e prática médica. Almeida Filho (2010) aparece como ponto de inflexão acerca do consenso “anti-flexneriano”, quando resgata o texto original, o contexto histórico da reforma e desconstrói criticamente o que é e o que não é do relatório, em que se “atribui a ele responsabilidade por uma concepção (o modelo dito flexneriano), produtora de efeitos imaginários de exclusão, negatividade e repulsa” (Almeida Filho, 2010, p. 2248), que não é sua.

Há, porém que se considerar que todas essas discussões e transformações da medicina social e da saúde pública nos países centrais do capitalismo, em países periféricos dependentes como o Brasil ganham outros contornos.

“No Brasil, ações de saúde e saneamento voltadas para o espaço urbano e o controle de epidemias acompanharam o desenvolvimento do Estado Nacional na primeira República” (Paim et al., 2014, p. 4), inicialmente com o sanitarismo campanhista de combate à febre amarela urbana, varíola e malária.

Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, Emílio Ribas e Vital Brasil são os mais ilustres cientistas desse período e em 1889 integraram uma comissão encarregada de investigar casos de suspeita de febre bubônica em Santos, principal porto exportador de café e de chegada de imigrantes.

As campanhas de vacinação e a remodelação urbanística das cidades estão entre as principais ações de saúde pública.

Da República Velha ao início da Era Vargas (1889 a 1930) criaram-se instituições de saúde mais abrangentes, como o Departamento Nacional de Saúde Pública, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a Sociedade Brasileira de Higiene, com ações macroestruturantes, num Brasil de predominância rural. Não existiam serviços públicos organizados de assistência à saúde e a “nação de jecas tatus³⁴” era atendida

³⁴ O Jeca Tatu, nome de um personagem de Monteiro Lobato que se generalizou no país todo como sinônimo de caipira, homem pré-moderno, vítima e produto do nosso atraso.

em sua maioria em hospitais filantrópicos como indigentes, assunto ao qual iremos retornar mais adiante, para aprofundar a histórica imbricação no Brasil entre serviço público como sinônimo de serviço para pobres.

É importante frisar que carregávamos um extraordinário complexo de inferioridade, antes em relação à Europa, em especial a França; depois as atenções comparativas voltou-se para o EUA (Moog, 1966), potência militar e econômica que ampliou seu poder após a 1ª Guerra Mundial e figurava como ideal de cultura, justiça, desenvolvimento e prospecção humana.

No “modelo Brasil”, miscigenado, sanitarismo e a saúde pública produziram o controle autoritário dos pobres e das formas de vida que a pobreza engendra, com parca assistência.

Aqui, a mesma Fundação Rockefeller que investiu pesadamente no estudo e divulgação do relatório Flexner, em pesquisas e instituições dos EUA e da Alemanha ligadas à eugenia,

Se viu envolvida na trama de um movimento sanitário que já se alinhava no país, tendo à frente sanitaristas de projeção política como Carlos Chagas e Belisário Penna, articulados ao aparelhamento do Estado e, especificamente, à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920 (Kobayashi et al., 2009, p. 316).

Com a interiorização das campanhas de saúde descobria-se os males da nação. Foi neste contexto que Monteiro Lobato, defensor arguto da eugenia que aprenderá com Renato Kehl, reinterpreta nosso atraso pelo modelo sanitarista e compreende que não éramos feios, inchados e preguiçosos (Dain, 2005) por conta do atavismo racial e sim porque nosso povo, em sua maioria vivendo em áreas rurais, era atacado pelos vermes que lhe roubava as forças. Faltava nos desenvolvermos e nos modernizarmos.

Importante apontar que o racismo científico presente até o início do século XX e já discutido acima, com a perda da validade dos preconceitos científicos racistas como fundamento científico transforma-se em culturalismo.

A partir daí, a superioridade de certos países e classes terá que ser legitimada, agora, pelo acesso privilegiado a certo estoque de “virtudes culturais”, entre eles, a confiança. Mas a função prática do culturalismo continua a mesma do racismo científico: legitimar, com aparência de ciência, situações fáticas de dominação (Souza, 2015, p. 99).

Na década de 1940 passa a predominar o modelo de sanitário dependente, importado dos EUA e que ganha força quando adotado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), agência bilateral subordinada ao Ministério da Educação e Saúde que implantou ações de combate à malária e a outras endemias, nas áreas de extração da borracha e de minérios, respectivamente Amazônia e vale do rio Doce, regiões estratégicas para os esforços de guerra.

Paralelamente ao desenvolvimento da higiene e da Saúde Pública surgiram diversas instituições voltadas para a assistência médica individual, inicialmente financiadas pelas caixas de aposentadoria e pensão dos sindicatos e posteriormente pelo Estado, por intermédio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (Paim et al., 2014, p. 5)

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923 e transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) em 1933 constituíram-se e desenvolveram-se como seguro-saúde, controlado pelo Estado e organizado pelos sindicatos das categorias profissionais que beneficiava apenas os trabalhadores urbanos.

Na América Latina e nos Estados Unidos, o período que compreende os anos de 1930 a 1950 “acompanha a ascensão da atenção médica, em seu caminho para suplantar o saneamento e outras práticas que haviam sido dominantes no período anterior” (García, 1989, p. 201), tendo o hospital como símbolo e espaço supremos.

O setor privado capitalizado, em parte financiado pelo Estado e em parte pelo mercado, com muito poder econômico e político prosperou, oferecendo produtos e serviços, tais como assistência médica centrada no hospital, ações curativas individuais e a expansão das cooperativas médicas (planos de saúde), principalmente nos centros urbanos³⁵.

Para o pequeno grupo de trabalhadores(as) assalariados(as) com registro formal, a assistência médica era de base autoritária/prescritiva, curativa e fragmentada. Para os pobres, trabalhadores(as) informais e desgraçados de toda espécie (aleijados, cegos, órfãos, viúvas, prostitutas), dependentes exclusivos do Estado e de suas políticas públicas, restava-lhes os hospitais públicos e os filantrópicos, as Santas Casas de Misericórdia.

³⁵ Cujo principal exemplo é São Paulo, que aproveitando a retração do capital privado estrangeiro durante a *Grande Depressão de 1930*, deu início efetivo e sistemático à industrialização, demonstrando assim o papel inibidor do capital estrangeiro oligopolizado na relação capitalismo central/periférico, desenvolvido/subdesenvolvido, interdependência/dependência (Machado, 1999).

Neste ponto é importante enfatizar que o mito nacional de povo fraterno, benevolente e caridoso é conclamado e o governo Vargas, “pai dos pobres”, aproveita o imaginário simbólico da caridade para incutir nos profissionais da assistência a ideia de missão, em especial nos médicos (Schraiber, 1993; Mota, 2003, 2005) um dom, com caráter transcendental.

No Brasil, a assistência aos pobres, tradicionalmente era realizada pelas diversas instituições religiosas a frente das Santas Casas de Misericórdia, por religiosos e leigos, por grupos de pessoas advindas das elites misericordiosas e das ordens eclesiásticas, que compadecidas pelo sofrimento, por compaixão e caridade, prestava-lhes cuidados (Caponi, 2000).

A caridade e a compaixão como afetos com funções utilitaristas – pois assegura o bem-estar da sociedade – dirigidos ao “outro”, numa relação sempre entre desiguais, em que há um “superior” que doa (tempo, bens materiais, atenção) e um “inferior” que recebe (cuidados, conselhos, comida, roupas, brinquedos) transmuta-se em filantropia. Para Denzelot³⁶ esta filantropia

Não é uma fórmula ingenuamente apolítica de intervenção privada, na esfera dos problemas chamados políticos, mas sim uma estratégia deliberadamente despolitizante direcionada ao estabelecimento de serviços coletivos, na medida em que ocupa uma posição intermediária, entre a iniciativa privada e o Estado (1990 apud Caponi, 2000, p.77).

No Brasil de desigualdades sociais e raciais ímpares (Hasenbalg, 1979; Hasenbalg; Silva, 2003; Fernandes, 2008a, 2008b) a relação entre saúde pública e a prática médica assistencial benevolente, com fins curativos e de controle, foi tão fusionada, que seu surgimento pode ser associado, como fazem Rosen (1979,1983) e Foucault (1989) ao nascimento do hospital, como local privilegiado da assistência à saúde, em que há um contrato implícito entre pobres e ricos,

[...] a partir do qual se articulam o hospital, onde se curam os pobres, e a clínica, onde se formam os médicos. Esse contrato caritativo, além de favorecer individualmente os benfeitores, pelo conhecimento das doenças que ali se produzem, possibilita uma proteção, para os mais ricos, dos perigos sanitários gerais que os pobres representam (Caponi, 2000, p. 57).

A década de 1960 presenciou o aumento da atuação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e dos gastos com Previdência Social. Os IAPs, já bastante capitalizados, transformaram-se em hospitais particulares. O governo militar

³⁶ Denzelot, Jacques. La policía de las Familias. Valencia: Pré-Texos; 1990.

(1964 a 1985) concentrou os gastos em empresas prestadoras de serviços de saúde, na indústria de equipamentos médicos e na indústria farmacêutica, possibilitando concentração de poder econômico e político na saúde privada, em detrimento das ações de saúde pública.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) surge a partir da fusão dos IAPs e os trabalhadores perdem representatividade no novo modelo. A Previdência Social (que pagava as consultas médicas) consumia mais de 30% do orçamento do INPS, fruto da generalização da consulta médica em resposta às graves condições de vida.

A saúde como direito inexistente neste contexto. O Estado brasileiro favorece com privilégios, instituições e grupos sociais que reproduziam e aprofundavam desigualdades e iniquidades bastante conhecidas entre nós.

Com o fim da 2ª Guerra Mundial (1945), as relações entre EUA, potência capitalista hegemônica, e a América Latina, reorganizaram-se no sistema mundial polarizado pela Guerra Fria.

As relações de interdependência do sistema capitalista, que gera acumulação centralizada do capital e da origem ao crescimento conjugado com avanço tecnológico nos países de economia desenvolvida, ao mesmo tempo em que produz estagnação nos países periféricos (Machado, 1999) e que no período entre a *Depressão de 30* e o pós 2ª Guerra Mundial esteve menos influente nos países da América Latina, propiciou um “surto industrializante” em países periféricos como o Brasil, produzindo também um proletariado urbano e burguesias nacionais (García, 1989; Fernandes, 2006).

Após o fim da 2ª Guerra e delineada a nova configuração geopolítica e socioeconômica do período (Guerra Fria), reinicia a “forma ativa das relações dos Estados Unidos com os países latino-americanos e um dos objetivos de seus programas será a educação, e no campo da saúde, a educação médica” (García, 1989, p. 210).

Um exemplo foi o SESP, agência internacional com estatuto jurídico especial que lhe garantia completa autonomia dentro do Ministério da Educação e Saúde, com corpo técnico especializado, salários e planos de carreira invejados à época. Financiado com recursos norte-americanos e brasileiros, o órgão elaborava suas políticas sanitárias em parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (Campos,

2006). No pós 1947, com a entrada da *Doutrina Truman*³⁷, o SESP modificou-se “em resposta aos contextos nacional e internacional marcados pela Guerra Fria, pelo nacional-desenvolvimento e pela intensa discussão sobre as relações entre saúde e desenvolvimento” (Campos, 2006, p. 11).

Fundações como a Rockefeller abandonaram suas atividades na área do saneamento e voltaram-se à educação médica. As pressões para transformação nas áreas da educação e da saúde objetivavam visibilizar os benefícios tangíveis da “democracia em marcha”, angariando apoio da população civil para o processo civilizatório positivo e único do capitalismo.

Impulsionados por instituições internacionais como a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e por fundações como Milbank, Kellog e Rockefeller, a estrutura do ensino médico nas faculdades de medicina dos principais centros brasileiros como São Paulo, Bahia e Rio de Janeiro, transformaram-se. Criaram departamentos de Medicina Preventiva/Social e uma poderosa força política reconfigurou-se no campo denominado Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva por sua vez apresentava-se enquanto área de conhecimento e campo político que apontava “para necessidade de reformas não só educacionais, mas, sobretudo, do próprio sistema de saúde e da sociedade: das condições e mercado de trabalho dos profissionais, dos modelos de atenção à população, bem como das políticas econômicas e sociais” (Paim et al., 2014, p. 6).

Outras linhas de pesquisa em campos de interesses estratégicos para consolidação da hegemonia estadunidense foram fartamente financiadas. Uma delas efetivou-se numa nova teoria: a teoria da modernização (tradicional), sendo o pilar mais importante dessa teoria o conceito de “confiança”, recurso este considerado valioso nas relações internacionais e para solidariedade interna das nações. E era no próprio EUA que se encontravam os maiores estoques de confiança, segundo essa teoria. Toda uma hierarquia valorativa foi produzida com ela, identificando nações “superiores” e “inferiores” com estoque de confiança (Souza, 2015).

Voltarei a essa questão mais adiante.

Mas são nas contradições do capitalismo, que envolve relações internacionais de dependência/interdependência e com isso produzem aumento da complexidade da

³⁷ Conjunto de medidas políticas ordenadas pelo presidente dos EUA, Harry Truman, como a criação da CIA e a concessão de empréstimos de dinheiro e outros recursos a nações escolhidas, tudo para conter o avanço do comunismo.

divisão do trabalho, que gera localmente uma classe média que num determinado tempo histórico irá unir-se as classes populares para questionar a reprodução das injustiças.

As longas ditaduras latino-americanas e brasileira gestaram em suas entranhas movimentos contra-hegemônico³⁸, nos termos que Santos (2001) apresenta. No Brasil estes movimentos promoveram a formação e a participação de novos atores sociais organicamente identificados com demandas sociais represadas do povo.

Dentre as reformas que se põem em curso no palco político brasileiro emerge um movimento, nomeado Reforma Sanitária Brasileira, fenômeno histórico e social que será analisado enquanto “ideia/proposta/projeto/movimento/processo”, assim como fez Paim (2008, p. 36).

4.1 Entre a revolução e a reforma: a utopia do direito à saúde

Sobre o manto verde-amarelo, alinhavado de brasilidade cordial, descobrimos até então um país mítico de desigualdades e violências simbólicas, e mesmo assim irresistivelmente feliz e caloroso, que tem uma longa história de

[...] projeto de economia transnacionalizada, de inserção crescente na economia mundial, de aliança com metrópoles imperialistas ou blocos geoeconômicos e geopolíticos. Uma história que se revela na sucessão dos acontecimentos e em muitas análises da história, evolução, progresso, desenvolvimento ou modernização do Brasil. A vocação europeia e norte-americana de parte importante das elites brasileiras sempre esteve e continua a estar presente nas controvérsias e práticas, teorias e ideologias, com as quais se move o Brasil, desde a Independência. Não é demais lembrar que o Estado-Nação nasce à sombra do poder monárquico de raízes portuguesas, com as bênçãos do poder monárquico britânico, garantindo-se assim a legitimidade metafórica do Estado-Nação e dos governantes. Sem esquecer que a presença ativa do imperialismo inglês participa decisivamente dos laços econômico-financeiros e institucionais indispensáveis à formação e consolidação do Estado nacional. Alguns setores das elites nacionais que se haviam beneficiado do colonialismo português, beneficiam-se durante todo o século 19 do imperialismo inglês; e no século 20 combinam este com o norte-americano, que aos poucos substitui aquele.

Esta pode ser uma surpreendente lição dessa história: boa parte das elites empresariais, intelectuais, militares e eclesiásticas tem escasso ou nulo compromisso com a nação, a sociedade nacional, o povo; em razão de seus vínculos, sempre renovados, com as elites transnacionais, desde o colonialismo ao globalismo. Por isso resta sempre a impressão de que são estranhos, ou alheios; na realidade colonizadores, conquistadores ou desfrutadores (Ianni, 2004, p. 55).

³⁸ Processos que agrupam movimentos sociais que lutam contra os efeitos perversos do capitalismo globalizado hegemônico e são orientados pela solidariedade e pelo bem comum.

A longa citação do pensamento de Octavio Ianni sintetiza e extrai a essência da discussão que empreendi até o momento: a peculiar história do Estado-nação que se forma antes de ter povo (Carvalho, 1987; Coutinho, 2008) e que “sempre esteve a serviço dos interesses privados” (Coutinho, 2008, p. 124) das classes dominantes.

Acontece, porém, um deslocamento histórico das coisas como elas “sempre estiveram” e desde meados dos anos de 1970 provocaram pequenas fissuras na estrutura social.

A conjuntura compreendia insatisfação em relação à ditadura militar, com setores importantes da classe média brasileira e das classes subalternas³⁹ aderindo; o amadurecimento da massa crítica brasileira e latino-americana na busca por teorias, conceitos e uma *práxis* (reflexão histórica e ação consciente) que discutisse o autoritarismo e retomasse a democracia; a *Crise do Petróleo* (1973) e o fim do *Milagre Econômico Brasileiro*⁴⁰ desfazendo “lealdades” que só existiam na abundância de recursos; e o movimento contracultural que assolava comportamentos e instituições.

As utopias possíveis (Teixeira, 1995) ganhavam força num mundo em ebulição e a saúde visitava o paraíso⁴¹.

Não se tratava apenas de questionar a política de saúde, na medida em que, em última instância, esse campo era entendido como um dos mais expressivos indicadores da forma como o Estado lidava com a vida das pessoas. Era o modelo de Estado burocrático autoritário que estava em questão (Costa; Rizzotto; Amarante, 2015, p. 2025).

Ao longo da década de 1970, os movimentos grevistas, de Anistia e de reforma da saúde vão tendo desdobramentos na vida social nacional.

As lutas sociais de trabalhadores e estudantes transformam-se em atos públicos de protesto a arrebatam milhares de pessoas às ruas; a reorganização de sindicatos e partidos políticos aconteciam com a participação maciça das bases populares.

O movimento pela Anistia, mesmo não tendo “amplo, geral e irrestrito” resultado, traz de volta ao país milhares de exilados com variada experiência organizativa adquirida no exterior.

³⁹ Grupos e camadas de classe em situações de exploração ou destituídos dos meios suficientes para uma vida digna.

⁴⁰ Período que vai de 1968 a 1973 com taxas médias de crescimento do PIB de 11% a.a e os incríveis 14% de 1973.

⁴¹ Alusão ao filme italiano de 1971 *A classe operária vai ao paraíso* de Elio Petri em que um operário industrial alienado descobre-se como trabalhador explorado e vai à luta.

Os movimentos sociais populares, apoiados pelos setores progressistas da Igreja e com “o conhecimento que acumularam em reivindicações anteriores, como é o caso das demandas por água, esgoto, asfalto, creches, contra os lixões e o custo vida” (Neder, 2001, p. 49) agitavam as periferias do país, como na zona leste de São Paulo, que desde 1979, no Jardim Nordeste, criaram as Comissões de Saúde, algo semelhante aos conselhos gestores de saúde atuais, e que discutiam problemas do bairro, faziam assembleias públicas e organizavam carreatas até a secretaria de saúde do Estado (Bogus, 2003).

Os trabalhadores da saúde, estudantes e intelectuais que se beneficiaram do intercâmbio tecnoassistencial promovido pelos organismos e instituições internacionais anos antes, bem como da criação dos novos departamentos de Medicina Social e Preventiva, como na Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social (UERJ/IMS), aliaram-se e irradiavam questionamentos na direção do setor saúde.

Neste contexto, criaram experiências inovadoras como o Projeto Montes Claros, laboratório da democratização da saúde no norte de Minas Gerais a partir de 1975, patrocinado pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) cujas

Propostas e experiências vieram a ser aproveitadas, ou desdobraram-se, em iniciativas posteriores como os projetos pioneiros de municipalização e regionalização dos serviços de saúde, o Projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS) e Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), desenvolvidos pelo Governo Federal, bem como outras iniciativas de larga abrangência como Sistema Unificado e Descentralizado de Serviços de Saúde (Teixeira, 1995, p. 10).

Durante a 28ª reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) de 1976 em Brasília, que trazia para discussão “a questão da democratização da saúde” (Paim, 2008, p. 78), nasceu o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) junto com a revista *Saúde em Debate*, marcos históricos e fundamentais do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira cuja importância vai dos primeiros participantes: Sonia Fleury, David Capistrano, Ana Maria Segall Correa, Sergio Arouca, Emerson Elias Merhy, Jairnilson Paim (Paula et al., 2009; Costa et al., 2015) a seu papel difusor (CEBES e revista)

[...] do pensamento da saúde como direito e da construção das propostas de um novo sistema de saúde no Brasil, tanto que o número 17 da revista Saúde em Debate, cuja capa tinha como chamada “Por uma política democrática de saúde”, foi reeditada para se constituir em encarte da emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Costa et al., 2015, p. 2025).

Outro ator coletivo de suma importância em defesa da Reforma Sanitária foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO⁴²), fundada em 1979, cujo engajamento na luta pelo direito universal à saúde produziu propostas divulgadas também em encarte na mesma conferência acima referida com o título: *Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos, dever do Estado*, que “posteriormente, inicia o Art. 196 da seção DA SAÚDE da Constituição da República Federativa do Brasil” (Paim, 2008, p. 101).

*Saúde e democracia, democracia é saúde*⁴³ é o lema implícito e explícito do conjunto de atores sociais envolvidos do movimento da reforma, que num momento de “crise de hegemonia, presente na transição democrática” (Paim, 2008, p. 66) implicou intelectuais orgânicos, parcelas da classe média, trabalhadores da saúde e movimentos populares que põe em movimento lutas sociais que vinham sendo represadas.

O projeto de Reforma Sanitária, inspirado na questão da radicalização da democracia, propunha uma totalidade de mudanças que passava pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando, em última análise, a reorganização das práticas de saúde. A compreensão de que a saúde da população é resultante da forma com que a sociedade se organiza, considerando suas dimensões econômicas, políticas e culturais, estimulava a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde (Paim, 2002, p. 368).

Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso à terra⁴⁴, é trabalho digno, é educação de qualidade, é viver sem medo, sem violência, é a liberdade de organização, e assim, léguas distantes da insípida e tradicional definição de saúde como ausência de doenças, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi capaz de canalizar a sede de justiça social que há tantos anos ressecava o árido solo nacional.

⁴² Após 2011 ABRASCO muda Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

⁴³ Título do texto de Sarah Escorel da Revista Saúde em Debate de junho de 1988, disponível em <http://docvirt.com/docreader.net/SaudeDebate/234>.

⁴⁴ Em vídeo disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=mLhb63s0-mU&feature=youtu.be>, Sergio Arouca, na mesa de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde reproduz essa frase que diz ter ouvido de um camponês numa comissão de saúde num município do Estado do Paraná.

Muito diferente da incorporação de direitos sociais pelo Estado varguista de forma centralizadora e corporativista, em que a política social serviu instrumentalmente ao capitalismo, as forças sociais canalizadas no movimento de Reforma Sanitária tiveram “a oportunidade e a potência de fazer com que o Estado viesse a incorporar essa proposta de forma contraditória” (Paim, 2008, p. 33) a sua própria trajetória.

O movimento avançava com multiplicidade de lutas e propunha transformações gerais na sociedade: “reforma agrária e urbana; distribuição de renda; rompimento com a dependência externa; controle social dos meios de comunicação; ensino gratuito; controle do ambiente e acesso à saúde” (Paim, 2008, p. 136), não abrindo mão também de reformas técnico-institucional a realizar-se na organização, implantação e desenvolvimento de um sistema nacional de saúde que superasse a AIS e o Sistema Unificado e Descentralizado de Serviços de Saúde (SUDS).

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) os debates ganharam concretude na Assembleia Constituinte (1987/1988) e progrediram para proposta – não consensual – de institucionalização da Seguridade Social formada pelo tripé saúde/previdência/assistência, com adoção de um sistema único de saúde.

A força das lutas sociais e suas demandas incidiram sobre a Constituição de 1988, mesmo diante das mais singelas contradições como àquela em que o então presidente interino José Sarney, do Partido da Frente Liberal (PFL)⁴⁵ declarou que os direitos sociais impressos na nova constituição tornariam o país ingovernável, desequilibrado na relação entre poderes e deveres. O deputado Ulysses Guimarães⁴⁶ do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) em resposta afirma: “a governabilidade está no social. A fome, a miséria, a ignorância, a doença inassistida são ingovernáveis”.

Em meio a tantos “desejos” de transformação “para uma sociedade que historicamente, sempre soube conservar-se, ainda que parecesse mudando” (Paim, 2008, p. 144) e com fortes representantes do mercado da saúde como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) a

⁴⁵ Partido criado da dissidência da ala nordestina do Partido Democrático Social (PDS), cujo maior expoente e candidato à presidência à época, Paulo Maluf (da ala paulista), era aliado histórico dos governos militares. Desde 1984 Sarney está no PMDB.

⁴⁶ Presidente da assembleia nacional constituinte e que inicialmente apoiou o golpe militar de 1964.

atuarem, as bandeiras de lutas amplas da Reforma Sanitária Brasileira tiveram uma importante conquista institucional, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Principal desdobramento da reforma sanitária, o SUS constituiu-se enquanto lei, em setembro de 1990 e é o maior sistema público de saúde do mundo e principal política de inclusão social do país (Mendes, 1986), cobrindo indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, sangue e hemoderivados, transplantes de órgãos, atendimentos ambulatorial e hospitalar, medicamentos, controle e tratamento de HIV/AIDS. Dele, 75% de toda população depende exclusivamente.

Com o SUS fundou-se também o desejo democratizante do cuidado, expresso com força no conceito/signo da universalidade/integralidade/equidade, que traduz “de forma viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira” (Cecílio, 2006). Cuidado que se realizaria sem a perda da autonomia e da dignidade, com participação popular, valorização e respeito às diferenças individuais e dos grupos.

Guimarães ousa dizer que

[...] o Sistema Único de Saúde foi o principal projeto de política social no Brasil, senão o único a romper com o padrão de cidadania regulada na conquista de direitos sociais. O conceito de universalidade nele estabelecido, a sua inscrição setorial na política de seguridade social (saúde + previdência social + assistência), bem como sua proposta original de financiamento (1/3 do orçamento da seguridade), sustentam a ousadia (Guimarães, 2013, p. 164).

Aceito a ousadia que fala Guimarães, enquanto conquista social, fruto de lutas, mas quero a partir de agora me deter nos meandros institucionais do sistema, na efetivação da ousadia, em especial nas práticas em Atenção Básica (AB), aquelas que acontecem nos territórios em que nascem, adoecem e morrem as pessoas, nos lugares mais próximos das casas, das famílias e das relações interpessoais dos atendidos pelo SUS.

Assim como faz Guimarães (2013), Paim (2002, 2008) e Scarcelli e Junqueira (2011) ao apontar de diferentes formas os limites e contradições que o SUS apresenta enquanto principal desfecho de dimensão técnico-institucional, que inicia como proposta de reforma social geral (Reforma Sanitária Brasileira) e por fim acomoda-se como revolução passiva⁴⁷, reforma parcial e setorial, parto para um desvelamento do cotidiano de serviços de saúde.

⁴⁷ Concessões das camadas dominantes às demandas populares.

4.2 Sistemas de saúde e classificação

Desde a I Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde⁴⁸ em Alma Ata (1978), a universalização dos cuidados básicos de saúde passa a ser meta política e parte do planejamento dos países do sistema mundo, em especial os países em desenvolvimento (que já foram subdesenvolvidos, Terceiro Mundo e atualmente emergentes), dependentes de aportes e validação internacionais para seus sistemas nacionais.

Como dispõem os documentos oficiais, evidências e interesses passam a indicar que “as condições de saúde da população constituem-se simultaneamente em determinante e produto do desenvolvimento” (Brasil, 2002, p. 21). O debate extrapola os meios acadêmicos, chega aos organismos internacionais, coincide com demandas sociais e é absorvido pelas políticas nacionais.

No aparato legal o SUS incorporou em seus princípios e diretrizes valores que orientam o seu funcionamento em todos os níveis de atenção e injetam na política de saúde uma intencionalidade para aperfeiçoamento da democracia e da justiça social em que a universalidade, a integralidade e a equidade estão como princípios indissociáveis.

Cecílio é habilidoso ao recordar de qual processo nasce o SUS em que

Universalidade/integralidade/equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira. Consignas como cidadania, saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social estão implícitas no tríplice-conceito-signo (Cecílio, 2006, p. 117).

Assim como Paim ao afirmar que

[...] a visão da saúde da população como resultante das formas de organização social da produção, tal como conceituada a teoria da determinação social do processo saúde/doença elaborada pela Medicina Social e Saúde Coletiva, foi assimilada pelo arcabouço legal no Brasil (Paim, 2008, p.307).

⁴⁸ No Brasil, a Atenção Primária à Saúde incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

O Brasil incluiu-se na nova agenda de reformas setoriais que postulava: reduzir iniquidades; aumentar a solidariedade do financiamento; direcionar intervenções às populações vulneráveis; utilizar modelos de saúde e prevenção de doenças; fortalecer a função gestora; promover a expansão da proteção social em saúde (Paim, 2008).

Assim, o Estado brasileiro produziu um sistema nacional de saúde, público, com forte enfoque na promoção da saúde e na prevenção de doenças, como consequência destes valores, incorporados à dimensão jurídico-política⁴⁹.

O sistema concretiza-se em leis, pactos, princípios, ações, programas e projetos, como o financiamento do sistema pelas três esferas, federal, estadual e municipal; a participação popular através das conferências de saúde e o controle social via conselhos de saúde; a ampliação da rede de UBS, com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵⁰ e suas visitadoras, as agentes comunitárias de saúde (ACS). Tudo planejado para ser uma ampla e acessível rede de cuidados primários de saúde.

E é o Ministério da Saúde que definiu sua porta de entrada preferencial ao SUS pela Atenção Básica caracterizando-a

[...] como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006, p.10).

A prioridade das ações e programas na AB orienta-se pela epidemiologia, pelas condições de vida, determinantes no processo saúde/doença e pelas vulnerabilidades sociais. As ações de expansão das UBS com ESF têm intencionalidades extras como promover consciência sanitária e estar mais presente em territórios ou frações de territórios demarcados pela vulnerabilidade socioeconômica, áreas periféricas onde

⁴⁹ Nos termos em que Paulo Amarante postula quando trata da Reforma Psiquiátrica, essa dimensão enquanto parte de um processo social complexo, abarca as revisões de legislação sanitária, civil e penal.

⁵⁰ Surge em 1993 como Programa Saúde da Família (PSF).

os determinantes sociais da saúde evidenciam “que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde” (CNDSS, 2008 p. 14).

A descentralização dos cuidados de saúde nos profissionais médicos e a efetivação de cuidados integrais de saúde por outras clínicas⁵¹ realiza-se em unidades tradicionais ou com ESF na configuração de equipes, que podem ser compostas por agentes comunitários de saúde, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas além das especialidades médicas: pediatria, ginecologia e psiquiatria.

Os arranjos (quais profissões) e as quantidades (quantos em cada equipe) também são variados, mas uma característica identifica a todos os envolvidos: os serviços de saúde são dedicados a populações adstritas ao território de suas moradias.

A fixação das equipes multiprofissionais e suas novas práticas em territórios até então desertos da presença do Estado revelaram demandas e conflitos do tecido social “onde a realidade social penetra” (Botazzo, 2010), em múltiplas formas de habitar, de arranjos familiares, de maneiras de alimentar-se, de violências. O produzir saúde passa a operar a partir destas novas realidades do fazer saúde.

Apenas como dado básico para pensar na imensa capilaridade que ganhou a AB, em 2012 eram mais de 245 mil ACS, com 33.404 mil equipes de ESF cobrindo 95% dos 5.570 municípios brasileiros⁵² (Brasil, 2010; Brasil, 2011; Malta; Santos, Stopa; Vieira; Melo; Reis, 2016), com estratégias de atendimentos para periferias das regiões densamente habitadas, populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas e em situação de rua.

Para comparar com outra política pública participante da Seguridade Social e que tem como característica principal a proximidade com territórios e grupos de pessoas vulneráveis socialmente, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2013 tinha espalhados em todas as regiões do país 7.883 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e 2.249 Centros de Referência Especializada da

⁵¹ Clínicas aqui como intervenções tecnoassistenciais efetivadas por outras profissionais da saúde, mas também englobaria o conceito da Saúde Coletiva de clínica ampliada, uma clínica do sujeito, marcada pela biografia singular e pelo seu corpo e sua dinâmica corporal.

⁵² Fonte é do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Assistência Social (CREAS) e um total aproximado de 250 mil trabalhadores (Brasil, 2014).

Apoiado nos dados gerais da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2015⁵³ – de base familiar – posso compreender que a política pública de saúde, em especial da AB, efetiva a presença do Estado na vida íntima de milhões de pessoas, já que a PNS indica que somente no ano anterior foram realizados 4,1 bilhões de procedimentos simples, aqueles que acontecem em UBS.

Dado simples e poderoso como acima, pode, sem dúvida, ser ponderado, já que dados gerais sem detalhamento têm apenas efeito político. Mas a experiência empírica agrega alguns dados, improcessáveis e por isso não computados, mas que criticamente são latentes, postos subliminarmente.

Entre bilhões de atendimentos e visitas domiciliares – e de encontros – veem-se os corpos, seus fluidos e dejetos, torcem-se os corpos, tocam-lhe; deitam o olhar sobre os modos de viver, de falar, de criar os filhos, de fazer sexo, de se relacionar com seus/suas companheiros/as; inquire-se sobre como trabalham e como se ocupam no tempo livre, que renda têm e como a conseguem, como se alimentam, que planos têm para o futuro; veem suas bocas, feridas, vaginas, se têm ou não mofo nas casas, como organizam suas roupas e comidas, se bebem, se fumam, se dormem ou não, se sonham à noite, se ouvem vozes, veem coisas, se pensam em morrer e como...

São informações que alimentam sistemas formais para classificar os riscos e as vulnerabilidades de indivíduos e grupos com dados “impessoais”. Já as práticas de saúde, para além do conhecimento técnico, são alimentadas pela intimidade do cuidado, pelos valores e crenças dos agentes e acabam por formatar um sistema “pessoal”, subjetivo, irrefletido e classificatório dos usuários do sistema de saúde.

Há ainda os encontros institucionais, que se multiplicam por inúmeras vezes quem sabe sobre essas vidas, cruzando informações entre serviços e redes sobre o mesmo usuário. Sigilosas, cujo dever de proteger consta em todos os códigos de ética de todas as categorias profissionais da saúde, estas informações são utilizadas nos matriciamentos⁵⁴, em reuniões internas, de rede e intersetorial.

Também são informações que alimentam banco de dados que direcionam a gestão e o planejamento do sistema.

⁵³ Fonte <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/usuarios-aprovam-atendimento-do-sus>.

⁵⁴ Também denominado apoio matricial é um modo de produzir saúde, ou dispositivo, em que duas ou mais equipes ou serviços de saúde, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

Clínica e epidemiologia em relação (Botazzo, 1999) informariam ao sistema e aos trabalhadores da saúde quem são, como vivem e como adoecem as pessoas atendidas.

Havendo coerência entre modos de cuidar com integralidade e determinação social da saúde, os bilhões de informações extremamente íntimas que circulam entre trabalhadores(as) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁵⁵ em especial no seu centro de comunicação, a ABS, é de fundamental importância enquanto dado apreendido e processado a serviço do pensar as possibilidades de cuidado, para pensar projetos terapêuticos singulares (PTS).

Fundamental para o cuidado assim proposto no SUS, em que alteridade⁵⁶ e respeito ético pelas diferenças são componentes importantes, estas informações não implicariam em perda de autonomia, nem serviriam para explicar “naturalmente” o porquê dos problemas de saúde da população e por que as pessoas adoecem.

Partindo agora do pressuposto filosófico da “existência de um contexto ético e moral subjacente a toda a ação humana”, o que “significa que nos avaliamos a nós mesmos e aos outros segundo uma hierarquia valorativa opaca e, portanto, invisível à consciência cotidiana” (Souza, 2015, p. 174), com a qual construímos reconhecimento social próprio e alheio (Honneth, 2003) a partir de uma hierarquia em nada arbitrária e que nos constrange a todos de modo intersubjetivo e compartilhado, relembro que o

[...] comportamento prático cotidiano só pode ser devidamente explicado e compreendido por meio da eficácia de instituições – seus prêmios e castigos que constroem o comportamento dos indivíduos em dada direção sem que eles percebam conscientemente – nunca pela ação intencional de indivíduos percebidos ingenuamente como autônomos e livres (Souza, 2015, p. 122).

Seguirei na reconstrução das fontes institucionais do nosso reconhecimento social enquanto povo/nação.

⁵⁵ Segundo o Ministério da Saúde as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

⁵⁶ Aqui definida como condição ou característica que se desenvolve por relações de diferença, de contraste eu e o outro. Sem nenhuma relação com a ideia de tolerância das diferenças.

4.3 Instituições, saúde bandeirante e violências

Rio de Janeiro (Ary Barroso)

Para cantar a beleza
A grandeza
De nossa terra
Basta ser bom brasileiro
Mostrar ao mundo inteiro
Tudo que ela encerra, Brasil.

Ô nossas praias são tão claras
Nossas flores são tão raras
Isso é o meu Brasil
Ô nossos rios, nossas ilhas e matas

Nossos montes, nossas lindas cascatas
Deus foi quem criou, ô ô
Ô ô minha terra brasileira
Ouve esta canção ligeira
Que eu fiz quase louco de saudade
Brasil
Tange as cordas dos teus violões
E canta teu canto de amor
Que vai fundo nos corações.

Para sentir a grandeza
A beleza do meu país
Basta uma só condição
É ser brasileiro e ter coração...

O Estado Novo getulista teve um aliado importante em Ary Barroso, que compôs canções sínteses da brasilidade, canções como *Aquarela do Brasil*, tema do personagem Zé Carioca (do filme *Alô amigos* de 1942 de Walt Disney) é uma espécie de hino nacional popular, assim como *Rio de Janeiro* acima citada e que incorpora o mito nacional de nação rara, afetiva, cordial e bela.

Como discutimos anteriormente, são os intelectuais e os homens da ciência brasileira que articularam a associação de interesses poderosos (manutenção das injustiças e dos privilégios naturalizados como mérito individual) às ideias difusas no meio social para institucionalizar no imaginário social as ideias dominantes.

As instituições enquanto estrutura e também prática naturalizada e irrefletida no mundo moderno, como Estado, mercado (privado), universidades, escolas, museus, leis, família, partidos, mídia, são reprodutores “naturais” das ideias dominantes.

No capitalismo a ciência é sua mais brilhante ideia dominante e sendo a ciência parte do Estado, “fruto histórico da necessidade de sua intervenção na vida social e sobre a vida de populações que precisavam ser organizadas de acordo com a lógica das novas relações sociais” (Luz, 1982, p. 16), são os museus, institutos geográficos, escolas de medicina e de direito (Luz, 1982; Schwarcz, 1993) que iniciam os debates e formulações sobre a gênese da nação.

No parto do Estado-nação, “superada” a dificuldade inicial de inviabilidade racial do povo constituinte da nação, nasce um povo futurista, cordial, sensual,

hospitaleiro, miscigenado e harmonioso em seu desenvolvimento, exótico até. Alcançávamos com a seminal obra de Gilberto Freyre a mais eloquente narração de um povo que soube se “reinventar” diante de imensas adversidades, harmonizando-se nas diferenças, para espanto do mundo.

Com essa nova e poderosa história sobre a nação conseguíamos transpor o racismo científico do século XIX em culturalismo, desde então hegemônico.

“O racismo, no entanto, apesar de disfarçado, continua na visão culturalista que também, e como em todo racismo, essencializa e torna homogêneos indivíduos e sociedades inteiras” (Souza, Grillo, 2009, p. 57).

Embalado pela positividade freyreana, descobridor de um povo brasileiro, único, original, “sem classes” e alimentado pela mesma concepção do personalismo português transposto integralmente para as terras brasileiras, Sergio Buarque de Holanda descobre o Brasil, patrimonialista até o osso, em que o homem cordial, emotivo e pré-moderno, que prefere os amigos à lei, está associado apenas ao Estado, corrupto e ineficiente, sendo o mercado o reino da democracia e da virtude.

Para os pais fundadores do mito Brasil e seus seguidores, o país herdeiro de Portugal no seu personalismo pré-moderno, mesmo depois de se urbanizar, modernizar, industrializar e construir o maior parque industrial do hemisfério sul do planeta, continua patrimonialista. Ainda que entre 1930 e 1980 o Brasil fosse um dos países de maior crescimento econômico no mundo, com taxas do Produto Interno Bruto (PIB) semelhantes às da China no século XXI (11,9% em 2007), uma pergunta nunca é feita: “como é possível exibir tamanho dinamismo econômico em um contexto, como o do patrimonialismo, que pressuporia indiferenciação da esfera econômica, e portanto, ausência de pressupostos indispensáveis e de estímulos duradouros de toda espécie à atividade econômica?

Mas ganhávamos o mito nacional, que mesmo ambigualmente, como já vimos, possibilitou que todo o brasileiro se “orgulhe” do Brasil, criando uma cola afetiva nacional. Sua eficácia simbólica (o mito como fantasia não tem compromisso com a verdade), apesar de algumas “críticas”⁵⁷ e elas mesmas feitas a partir da aceitação do mito, é sólida e impenetrável, sendo o mito constantemente atualizado, seja na brasilidade/sensualidade “espontânea” de Gisele Bündchen, no jeitinho brasileiro de levar vantagem, na cordialidade/hospitalidade que estrangeiros encontraram durante

⁵⁷ Ver o grande reforçador do mito “do jeitinho brasileiro” Roberto DaMatta em *Carnavais, malandros e heróis* e o mais ilustre seguidor da ideia-força buarqueana do patrimonialismo, Raymundo Faoro em *Os donos do poder*.

a Copa do Mundo de Futebol 2014 ou nas Olimpíadas do Rio 2016, nos escândalos de corrupção do *Mensalão/Petrobrás* em que o Estado, eternamente patrimonialista, é atacado ou no *spread*⁵⁸ bancário estratosférico pago pelo Brasil e pelo brasileiro, cuja confiança (que envolveria compromisso e reciprocidade com as obrigações) é um item fundamental, mas que seria escasso num país e num povo entregue às paixões, emotivo e cordial, uma expressão primordial de ser brasileiro e de “esse é o nosso Brasil” está lá.

Nessa leitura, o mito como grande instituição subjetiva que nos conforma como brasileiro e propicia uma autopercepção de nós mesmos, de como somos e nos relacionamos, encontrou desde então um espelho comparativo, os EUA, “campeão da democracia e eficiência econômica por razões culturais e, portanto, por superioridade moral de sua cultura. Uma cultura da autorresponsabilidade, da impessoalidade, da racionalidade” (Souza, 2015, p. 46).

Forte modelo comparativo de hierarquias morais entre nações, fez crescer entre nós um complexo de inferioridade⁵⁹, que passou a nos identificar e nos explicar tanto no senso comum quanto pela ciência.

Alegres, criativos, somos também a nação de malandros oficiais e oficiosos, ineficientes por sua natureza personalista. Mas não todos. Há projeto que deu certo, que logrou em contraponto ao país, realizar uma sociabilidade moderna e culturalmente superior.

A mítica São Paulo, locomotiva do Brasil, berço da industrialização brasileira, “São Paulo moderna, [...] do café” (Moog, 1966, p.197), cujas raízes da eficácia, Sergio Buarque⁶⁰ e outros⁶¹ identificaram no bandeirante pioneiro, protótipo do protestante, será a partir de agora tema principal de nossa reflexão.

Não caberá neste trabalho aprofundar as condições e processos que habilitaram São Paulo (Estado, mas principalmente a cidade) à transformação de vila até o século XVIII para a de principal centro econômico do país a partir da década de

⁵⁸ É a diferença entre o custo do dinheiro para o banco (o quanto ele paga ao tomar empréstimo) e o quanto ele cobra para o consumidor na operação de crédito; no Brasil ele é altíssimo. Dentre os custos que compõe o *spread* um dos mais importantes é o custo do risco, que é a previsão de inadimplência, ou seja, relaciona-se com confiança. Efetivamente o Brasil e o brasileiro comum são ótimos pagadores de suas dívidas.

⁵⁹ Emprêsto o termo da psicanálise, criado Alfred Adler, discípulo de Freud, que tem por fundamento o sentimento de insuficiência ou incapacidade para enfrentar a vida e seus problemas, sendo provocado por motivos reais ou fantasiosos como um defeito físico, uma situação econômica ou social difícil, ou simplesmente pela recordação de um fracasso perante um obstáculo que não foi possível vencer.

⁶⁰ Muito da produção de Sergio Buarque pós *Raízes do Brasil* compreendeu reconstruir a história da mentalidade paulista, como os livros *Caminhos e fronteiras* e o inacabado *Monções*.

⁶¹ José de Alcântara Machado com *Vida e morte do bandeirante*; Cassiano Ricardo com *Marcha para o oeste*; Alfredo Ellis Júnior com *Raça de gigantes* (Moog, 1966, p. 197)

1870, cujo primeiro censo nacional de 1872 apontava a presença de 31.385 moradores.

A condição da terra para produção do café, a importância da produção agroexportadora cafeeira no PIB nacional, a posição da cidade como principal entreposto comercial, praça bancária e ponto de entroncamento das rotas pelas quais era exportada a produção de café e principalmente pela política de imigração seletiva de estrangeiros após a Abolição, que transformou São Paulo em porto privilegiado de chegada, são certamente componentes importantes desta revolução dos hábitos e costumes, dos contratos de trabalho e da produção de conhecimento.

A seguir reproduzo duas tabelas 4.1 e 4.2 que permitem exemplificar o que afirmo.

Tabela 4.1 – Estrutura industrial das cidades de São Paulo e Distrito Federal⁶²

São Paulo			Distrito Federal		
Ano	Núm. de empresas	Núm. de operários	Ano	Num. de empresas	Núm. de Operários
1907	326	24.186	1907	662	34.850
1920	4.145	83.998	1920	1.542	56.517
1929	6.923	143.376	1929	1.937	93.525

Fonte: Merhy, 1987, p. 64s.

Segundo Fernandes (2008a, p. 36) “os dados demográficos pertinentes ao começo do século XIX (1836) revelam que o elemento negro e mulato, escravo ou livre, constituía aproximadamente 54% da população local” (São Paulo).

⁶² À época do estudo refere-se à cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 4.2 – População da cidade de São Paulo em 1893, segundo a cor

População	Segundo o sexo		Totais	
	Homens	Mulheres	Dados brutos	%
Branços	63.071	52.655	115.726	88,4
Caboclos	254	236	490	0,003
Pardos	3.731	4.908	8.639	6,6
Pretos	2.528	3.392	5.920	4,5

Fonte: Fernandes (2008, p. 39)

Destarte, no decorrer de 57 anos, a cidade que tinha mais da metade de sua população formada por pretos e pardos passava a ter 11% contra 88% de brancos, sendo que no recenseamento de 1894, dos 130.775 brancos, 54,6% são estrangeiros e 45,4% nacionais, para surpresa dos organizadores, com predominância de italianos (44 mil), portugueses (14 mil), seguidas de espanhóis, alemães, franceses e austríacos (Fernandes, 2008a).

Sobre os processos iniciais de radical mudança social pela qual passa a sociedade paulistana, Fernandes (2008a, p.34), indicava que “São Paulo aparecia como o primeiro centro urbano especificamente burguês”. Nela a mentalidade de que o trabalho livre, a iniciativa individual e o liberalismo econômico eram os “ingredientes do progresso, a chave que iria permitir superar o atraso do país e propiciar a conquista dos foros de nação civilizada pelo Brasil” (Fernandes, 2008a, p. 34) já havia sido internalizada.

O mesmo Fernandes indicava sobre a hierarquia valorativa na qual certos grupos sociais, no caso a população negra, encontravam acolhida, somente enquanto dependentes e protegidos, fora e acima dessa posição inferiorizada, figurava deslocada e aberrante.

Uma identidade paulista singularmente positivada ganhou brilho diferenciado na cultura brasileira, “não apenas a indústria, a modernidade e o progresso econômico, mas também o embranquecimento e uma narrativa particular na história brasileira que marginalizou o papel dos afro-brasileiros na construção da nação” (Schucman, 2012, p. 63), assim

[...] os escritores, intelectuais e políticos que construíram a identidade de São Paulo dentro da nação brasileira, tipicamente, viam a sua região como culturalmente e economicamente superior, como a vanguarda do progresso e da civilização, enquanto o resto da nação aparecia como o outro, numa relação cultural remanescente daquela entre colonizador e colonizado. Ao elaborar esse discurso da superioridade regional, os paulistas usaram percepções racializadas sobre modernidade e civilização (Schucman, 2012, p. 63)

Ferreira e Luca (2011) confirmam esse caminho ao apontar que “não foi diferente o que ocorreu em Portugal e no Brasil, em particular em São Paulo” (2011, p. 20). E ao fazerem tal afirmação, têm como interlocutor Foucault (1977), quando problematizou sobre o período da Revolução Francesa e o “mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida ao nível da saúde e do corpo de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas” (Foucault, 1977, p. 35).

A elite paulista transformava capital econômico e político acumulado em “ordem e progresso” e entrava no século XX como um trem nos trilhos da modernidade. E modernidade era disciplinar os corpos e certos grupos, sempre perigosos, porque representavam a desordem e a indisciplina, como a população negra (pretos e mulatos, atualmente pretos e pardos).

Mesmo São Paulo sendo um dos centros republicano e abolicionista do país não diminuiu o confronto latente entre “mundos” de brancos e negros. Fernandes (2008a; 2008b) e Bastide e Fernandes (2008) forneceram provas robustas sobre as manifestações e os efeitos do preconceito de cor na sociedade paulistana, com evidentes iniquidades⁶³ para a população negra. O radical processo de branqueamento pelo qual passou a cidade só fez fundamentar a crença na superioridade branca (Serra, 2011; Schucman, 2012).

O discurso da origem bandeirante congregava “os paulistas em torno de um mito capaz de ressaltar a força e o vigor de um povo aventureiro” (Serra, 2011, p. 53) e altivo, com grandes exemplos a ilustrar.

Nossa medicina bandeirante, que já detinha nesta época um grupo de sanitarista de ponta como Emílio Ribas, “o maior do sanitarista de São Paulo” (Mascarenhas, 2006, p. 5) e Geraldo Horácio de Paula Souza, que criou e organizou uma série de serviços sanitários, de educação e profilaxia, na capital e no interior, dentre eles o Centro Modelo do Instituto de Higiene (atualmente Faculdade de Saúde

⁶³Termo com uma dimensão moral e ética que se refere às diferenças injustiças, desnecessárias e evitáveis.

Pública da USP e que leva o seu nome), primeiro Centro de Saúde do Brasil (semelhante à moderna UBS, guardadas as distâncias históricas e tecnológicas), são exemplos.

Em 1916, logo após de inaugurada a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (depois Faculdade de Medicina da USP), um acordo firmado com a Fundação Rockefeller objetiva transformá-la em instituição-modelo para a América Latina, o que foi alcançado em 1925, qualificando-a como *Rockefeller's School*, “a exemplo de congêneres espalhadas em diversos locais do mundo, estruturadas segundo o modelo da *Johns Hopkins University*” (Monteiro, 2010, p. 185).

É interessante a observação que Merhy (2014) faz sobre a diminuição do orçamento para outros serviços de saúde na cidade de São Paulo no período de 1920, mas na contramão dessa política, “os maiores beneficiários nesta fase foram os Sanatórios Psiquiátricos” (Merhy, 2014, p. 108).

No dinamismo econômico paulista em que urbanização e industrialização acelerada incrementavam o mundo do trabalho e da relação sociedade civil, mercado e Estado, fez-se também presente um conjunto de atores sociais no campo da saúde, assim como modelos de assistência.

[...] no início da década de 1920, mais de uma corrente de pensamento da Saúde Pública já havia dado ar de sua presença, no campo da formulação das políticas governamentais do estado de São Paulo. Pode-se, com certeza, afirmar que a fase de 1920 a 1930 foi uma das mais ricas no que se refere ao embate entre as várias correntes e movimentos presentes nas disputas pela direção de uma determinada política de Saúde Pública.

A existência de um movimento sanitário, profícuo em discussões e confrontos de modelos tecnoassistenciais, manifestou-se de maneira marcante no estado de São Paulo de 1920. A Saúde Pública também teve sua Semana de Arte Moderna, as décadas seguintes serão “marcadas” pelas grandes questões colocadas durante estes anos (Merhy, 2014, p. 112).

As instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia é um destes modelos. Nestas, Mesgravis⁶⁴ já apontava em meados do XIX que

[...] atraía inúmeros pobres, doentes, lázaros, alienados que vinham à capital em busca de algum socorro para sua miséria e seus males. As autoridades municipais interioranas livravam-se dos problemas enviando esses infelizes a São Paulo, onde existia a Santa Casa da Misericórdia, única instituição organizada de assistência social (1976 apud Ferreira; Luca, 2011, p. 22).

⁶⁴ Mesgravis, Laima. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599-1884): contribuição ao estudo da assistência social no Brasil. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura; 1976.

É em São Paulo, após a Revolução Constitucionalista de 1932, cujo lema era “Tudo para São Paulo”, que a elite paulista inaugurava um novo modelo de universidade, moderna, integrada e com projeto, que nas palavras de Sergio Milliet (1934) produziria uma revolução intelectual e científica suscetível de mudar as concepções econômicas e sociais dos brasileiros.

Ciência e arte produziram no “caldeirão antropofágico” paulista a “mais” madura ideia de modernidade, que o espólio de guerra São Paulo x Brasil só fez positivar, mesmo diante das políticas centralizadoras realizadas durante a Era Vargas (1930-1945), uma era de revolução conservadora que muito beneficiou São Paulo.

As caixas de aposentadoria e pensões (CAPs), instituídas pela Lei Elói Chaves de 1923, atuando para compensar a ausência de serviços de saúde no mercado, criam serviços próprios para atenção à saúde de seus segurados. Na década de 1930, com as reformas centralizadoras do estado varguista surgem os IAPs (de bancários, comerciários, industriários, servidores públicos do Estado), que são importantíssimos nesse contexto, pois, capitalizados pela contribuição de uma massa de trabalhadores existente em São Paulo, fomentam a livre iniciativa de práticas privadas de medicina individual e/ou em grupo. Com isso fortalecem a passagem das formas liberais de exercício da profissão médica às formas empresariais sustentadas pelo Estado (Schraiber, 1993).

É no mais rico Estado da federação que se desenvolveram projetos pioneiros que serviram de modelo para o país. É em São Paulo que se desenvolveram os centros de excelência do conhecimento e os laboratórios de experiências científicas e culturais.

Já bem assentado o projeto imigrantista (de branqueamento) das décadas anteriores, com a Europa envolvida na reconstrução pós II Guerra Mundial e com a efetiva industrialização do Estado⁶⁵, as décadas de 1950 e 1960 têm na migração mineira e nordestina uma revolução sociodemográfica.

Um mercado de trabalho, amplo e diversificado, calcado no crescimento industrial e nos seus efeitos multiplicadores, levou também a uma substancial ampliação do setor de serviços. A revolução automotiva de 1950 trouxe ao Estado paulista tecnologia de

⁶⁵ Ford (1919) e General Motors (1925) são as primeiras indústrias automobilísticas a instalar-se em São Paulo, mas apenas montavam os carros aqui, com peças que vinham dos EUA. Durante a II Guerra Mundial (1939-1945) não chegavam peças e a produção de carros é prejudicada. Somente em 1956, no governo Juscelino Kubtishke, inaugura-se a fábrica da Mercedes-Benz com primeiro motor nacional e formou-se um parque industrial automotivo, centrado no ABC Paulista.

ponta, empregos, desenvolvimento industrial e uma nova relação de capital-trabalho, com crescimento e fortalecimento dos sindicatos de classes e das contradições do sistema capitalista.

Não por acaso é em São Paulo, mais especificamente nas cidades de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, o chamado ABC Paulista, berço do sindicalismo urbano, que surgem as primeiras empresas de medicina de grupo do Brasil, na década de 1960. Segundo Pereira Filho, são as indústrias multinacionais que ali se instalaram, “diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico de qualidade a seus empregados” (Pereira Filho, 1999, p. 110) e estimularam médicos a formar empresas de medicina de grupo, com diferentes planos de saúde.

Sendo assim, no Estado de São Paulo e mais especificamente na capital conviviam modelos de assistência à saúde.

A filantrópica, através de convênios do INPS (1966) com hospitais ligados a irmandades religiosas como a Santa Casa de Misericórdia, destinada a pobres e desqualificados socialmente de toda ordem e que a partir da década de 1960 formou um “complexo previdenciário baseado no atendimento individual, curativo e hospitalar no qual as empresas filantrópicas tinham grande importância” (Nemi, 2014, p. 127).

Outro modelo eram as práticas privadas, como consultórios particulares, planos e cooperativas de saúde.

Os hospitais, ligados às escolas médicas são outro modelo que desperta interesse, principalmente seus desdobramentos históricos.

Um exemplo é a Escola Paulista de Medicina (EPM) que, para Silva (2003), foi construída pelos representantes da elite científica nacional, professores das principais escolas médicas do país (faculdades de medicina de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia) e que foi “fundada em 1933 como sociedade civil sem fins lucrativos com dois objetivos: organizar um novo curso de ensino médico em São Paulo e edificar um hospital-escola que pudesse dar conta do ensino de clínicas” (Nemi, 2014, p. 111).

Nascidos da iniciativa privada, EPM e Hospital São Paulo (HSP), assim permaneceram até 1956, quando naufragada em dívidas a escola foi federalizada e transformada em autarquia federal (atual Unifesp). O HSP, porém, manteve-se sociedade privada sem fins lucrativos administrada pela Sociedade Paulista para o

Desenvolvimento da Medicina (SPDM)⁶⁶ mas servindo de hospital de clínicas para EPM. Separados por regimes jurídicos diferentes (um público outro privado) e uma linha imaginária, coexistem num mesmo conjunto de edificações até hoje, miscigenados pela atuação de funcionários públicos que trabalham na parte privada e vice-versa, sugerindo

[...] que a imbricação entre público e privado sumariada na experiência do complexo HSP/SPDM/EPM, além de tipificar escolhas políticas na constituição do sistema de atendimento à saúde no Brasil, tipifica, também, o crônico problema de financiamento da saúde pública que é resultado dessas mesmas escolhas políticas (Nemi, 2014, p. 140).

Compreendo como apenas uma as duas assertivas feitas pela autora: as escolhas políticas dos gestores paulistas, e estes, fizeram pela saúde hibridizada (miscigenada) por público e privado e muito afinado com o ideário liberal (Ibañez, 2001). Ideário que na saúde acomodou-se primeiro nas parcerias dos hospitais públicos estaduais.

Mas é fundamental contextualizar a “gênese” dessa miscigenação.

Passada e incorporada “a tormenta democrática” da década de 1980, que na coerente frase do presidente Sarney – em consonância com as elites – deixaria o país ingovernável, as forças políticas conservadoras do campo da saúde, sempre atuantes, souberam aproveitar o acomodamento das demandas anteriores, a dispersão do movimento sanitarista e o contexto geopolítico de “crise” e reinventaram um aparato jurídico de contrarreforma.

E é o mesmo personagem político que contra-ataca:

[...] o então presidente José Sarney, num movimento parecido com o de Reagan nos Estados Unidos, reduziu abruptamente o número de faixas do IRPF de onze para apenas três, e a alíquota máxima de 50% para 25%. A partir daí, justamente quando, contraditoriamente, a nova Constituição democrática de 1988 introduzia as bases para o Estado de bem-estar social brasileiro, com o reconhecimento de uma série de demandas sociais represadas durante a ditadura, nunca mais o IRPF haveria de ter a estrutura progressiva do passado. Ao contrário, à medida que o país avançava na construção de sua rede de proteção social por meio do gasto, recuava dos objetivos redistributivos da política tributária (Gobetti; Orair, 2016, p. 11).

⁶⁶ Em adequação ao novo Código Civil, no início do século XXI, muda para Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina mantendo a sigla SPDM.

A mesma década viu surgir a ascensão internacional do neoliberalismo e de seus arautos, Reino Unido com Margaret Thatcher e EUA com Ronald Reagan, duas poderosas economias mundiais que passam a ditar receitas via organismos internacionais (FMI, Banco Mundial, Sistema Organização das Nações Unidas) e conduzir as políticas dos governos nacionais. Estes, na relação dependência/interdependência com os países centrais, “adaptaram-se” à nova ordem mundial e remodelam o Estado, principalmente os países ditos em desenvolvimento.

A tese central do neoliberalismo é de que o setor público (o Estado) é responsável pela crise, pelos privilégios e pela ineficiência. O mercado e o setor privado são “naturalmente” identificados como sinônimos de eficiência, de qualidade e de modernidade. Nesta aparente antítese, pois nega qualquer leitura dialética da realidade e de concepção de Estado e de mercado, a solução racional é o Estado mínimo e a necessidade de questionar todas as conquistas sociais, como a estabilidade de emprego, o direito à saúde, à educação e aos transportes públicos. O Estado deve ser reduzido a uma proporção mínima, apenas necessária para a reprodução do capital (Frigotto, 1984).

A racionalidade política em curso assumia todo potencial da sociabilidade consagrada por Hayek (2010) em que se acredita que o mercado asseguraria uma superioridade a qualquer tipo de regulação econômica e política e a qualquer instituição social, devendo servir de base para o ordenamento das sociedades e das condutas humanas.

A partir das pressões conjunturais externa e interna, sempre com a “crise” como emergente a conduzir mudanças e os “remédios amargos” como solução inevitável, o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) instaura um processo de reforma do aparelho do Estado.

À época o diagnóstico da máquina administrativa brasileira contida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado⁶⁷ (PDRAE 1995) identificou três problemas centrais:

a) um problema de ordem institucional-legal, que dizia respeito aos desafios de ordem legal para o alcance de uma maior eficiência no aparelho do Estado;

⁶⁷ Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>.

b) um problema de dimensão cultural, referente à convivência de valores patrimonialistas e burocráticos com os modernos princípios gerenciais na administração pública brasileira;

c) um problema de dimensão gerencial ou de gestão, relacionado às práticas administrativas.

Na dimensão institucional-legal uma das soluções realiza-se com um conjunto de leis federal e estadual que cria e habilita a figura jurídica das entidades privadas sem fins lucrativos, as Organizações Sociais (OS), e no âmbito da saúde as Organizações Sociais de Saúde (OSS), com a lei federal 9.637/98 e no estado de São Paulo com a lei complementar 846/98 (Melo; Tanaka, 2001; Ibañez et al., 2001; Barbosa; Elias, 2010).

A “dimensão cultural” com sua herança patrimonialista a contaminar o Estado era o que se pretendia transformar com a reforma do Estado. Mesmo que essa fosse incompleta e viciada, com um superficial aparato conceitual de ideias, como o fortalecimento da ação reguladora do Estado, o autocontrole e a racionalidade naturais dos agentes privados e a fantasia dos dados quantitativos como sinônimo de eficiência. Mas se no campo da ética e da filosofia faltava-lhe consistência, sua eficácia simbólica era total.

Na dimensão gerencial como posto, nos grandes centros urbanos como São Paulo, existiam recursos humanos técnico e ideologicamente preparados para assumir suas novas funções na estrutura público/privada que se reorganizava na saúde e abriam novas oportunidades para administradores, engenheiros, contabilistas, além dos tradicionais médicos.

Como apontam Menicucci (2003) e Nemi (2014), quando se referem aos modelos de saúde coexistentes, a articulação entre o público e o privado marcou o desenvolvimento da assistência à saúde no Brasil e promoveu formas híbridas de organização e gestão dos serviços.

São Paulo produziu diversas experimentações tecnoassistenciais que depois se transformaram em política pública.

O estado de São Paulo que já havia fornecido à nação importantes gestores no passado, continuava a produzi-los em abundância e, naquele momento, sob a égide do mundo neoliberal, a saúde os conclamava novamente.

Principia com o governo Collor (1990-1992) e a modernização exótica que pouco durou, mas que teve em seus quadros o ilibado Adib Jatene como Ministro da Saúde. Cardiologista renomado foi também diretor e um dos administradores da Fundação Zerbini, entidade sem fins lucrativos encarregada de administrar o Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP).

É o próprio Adib, na posição de ministro pela segunda vez, agora no governo Fernando Henrique Cardoso que no texto *Memórias da Saúde da Família no Brasil* (Brasil, 2010) nos propicia um rico relato do processo para implementar as políticas públicas/privadas do Programa Saúde da Família (PSF atual ESF):

Tentei implantá-lo em São Paulo, mas o prefeito da época estava envolvido com o projeto chamado PAS⁶⁸ e não aceitou participar. Por isso procurei o governador Mário Covas e o Secretário José da Silva Guedes, que concordaram em implantar um módulo em Itaquera, administrado pelas Irmãs do Hospital Santa Marcelina, que ele chamou de QUALIS (Brasil, 2010, p. 13).

O Qualis citado pelo ex-ministro foi o nome dado ao “laboratório de política pública” em São Paulo com os nomes de PSF e o PACS – experiências já concretizadas em Porto Alegre desde a década de 1970 – e que ao ganhar respaldo político-financeiro, projetou o PSF/PACS potencialmente como política nacional.

Gerenciado por uma fundação (privada sem fins lucrativos) o Qualis/PSF teve em seus quadros eminentes representantes da reforma sanitária, como David Capistrano e Antônio Lancetti.

Anos depois, encerrada a aventura catastrófica do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) e após a municipalização do SUS na cidade, a Fundação Zerbini apresentou “problemas administrativos” na gestão dos recursos e foi substituída pela SPDM em 2006 nos serviços que gerenciava.

O PAS, que se configurou como proposta de transferência para o setor privado não-lucrativo a gestão dos serviços de saúde, almejando eficiência e redução de custos, como é esperado na administração gerencial, estava em consonância com os

⁶⁸ O Plano de Atendimento à Saúde (PAS) surgiu em 1995 e consistia na contratação de cooperativas de trabalho que terceirizavam a gestão dos serviços públicos para entidades privadas sem fins lucrativos. Teve início na gestão de Paulo Maluf (1993-1996) quando prefeito da cidade de São Paulo e continuou com seu sucessor Celso Pitta (1997-2000). A análise do governo identificava centralização, corrupção e ineficiência nos serviços de saúde diretos. Foi então que auxiliado por estudos da FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP, que fora contratada pelo governo municipal, lançou-se o plano que pretendia desestatizar a gestão e aumentar a eficiência. Ficou depois notoriamente conhecido como um dos maiores desastres administrativos da cidade, envolvendo prejuízos para o funcionalismo e para os cofres públicos.

“parâmetros apresentados como desejáveis pelos organismos internacionais para implementação das políticas de saúde nos países emergentes” (Cohn; Elias, 1998, p. 46). Sua prática, porém, foi desastrosa e repleta de violências (Junqueira et al., 2010). Violência na destruição de equipes e programas, na precarização dos contratos de trabalho, na desresponsabilização do Estado pelo financiamento adequado à saúde.

Melo e Tanaka (2001) sintetizaram previsões, que à época poderiam parecer pessimista: que as OSS seriam a alternativa de expansão do PAS para todo o Brasil, mesmo com os resultados polêmicos e as denúncias de fraude pululando no noticiário nacional.

Estavam certos os autores, no estado de São Paulo, segundo o Portal de Transparência⁶⁹, são 41 entidades habilitadas, como a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a SPDM, Fundação Faculdade de Medicina ligada à USP e a Casa de Saúde Santa Marcelina. No município, a rede assistencial da AB é gerida por dezenas de entidades sem fins lucrativos (OSS), pulverizadas por toda a cidade, e recentemente, em 2014, a prefeitura lançou 23 editais de chamamento público de livre concorrência entre as entidades. Entre as OSS que fazem a gestão em parceria atualmente estão APS Santa Marcelina, SPDM PAIS, SAS Seconci, Associação Saúde da Família, Santa Catarina, Associação Monte Azul e uma organização do Rio de Janeiro, IABAS.

São velhos e novos parceiros que hoje administram o SUS na cidade, com expertises variadas e novas formas de gerenciamento. Entre as vantagens desta parceria estaria a maior agilidade nas compras de materiais, na contratação de equipes, no controle de processos. Convivem, porém, com velhos problemas.

Para municípios e estados vivendo sob o marco da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei complementar 101/2000), que limita as despesas com folha de pagamento de pessoal em 60%, terceirizar a execução das políticas públicas tem sido “a melhor saída”.

Mas os problemas atingem a todos e têm impacto na política de saúde.

O (sub)financiamento da saúde, até hoje sem receita própria definida, a contrarreforma tributária realizada após a Constituição de 1988 e a divisão ilógica dos recursos para saúde salta aos olhos.

⁶⁹ Disponível <http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br>

No Brasil o gasto total da saúde, público e privado, gira em torno de 8% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo que a participação pública é de apenas 42%, ou seja, trata-se de um país que, mesmo tendo um sistema público universal de saúde, o gasto privado é maior que o público” (Cislaghi et al., 2011, p. 11).

Para Moimaz et al. (2010), em pesquisa no estado de São Paulo, 61,7% dos usuários do SUS classificaram o serviço como ótimo ou bom, “apesar da grande quantidade de queixas quanto ao atendimento, falta de humanização e acolhimento, deficiência de recursos físicos e materiais” (Moimaz et al., 2010, p. 1419).

Já para pesquisa realizada em 2015 pelo Conselho Federal de Medicina⁷⁰, 93% dos brasileiros consideram péssimos, ruins ou regulares, todos os serviços de saúde no Brasil, inclusive os privados, sendo que 74% dos entrevistados buscaram atendimento nas UBS do SUS. A pesquisa realizada também na região metropolitana de São Paulo, a região mais rica do Brasil, pouco difere quanto aos resultados. As dificuldades de acesso, longa espera para atendimento, falta de recursos humanos concentram as queixas.

Sintomaticamente, para condições de trabalho e percepção do ambiente dos(as) trabalhadores(as) do SUS contratados por OSS, não encontramos qualquer material, sendo as informações empíricas não organizadas (como comentários, alta rotatividade dos profissionais) uma hipótese a confirmar, o que indica um campo aberto para futuras pesquisas.

Único dado relevante foi o apontamento que Ibañez et al.(2001) faz quando elenca as vantagens comparativas entre administração direta e a gestão indireta com OSS, uma delas, a facilidade no desligamento, por parte desta última, “de profissionais que não correspondam de maneira técnica e comportamental apropriada” (Ibañez et al., 2001, p. 402).

Comportamento apropriado nos manuais da administração gerencial pode ser tão genérico que é tudo e nada ao mesmo tempo, mas se nos remetermos ao sofrimento e humilhações (Junqueira et. al., 2010) relatados pelos(as) trabalhadores(as) no período de implementação do PAS em São Paulo, comportamento apropriado seria o mais violento poder disciplinar, nos termos que Foucault (1987) o desenvolveu em *Vigiar e punir*, ao mesmo tempo em que ambientaria um cenário de impossibilidade do trabalho vivo em saúde, já que o

⁷⁰ Disponível em <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>.

comportamento apropriado (controlável, fixado por normas, burocratizado) eliminaria a arte e a novidade, próprio do trabalho em saúde, como posto por Merhy (2002).

Assim, o processo de consolidação do Estado-nação no período varguista, que se apropriou do mito nacional, principalmente da sua “versão” positiva de sociedade harmônica, também ampliou as políticas e a presença do Estado. Na saúde, particularmente nas regiões de maior dinamismo econômico, construiu-se de duas formas básicas de assistência:

1. Financiada pelos trabalhadores assalariados e que engendrou uma lógica de saúde enquanto produto comprado, estando em todos os momentos associada de alguma maneira com o Estado, e no decorrer dos anos criou um poderoso mercado de saúde privado;

2. Filantrópica, tradicionalmente destinada aos pobres e desvalidos.

Isso, como já explicitado, num país que teve sua história fundada basicamente no autoritarismo e na violência, com baixíssimo desenvolvimento da democracia e da cidadania, até a década de 1970.

Na confluência de processos históricos nacionais e internacionais, produziram-se no país movimentos reivindicatórios por reformas de base, lutas por direitos civis e políticos, e ampliação dos direitos sociais, em que a saúde foi um deles.

Não sem tensionamentos, negociações e perdas, o ímpeto e a coragem do movimento de Reforma Sanitária, que não é nem suprapartidário nem homogêneo, avançou sobre o campo legal, na Constituição Federal de 1988. Diante das evidentes dificuldades no campo da saúde, nem nossas elites dirigentes, nem qualquer outro brasileiro comum refutaria a necessidade de investimentos prioritários por parte do Estado.

Porém, essa convicção se equivoca ao inverter as causas de nossas mazelas sociais pelos seus efeitos: na realidade, a saúde está reproduzindo o esquema de desigualdade que se perpetua por alguns séculos em nosso país. Sendo assim, desvendar o que está por trás da debilidade dos seus serviços é uma forma de compreendermos algo importante acerca da nossa sociedade: que ela segrega e classifica seus membros de forma a valorizar uns em detrimento de outros, refletindo a lógica de operação de nossas instituições (Luna, 2009, p. 305).

Chegado a termo essa digressão histórica acerca das teorias das desigualdades fundamentais e dos discursos sobre a nação, descobre-se um mítico país tropical e uma mítica São Paulo.

Longe de qualquer pretensão de esgotar a discussão sobre como a nação foi produzindo a si mesma, conduzi o leitor numa argumentação com significado e validade prática, procurando entender um dado aspecto da realidade que me pareceu fundamental, a saber, o quanto a sociedade brasileira é estruturalmente desigual e a insuficiência de debates críticos sobre como acontece a reprodução desta desigualdade. Debrucei-me para isso, sobre uma bibliografia que reflete sobre a reprodução da sociabilidade, que, ao que parece, mantém, mesmo renovando-se, uma rígida hierarquia social.

As disputas, os atores, as leis, as políticas e a ciência produzidas fizeram parte desse recorte.

As experiências na área da saúde que agora apresento não são a prova final da argumentação proposta desde o início, mas a renovação do convite para olhar a vida social e procurar entendê-la de forma não naturalizada.

5 EXPERIÊNCIAS DO COTIDIANO NA SAÚDE

Na primeira narrativa deste trabalho, de traço historiobiográfica, procurei estabelecer uma experiência com o passado, comunicar um conhecimento obtido pela experiência que se acumulou. Apoiei-me em Walter Benjamin na busca de uma reconstrução de outra narratividade, histórica, que ultrapassasse a vivência individual e fragmentada do mundo capitalista moderna.

A novidade na reflexão de Benjamin é que busquei incorporar a minha narrativa é evitar que a “experiência seja reduzida à sua dimensão nostálgica e romântica” (Benjamin, 1987, p. 10), o que seria facilmente dedutível, já que nos faltam, como aponta o autor, as principais condições para que tanto a arte de contar histórias quanto da experiência aconteçam. São três as condições: a) uma comunidade de vida e de discurso que o capitalismo destruiu rapidamente; b) o trabalho artesanal, de ritmo lento e orgânico, que dava suporte à vida da comunidade e permitia uma sedimentação das várias experiências de produção da vida e uma palavra unificadora; c) a comunidade da experiência, que funda a dimensão prática da vida tradicional, em que aquele que conta transmite um saber, que seus ouvintes podem receber como proveito.

Intimamente articuladas, narrativa e experiência, estariam mortas então, já que o conselho está em desuso, e as comunidades de pertencimento e o trabalho artesanal extintos?

E é o próprio Benjamin que me ilumina alguns caminhos quando diz que a narrativa das experiências tem uma dimensão utilitária, que o narrador sabe fazer sugestões práticas, sabe dar conselhos. E se dar conselhos, parece algo antiquado, “é porque as experiências estão deixando de ser comunicáveis” (Benjamin, 1987, p. 200) e porque seguramente transformamos sua intencionalidade, já que eles não consistem em intervir do exterior na vida de outrem, como comumente é interpretado, mas em fazer “uma sugestão sobre a continuação de uma história que está sendo narrada” (Benjamin, 1987, p. 200).

Dessa maneira narrador e ouvinte encontram-se dentro do fluxo narrativo comum e vivo, já que a história continua, está aberta a novas propostas e a fazer junto.

Tendo as reflexões de Benjamin como um desafio inspirador para comunicar as minhas experiências vividas em uma comunidade de trabalho e o trabalho em

saúde, trabalho vivo em ato, que na Atenção Básica tem como uma das principais ferramentas uma tecnologia produtora de relações, ou como diria Merhy (1997), uma tecnologia leve⁷¹, o que desenvolvo aqui são histórias inspiradas por cenas que trazem de um jogo transferencial interligado a minha experiência como profissional nos serviços de saúde e subsidiam reflexões acerca de preconceitos racial e de classe social, presentes no cotidiano dessas instituições, mas que não estão circunscritos a elas.

Não há uma ordem cronológica ou hierárquica, em termos de importância, na apresentação, contudo, essa escolha é congruente à narrativa historiobiográfica na qual mergulhei. É uma escolha feita pelo afeto, na qual me coloco como porta voz, parafraseando Pichon-Rivière (2005), como aquele sujeito que não fala apenas por si, mas como sujeito no qual se conjugam história pessoal (verticalidade) e a totalidade de um grupo (horizontalidade). O porta-voz enuncia ou faz algo como sendo apenas seu, mas na verdade é uma espécie de ‘alcaguete’ que denuncia aspectos ocultos presentes nos grupos. Ele não tem consciência de estar enunciando algo de significação grupal, mas quando esse algo sai do estado latente, o jogo vira e, com ele, a possibilidade de criação de pontes com uma experiência que não se limita ao sujeito que o enuncia e nem a um tempo-espço especificado.

Consonante às ideias de Pichon-Rivière, o que afirmo é que toda produção e escolhas são autobiográficas. Mas quase nunca elas são explicitadas. A escolha por me enfrontar nesse caminho é uma forma de marcar a implicação que todo e qualquer profissional tem ao desenvolver suas atividades, principalmente em trabalhos que envolvam a assistência à dor, ao sofrimento e a desesperança.

As histórias que apresento devem ser consideradas como parte de um trabalho da memória, carregada de afetos, que compõem um sistema de representações e ideologias que partem de mim, mas não são exclusividade minhas. Trago histórias que atualizam, no trabalho em saúde, experiências vividas em uma época remota e que parecem ainda se reproduzir.

Elas representam uma versão das variações discursivas que frequentemente escutei ou vi no cotidiano de trabalho dos diversos serviços de saúde em que estive. Elas parecem expor a cotidianidade da sociabilidade paulista (mas também brasileira)

⁷¹ Desconstruindo a ideia de complexidade baixa, média e alta em saúde, Emerson Elias Merhy conceitua três tipos de tecnologias: as **leves** são as das relações; as **leve-duras** são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as **duras** são as dos recursos materiais, como equipamentos, instrumentos, medicamentos.

que expõe “a hierarquia material e valorativa que preside a institucionalização de estímulos seletivos para a conduta dos indivíduos que a compõe” (Souza, 2015, p. 79), assim como considera o poder relativo de grupos e classes envolvidos na luta social por hegemonia ideológica e material em que vinculo o conjunto articulado de normas e valores (concepção de mundo) e os estratos sociais que servem de suporte a essa concepção.

5.1 Terceiras Histórias⁷²

Entre coronéis e severinos

No período em que eu estava na gestão de serviços de saúde mental, uma de minhas tarefas era acompanhar as reuniões de matriciamento⁷³ nas unidades de saúde. Certo dia, terminada a reunião, enquanto eu aguardava o motorista do carro que iria me levar à outra unidade, acompanhei o desenrolar da seguinte história:

Havia um carro novo, de modelo que não era popular, parado em frente à UBS. Dentro dele, no banco dianteiro, estava sentada uma senhora branca que aparentava ter mais de 80 anos. A mulher que dirigia o veículo apresentou-se na sala de vacinas da unidade como filha da senhora idosa. Estávamos em período de campanha de vacinação contra a gripe (influenza) e todos os dias a unidade recebia muitos usuários dos grupos considerados prioritários pela campanha: gestantes, profissionais de saúde, idosos, crianças de até um ano e pessoas com doenças crônicas. A sala estava repleta; os auxiliares de enfermagem buscavam atender as demandas. A filha daquela senhora foi até a sala de vacinas e pediu que alguém da enfermagem fosse atender sua mãe no carro em que ela se encontrava. Esse é um procedimento possível, e não há qualquer problema tecnoburocrático para sua conclusão. À filha foi solicitado que

⁷² Em *Tutaméia: terceiras histórias* (1967) de Guimaraes Rosa, livro de contos de histórias curtas, o gozo, a alegria é fruto de certa hermenêutica, de um exercício de interpretação da realidade compreendida como visceralmente contraditória. Referencio-me ao título desta obra utilizando-me, porém de história e não de histórias como fez Guimarães Rosa.

⁷³ Também conhecido como apoio matricial é uma metodologia de trabalho que oferece tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

aguardasse, que já seria atendida. Passado alguns minutos, ela reaparece irritada dentro da unidade e falando alto:

– *Eu quero que minha mãe seja vacinada agora, nunca uso o SUS porque tenho convênio e quando uso é essa porcaria...*

A UBS onde se passa a história está num bairro periférico da cidade, numa rua próximo ao centro deste, com ruas movimentadas por carros e pessoas, comércio local e bancos. O prédio é novo e bem conservado, tem acessibilidade, banheiros para pessoas com deficiência e espaços para as várias finalidades e atividades da unidade: recepção com bancos, máquina de senha para controle do atendimento, farmácia, administração, sala de vacina, prontuário, enfermaria, expurgo, almoxarife, cozinha, sala de grupo e reuniões e salas para os diversos atendimentos, nos dois andares do prédio (nível térreo e abaixo), com ginecologista, clínico, dentista, psicólogo, psiquiatra e assistente social.

Unidades como esta, com espaço amplo – existem muitas unidades insalubres, com falta de espaço e improvisos para que funcionem – e que têm tantos serviços são mais procuradas pelos usuários, que muitas vezes vêm de outros bairros ou regiões para serem atendidos nestas unidades.

Os trabalhadores da saúde na cidade, periodicamente, seja via OSS ou pela administração direta, são convocados a participar das formações de educação permanente⁷⁴, que visam o aperfeiçoamento do trabalho em saúde a partir das diretrizes e princípios do SUS. Em janeiro de 2015, a secretaria de saúde lançou o documento “*Fortalecendo a Atenção Básica no município de São Paulo*”⁷⁵, que nas diretrizes gerais, no item 1.4 – *Atenção Integral à Pessoa Idosa na UBS*, recomenda: utilizar a classificação de risco funcional para qualificar o atendimento. Este documento e suas diretrizes foram amplamente divulgados e discutidos a partir de então. Mas questões como classificação de risco no atendimento dos vários grupos prioritários é algo presente há anos tanto na formação inicial dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, quanto na Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza o acolhimento com classificação de risco.

⁷⁴ É uma estratégia e ao mesmo tempo uma prática de ensino-aprendizagem dentro do SUS, que se orienta para produção de conhecimento a partir da problematização do cotidiano do trabalho. Segue diretrizes, normativas e pactuações do Ministério da Saúde.

⁷⁵ [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes_Geraiz_UBS_final_baixa\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes_Geraiz_UBS_final_baixa(1).pdf)

Ressalto isso para afirmar que a atitude do auxiliar estava condizente com as normativas e com a situação concreta que presenciei.

As UBS da cidade (todas) têm atendimentos rotineiros, agendados com dia e hora marcada e uma quantidade diária de atendimentos extras, como encaixes e urgências e emergências⁷⁶.

É comum no dia a dia das unidades básicas as situações de tensão entre usuários e trabalhadores pelos motivos mais variados, como demora para o atendimento já agendado, falta de medicação, cancelamento da consulta, demora no agendamento de consulta e queixa pela qualidade do atendimento recebido por algum profissional ou, ao contrário, trabalhador sentindo-se ofendido pelo usuário. Há também a irritação, a dor, as preocupações da vida que podem incrementar para o surgimento destas situações.

Principalmente o balcão de recepção e a gerência são ambientes mais visíveis destes duros embates.

Na cena narrada acima, a tensão, o constrangimento, era perceptível pelas expressões dos envolvidos diretamente e dos que acompanhavam o desenrolar dos acontecimentos.

A relação proximal, de familiaridade entre casa/posto de saúde parece ser um forte componente da contradição “local de cuidado/local de enfrentamento”, mas poderíamos pensar que também haveria outros, como “cidadão de direito-cliente consumidor”, ou ainda do massificado exemplo *você sabe com quem está falando?*

Ao pensar na cena como, *você sabe...* penso na hierarquia material e valorativa que preside a institucionalização de estímulos seletivos para a conduta dos indivíduos e que proporcionaria a certos grupos sociais (brancos) atributos meritocráticos “naturais” (ter convênio, por exemplo) da sua classe social.

Ou mesmo, como parte das pessoas exploradas nesta sociedade em que vigora um capitalismo social e do desejo (Lazzarato, 2011) e na condição de branca e com bens materiais supostamente conquistados, quer ser identificada com uma classe que não a sua e expressa formas violentas e preconceituosas que a afastem da identificação com os desqualificados?

⁷⁶ UBS como serviço da AB tem recursos tecnológicos limitados para atendimento de urgência e emergência, mas diariamente recebe usuários com as mais variadas “demandas emergenciais”, como pressão arterial alterada, cefaleias, crianças com febres, gestantes com dores, mal súbito, acidentes, curativos e solicitações que vão de atestados, endereços de outros serviços de saúde à ajuda para comprar o botijão de gás.

Como portadora de certas distinções sociais, a tensão da cena aconteceria por ela estar num local de pessoas desqualificadas socialmente, evidência subjacente, pois estar numa unidade de saúde num bairro periférico seria a prova cabal de que os que ali estão não lograram “conquistar” um plano de saúde e assim dependem do Estado, cujas políticas públicas são destinadas aos inferiores socialmente.

O constrangimento e tensão neste caso, surgiria quando a usuária, ao prolongar a permanência em um espaço no qual público e Estado são qualificados como sinônimos de ruim, ineficiente, incompetente e destinado a pessoas “subalternas” parece produzir uma angústia de estar identificada à posição de desqualificado social e o desejo de sair o mais rapidamente dessa situação irrompe num comportamento aparentemente ilógico, irracional, mas que teria outra “lógica”, talvez associada aos modos de reafirmação da superioridade das classes dominantes.

Vozes da seca

Trabalhei alguns anos na gestão de serviços de saúde na zona leste da cidade e isso proporcionou-me ter encontros, reuniões de trabalho e conversas com gerentes, coordenadoras e supervisores, com os quais mantinha contato frequente.

Primeiro, uma impressão empírica: percebia uma tendência forte de mulheres brancas que não moram próximas ao seu local de trabalho ocuparem essa função de gestão.

As pesquisas de Cacciamali e Hirata (2005) e Dieese (2013) corroboram o que afirmo como dado empírico, quando apontam que trabalhadores brancos (ou não negros) são ampla maioria nos cargos de dirigentes e gerentes.

Podemos entender que assim haveria pouca mobilidade social, baixa diversidade de ideias e de cultura no setor saúde?

Essa pergunta é evocada por experiências que se relacionam com meu trabalho à época, na gestão, num departamento técnico de uma OSS.

Em uma manhã de segunda-feira, momento em que o departamento no qual eu trabalhava reunia-se para fazer acertos e programar a semana, um acontecimento me chamou a atenção. Antes do início da reunião, quem chegava cedo, geralmente conversava sobre coisas corriqueiras, a vida pessoal e as notícias do cotidiano. Nesse dia, em meio à discussão sobre a falta de recursos nas farmácias das unidades que

gerenciávamos, surgiu o assunto da criação do SUS. Uma das supervisoras da equipe técnica diz:

– *Mas o SUS foi feito para pobre!*

Reativamente respondo que *não!*

E essa reação surge do desejo de um SUS para todos, onde eu e minha família são atendidos e que é tão diferente (ao mesmo tão comum em certos aspectos) do atendimento que recebia quando criança, no SESI. Também é a política pública em que trabalho, a qual dedico quantidade significativa de horas com trabalho e estudo. Seria uma defesa motivada pela dependência? Mas há a ligação orgânica, de valores, com o SUS fruto de ideia/proposta/projeto/movimento/processo de mudanças sociais.

Outra supervisora apoiou a primeira, dizendo que sim, e justificou a falta de recursos (pessoas, serviços, equipamentos, medicamentos, etc...), argumentando como se a carência crônica fosse sinônimo de pobreza, que acompanha a criação do Sistema desde o início, sendo apenas suportável (essa carência de tudo) somente pelos que não têm outra possibilidade, os pobres.

Mais do que uma defesa de ideias, ou ideologias, a discussão levantou interrogações.

Umas delas remete-se ao texto de Junqueira et al. (2010), em que se discute a presença da lógica privada na política pública de saúde com uma pergunta que nos interessa: “se a maioria dos que se propõem a governar se colocam, no plano discursivo, a favor do SUS, quais os obstáculos à construção de um sistema público, universal e igualitário de saúde?” (Junqueira et al., 2010, p. 511).

A igualdade, enquanto sinônimo de justiça social, a qual as autoras assumem como direito conquistado no processo de lutas sociais históricas é tematizada, assim como as disputas políticas ainda em curso. Mas quem são os que se propõem a governar? Certamente não é a “ralé”, a classe do corpo, desprovida de capital cultural (conhecimentos úteis).

Tanto Estado quanto mercado, as duas principais instituições modernas que monopolizam bens e recursos escassos que todos desejamos (bons salários e prestígio social), têm seus cargos de comando (que governam) ocupados por pessoas das classes médias e altas (classes dominantes), detentoras dos títulos, escolaridade e prestígio (capital econômico e cultural) necessários a essa ocupação. Considerando

a indiferença e desprezo pelo bem comum e o amesquinamento (Reis, 2000; Ianni, 2004; Souza; Grillo, 2009; Souza, 2015) das classes que comandam estas instituições, duas proposições configuram-se como norma discursiva: o Estado deveria prover com recursos suficientes às políticas públicas que mitigassem as desigualdades (Reis, 2000) e/ou a sociedade civil organizada (sem fins lucrativos, por compaixão, competência adquirida) deveria assumir os rumos do gerenciamento das políticas públicas porque é mais competente. As duas escondem contradições, pois tanto o Estado, no balanço de forças internas, tem reduzida capacidade de redistribuir a riqueza nacional produzida – ou universalizar oportunidades com qualidade – quanto a transferência da execução das “responsabilidades” do Estado para sociedade civil (Filantrópicas, Organizações Não governamentais, OSS sem fins lucrativos) tem mostrado-se como transferência de renda e poder para seus dirigentes, sem dar solução concreta aos problemas reais, apenas reproduzindo as desigualdades estruturais da sociedade, com a “roupagem nova” da administração gerencial moderna.

A preservação de um SUS para pobre, no imaginário social das classes dominantes reafirmaria seus privilégios de classe, mantendo as segregações entre serviços de qualidade (duvidosa) para quem pode pagar e serviços públicos para os dependentes do Estado?

Sem abordar o que me parece essencial, o porquê das iniquidades e do subfinanciamento crônico das políticas públicas de saúde, tenho a impressão de que se critica os efeitos das injustiças, sem defesa real de um SUS bom para todos.

Provavelmente as supervisoras sabiam que não há na lei que rege o SUS ou em suas diretrizes qualquer menção de um sistema de saúde feito para pobres.

Sabemos que está inscrito em lei um SUS universal, para todos, que cuida com integralidade e com equidade. Mas também sabemos que a implantação e a implementação de leis dependem de uma série de atores sociais e ações, que vão da responsabilização de governantes, da formação contínua de pessoal, que envolve interligação com a Educação e da garantia de recursos financeiros, constantes e suficientes.

Todas estas pré-condições para que a política pública de saúde seja realizada conforme o prescrito não têm acontecido, por questões que vão da sobreposição de responsabilidades entre os entes federativos (União, Estados e municípios); a falta de recursos humanos permanentes (existem equipes sem médicos tanto na comunidade

ribeirinha do Amazonas quanto no bairro de Perus em São Paulo); ou ainda a crônica falta de recursos financeiros, que, no caso brasileiro, criou junto com o sistema público universal (financiado e provido pelo Estado) um sistema privado (lucrativo ou não, mas financiados com recursos públicos e privados) e um sistema de saúde suplementar, com planos privados que contam com subsídios fiscais (renúncia fiscal na forma de redução de imposto de renda de pessoa física e jurídica).

Talvez esse último ponto seja o mais importante para compreender as contradições da política pública e a estigmatização do SUS como sistema de saúde para precarizados, já que traz em sua lógica (carência de recursos) um Estado que declara a saúde como direito fundamental garantido constitucionalmente ao mesmo tempo em que tem leis que impedem, dificultam ou limitam os gastos com saúde pública, resultando em subfinanciando desta, mas com financiamento e incentivo cada vez maiores à saúde privada (para poucos e das classes média e alta), com subsídios que em 2012 chegaram a 19 bilhões de reais (Mendes; Weiller, 2015) e que, sem dúvida, contribuiriam significativamente para enfrentar o subfinanciamento do SUS.

Essa aparente contradição, ao que parece, é parte da perversidade de um sistema de relações que o capitalismo contempla e que produz solidariedades espúrias entre agentes do Estado e parcelas significativas da sociedade na defesa de ideologias que efetivam, concreta e simbolicamente, a existência de sistemas de saúde para ricos e outro para pobres.

O próprio Estado, a depender das posições ideológicas do governante, pode acentuar a existência de sistemas excludentes ou o enfrentamento da realização da saúde como direito universal.

No interior do SUS existem serviços que se estruturaram de formas diferentes, como o programa DST-AIDS, reconhecido nacional e internacionalmente como eficiente, atendendo em seu início a classe média e por ela defendido e ampliado, inclusive, em seus recursos financeiros. Já os serviços de AB, cuja ampliação se deu como estratégia epidemiológica, nos territórios mais vulneráveis socialmente, continua precário e insuficiente, decorridos 36 anos de SUS.

São questões a se considerar e que “nossas supervisoras” impulsionaram a reflexão quando afirmaram ser o SUS para pobres.

Casa-grande @ senzala

Participei de inúmeros matriciamentos nesses meus anos de trabalho e pude constatar que as condições, o entendimento e a prática do apoio matricial no dia a dia das equipes são variados.

Conceitualmente o apoio matricial em saúde e as equipes de referência são ao mesmo tempo um arranjo organizacional e uma metodologia de gestão do cuidado adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do SUS. Têm como objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde e incitaria à transformação da clínica, ao reconhecimento da complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico e à abertura para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, com algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico (Campos; Domitti, 2007).

Praticado em outras regiões do país anos antes, surgiram como ferramenta de trabalho sistematizada nos serviços de saúde de Campinas, estado de São Paulo, em 1999, e depois foram incorporados pelo Ministério da Saúde a algumas políticas, como a PNH, a Saúde Mental e a ESF.

O termo apoio matricial é com frequência utilizado na AB, muitas vezes como sinônimo de encontro ou como reunião para discussão de casos.

Como ferramenta de trabalho no campo da saúde coletiva, com influência do movimento de Reforma Sanitária, ele foi concebido como dispositivo que propõem horizontalizar relações de trabalho e problematizar questões éticas, epistemológicos, políticas, culturais e estruturais para o cuidado. Sendo assim, nas práticas, implicaria em mudança radical dos modelos biomédico e curativo de saúde.

Num desses matriciamentos, numa unidade que contemplava vários serviços (ESF, AMA⁷⁷, com equipe de saúde mental) e uma equipe de trabalhadores composta por funcionários públicos do estado, do município e de duas OSS (uma gerenciava a UBS; outra, a AMA), com regimes de trabalho e remuneração diferentes, desenvolveu-se a seguinte história.

⁷⁷ A AMA Assistência Médica Ambulatorial integrada a rede de serviços da AB e atende à demanda espontânea de agravos de saúde menores, de baixa e média complexidade, com a intenção de desafogar os Serviços de Urgência e Emergências, como prontos socorros. É uma política existente desde 2005 na cidade de São Paulo e tem um similar, federal, a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), que começou a ser implantada em 2009.

Nossas reuniões tinham um calendário anual, com data e hora pré-agendas e possibilitavam a organização das agendas individuais dos profissionais para que participassem do matriciamento e justificassem depois sua ausência do atendimento (toda produção individual dos profissionais é controlada pela correlação de horas trabalhadas e atividades executadas). Os que vinham de outros serviços utilizavam transporte público, particular e carona para chegarem ao local do matriciamento.

Os matriciamentos nessa unidade geralmente aconteciam na sala de atendimento da psicóloga, que abrigava com algum conforto, um armário, uma mesa e algumas cadeiras. Sete cadeiras ocupadas deixavam a sala quente. A ventilação era reduzida.

Pois bem!

Estávamos aguardando o início de uma dessas reuniões de apoio matricial na qual participavam muitos profissionais com formações diversas: enfermeiras, ginecologista, clínicos, psiquiatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, gerentes e duas ou três pessoas da Supervisão Técnica de Saúde (STS), esperávamos o início. Próximo do horário combinado, já devíamos estar em um grupo de aproximadamente vinte pessoas na sala. Cada pessoa que chegava precisava sair à procura de uma cadeira para se sentar. Esse cenário aliás era comum aos matriciamentos e reuniões de que participei em outros serviços, em outras regiões.

Cada pessoa que chegava precisava sair para procurar cadeira para se sentar, onde encontra-se: no corredor, na administração, nos consultórios. Esse cenário alias era comum nos matriciamentos e reuniões que participei em outros serviços, em outras regiões.

A pauta a ser discutida naquele encontro era a (re)pactuação do cuidado de alguns casos selecionados do território. Mas, antes disso, houve um primeiro comentário, feito por uma psiquiatra:

– O governo é incompetente e por isso temos que fazer matriciamento.

Logo depois, a mesma médica comentou sobre o *Programa Mais Médicos*⁷⁸ e incluiu adjetivos desqualificadores já difundidos pelas mídias, como as *cubanadas*⁷⁹.

Os comentários da médica, aparentemente descabidos para um matriciamento, poderiam ser entendidos de outras formas, como verbalizações de um conjunto de desconfortos. O local quente (ela suava em abundância), a necessidade de deslocamento, em alguns casos, vindos de locais distantes, a falta de espaço, de assentos. Tudo isso crônico, não eventual.

Outra questão em jogo pode relacionar-se as inúmeras ocasiões em que escutei como resposta pela ausência ou atraso as reuniões, o conflito das agendas (produção de atendimentos).

Para os profissionais médicos em especial, percebia duas queixas (desconfortos), uma manifesta (verbalizada) e a outra latente, quanto a parada do atendimento para reuniões: a manifesta estaria circunscrita ao sobrecarregamento do seu trabalho, pois ao fim da reunião tem que atender até mais tarde ou acrescentar mais pessoas atendidas no próximo dia de trabalho; a latente, inaudita, mas posta como suspeita, seria a dificuldade de “revelarem” e discutirem suas condutas com outros profissionais não médicos.

Poderíamos pensar que reaprender, no exercício da saúde pública, a trabalhar com equipes multiprofissionais e interdisciplinarmente não seria uma transformação fácil e sem resistências do trabalhador médico, afeito historicamente ao exercício autônomo da profissão (Schraiber, 1993), trazendo-lhe certo desconforto.

E somam-se as queixas um conjunto de preconceitos? Contra o Estado, o governo, a determinadas políticas que seriam impostas aos profissionais sem discussão? E as *cubanadas*? As críticas com atributos pejorativos abarcariam apenas questões técnicas?

A reação desmesurada da classe médica ao Programa Mais Médicos, em especial à vinda de médicos cubanos, sugere que foram acionados sentimentos de medo e ódio antigos e inconfessos.

No passado o medo dos libertos (após Abolição), dos populares, dos desqualificados e diferenciados socialmente, já produziu políticas de discriminação e de imigração fortemente assentadas em questões raciais e de classe social. O

⁷⁸ O Programa Mais Médicos (PMM) foi projetado pelo governo federal e visa a melhoria do atendimento aos usuários do SUS levando médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais. Para tanto, também tem trazido médicos de outros países, como Bolívia, Venezuela e Cuba.

⁷⁹ Cubanadas é o nome pejorativo que recebeu a atuação dos profissionais vindos de Cuba.

preconceito racial alterou a demografia da cidade de São Paulo no intervalo de 57 anos, transformando-a numa cidade que tinha mais da metade da sua população formada por pretos e pardos (1836), em uma cidade com 88% de brancos (1893), sendo 54,6% destes estrangeiros. A estes grupos estigmatizados eram imputados o despreparo e a deformação incapacitante para ocupar papéis de maior prestígio social.

Aqui no Brasil a formação médica, em sua imensa maioria, é destinada as classes médias e altas, brancas⁸⁰, e reproduz, em muitos casos, uma herança familiar.

Os vários sistemas que contribuem na reprodução da pobreza no país (renda, trabalho, transporte, educação) permitem criar uma hierarquia social rígida e naturalizada, raramente questionada, em que médicos tratam, cuidam, empregam negros (54% da população brasileira) e pobres (negros representam 64% dos pobres e 68% dos indigentes do país), mas raramente os tem como companheiros de classe.

A hostilidade com que médicos e médicas cubanos foram recebidos no Brasil – com médicos brasileiros organizando-se para recebê-los no aeroporto, vaiá-los e chamá-los de escravos⁸¹, ou quando uma jornalista, nas redes sociais, permite-se afirmar: “me perdoem se for preconceito, mas essas médicas cubanas tem uma cara de empregada doméstica. Será que são médicas mesmo? Afe que terrível. Médico, geralmente, tem postura, tem cara de médico”⁸² – urge ser entendida para além dos comportamentos preconceituosos e intolerantes isolados e de pequenos grupos.

São hostilidades que expressam ideologias, que parecem nos dizer sobre medos e ódios de classe e raça já bastante arraigados no país. Estes que no Brasil patriarcal de Gilberto Freyre, expressavam-se pelo ditado: “branca para casar, mulata para f..., negra para trabalhar” (Freyre, 2006, p. 72), e atualizou-se em cubanadas, onde médicos e empregadas domésticas só podem ter “cara” num país racista.

⁸⁰ O perfil dos egressos dos cursos de Medicina do Estado São Paulo foi feito pelo Conselho Regional de Medicina (Cremesp) com base nos dados fornecidos pelos recém-formados no ano de 2015. De acordo com os dados do Cremesp, enquanto apenas 0,9% dos novos médicos são negros, 85% se declaram brancos. A renda de 47% destes egressos é de 20 salários ou mais.

⁸¹ <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/08/1332417-cubanos-sao-chamados-de-escravos-por-medicos-brasileiros-no-ce.shtml>.

⁸² <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/08/1332962-jornalista-diz-que-medicas-cubanas-tem-cara-de-empregada-domestica.shtml>.

Construção

Último horário da tarde. Severina, uma mulher que aparentava mais idade do que os seus cinquenta e um anos, já esperava na recepção da unidade, vazia, como é comum no período próximo ao final do expediente. Chamei-a pelo nome para o acolhimento de saúde mental. Mesmo sendo meu último atendimento naquele dia, sentia-me com vigor. Gosto do primeiro encontro, da “entrevista inicial”, que é mais extensa. Ela, sorridente e comunicativa, acomodou-se no pequeno consultório, tão disputado pelas cinco equipes de ESF.

Perguntei-lhe por que buscara o atendimento com o psicólogo do NASF e ao longo de aproximadamente quarenta minutos ela me contou sua história.

Nascida no Piauí, casada, mãe de quatro filhos já adultos, chegou a São Paulo há mais de trinta anos. Contou sobre seus problemas de saúde e suas estratégias de cuidado. Que tinha insônia, hipertensão, tivera a bexiga perfurada numa cirurgia, fazia uso de clonazepam. Partiu do seu estado presente, dos momentos em que não via sentido em estar viva, mas logo passou a relacionar isso tudo ao fato de ter presenciado a morte da última idosa de quem era cuidadora. A partir daí enveredou pelo cerne da sua existência: o trabalho.

Relatou que desempenhara funções ligadas às atividades de limpeza e cuidado de pessoas. Limpava tudo, deixava até o último azulejo limpo. Cuidava dos filhos dos outros como se fossem seus; as crianças cresciam gostando dela como se fosse uma mãe ou pessoa da família. Quando por algum motivo pessoal não trabalhava na casa da patroa durante a semana, ia durante o fim de semana fazer o serviço. As pessoas confiavam muito nela, deixavam a chave e a casa sob sua responsabilidade. Trabalhou muitos anos numa casa, sem registro, e quando morreu a idosa que ela cuidava, o filho desta quis que ela continuasse trabalhando para ele.

Há uns dois anos não aguentava mais trabalhar e foi então procurar um médico:

– Foi então que a médica descobriu o que eu tinha, descobriu que eu estava com depressão e passou o remédio.

A usuária, porém, continuava a se sentir doente.

No momento de nossa conversa, ela não conseguia mais trabalhar, nem se aposentar, dormia apenas com o uso da medicação e sentia muita raiva do esposo, com quem não fazia sexo há anos.

Atendida, diagnosticada e medicada, todas as virtualidades de um atendimento com qualidade num serviço de saúde poderiam ser reivindicadas. Os sintomas da enfermidade (depressão e outras comorbidades) estavam sendo tratados, mas a incrível história do seu processo de adoecimento não poderia findar assim.

O que aconteceu entre nós, na relação terapeuta-usuário, naquele dia iluminou-me, pois parecia que encontrávamos, juntos, algum sentido e significado de diagnósticos, controles, medicações, sintomas. Não falávamos abstratamente de uma mulher, portadora de depressão, insônia e hipertensão descontrolada. Era o encontro de um trabalhador com sua técnica e de uma trabalhadora com seu processo de viver e adoecer num mundo socialmente injusto.

Sua condição de trabalhadora (subalterna), doméstica, que vendera sua força de trabalho, seu corpo, com horários flexíveis e extensos, baixa remuneração e sem garantias legais, não era vista até então por ela como parte do adoecimento.

O tempo roubado das classes populares, “que faxinam, fazem a comida e cuidam das casas da classe média, poupando-lhe tempo precioso que pode ser reinvestido” (Souza, 2015, p. 87) na compra de capital cultural a fim de reproduzir de modo ainda mais profundo seus privilégios e reafirmar suas distinções, não havia sido discutido com ela.

E não estou me referindo a “doutrinação” para lutas de classes, mas do reconhecimento das condições concretas de vida que estiveram naquele processo de adoecimento.

Mas o adoecimento e suas várias enfermidades – do corpo e das relações – que se processam pela exploração, quando reconhecidos e problematizados, têm outra possibilidade de tratamento, de terapêutica? Essa seria uma questão possível.

A nomeação de uma doença pelo conjunto de sintomas e a tentativa de fazê-los regredir ou eliminá-los por intermédio de um reequilíbrio bioquímico, por mais necessário que seja, não encobriria e simplificaria o principal, o processo de adoecimento? Que, ao fim, pelas consequências lógicas da racionalidade moderna, não culpabilizaria o doente por ter adoecido (não fez atividade física, não teve alimentação adequada, não teve momentos de lazer)?

O ocultamento do processo de adoecimento não seria parte de uma dominação, já que

[...] todo processo de dominação social se baseia em formas de violência simbólica, ou seja, em mecanismos que obscurecem e suavizam a violência real e a tornam aceitável e até mesmo desejável inclusive para suas maiores vítimas. Um desses mecanismos é precisamente o deslocamento das causas verdadeiras da injustiça social para espantalhos inofensivos que não incomodam ninguém (Souza, Grillo, 2009, p. 398).

E o “espantalho inofensivo” nesse caso – diagnóstico/medicação – é de uma violência tremenda, pois reproduz o senso comum para tratar problemas de saúde complexos.

Reproduz preconceitos não por maldade ou imperícia. O faz porque nem se percebe qualquer exploração ou insalubridade nas relações de trabalho, que afinal são tão próximas e familiares, num ambiente de confiança, a ponto dos proprietários deixarem a chave de suas casas.

Tanta confiança e familiaridade criou um vínculo afetivo entre patrões e empregada a ponto desta “amiga”, ao perder sua empregadora e “parente” – que nunca a registrou – com o óbito, adoece. Tamanha perda, tamanho trauma, seria, nesse quadro interpretativo, mais que suficiente para produzir uma depressão, para “morrer na contramão atrapalhando o sábado”.

Filosofia do privilégio

Criada em 2013 pelo Decreto Municipal nº 53.685, a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) da cidade de São Paulo, unificou antigas pastas de governos anteriores, como Secretaria Municipal de Participação e Parceria (SMPP), da Comissão Municipal de Direitos Humanos (CMDH) e do secretário especial de Direitos Humanos (SEDH).

Além de unificar pastas, o conjunto de temas realocados na secretaria (SMDHC) – Políticas para a População em Situação de Rua, Políticas para LGBT, educação em Direitos Humanos, Direito à Memória e à Verdade, Políticas para Migrantes, Política sobre Drogas, Políticas para Crianças e Adolescentes e Política

de Participação Social – instituiu novas coordenações e indicam, muito fortemente, uma proposta política secretarial ampla, voltada para defesa dos direitos dos grupos, socialmente, mais vulneráveis na cidade.

A multiplicidade de temas assumidos pela secretaria e a própria interdisciplinaridade que abrange os Direitos Humanos, promovem intersecções com outras secretarias, como educação, assistência social, trabalho, segurança e relações internacionais. A saúde, desde o início do reordenamento da secretaria, havia sido pautada para trabalhar conjuntamente, pois já existiam áreas interconectadas das secretarias, como população em situação de rua e sobre drogas.

Ou seja, saúde e Direitos Humanos inter-relacionam-se positivamente, principalmente na perspectiva da saúde coletiva, em que as determinações sociais do processo saúde/doença são consideradas um dado de suma importância.

Conhecer e acompanhar as mudanças políticas do governo e da secretaria é parte importante do trabalho da gestão das OSS e muitas vezes envolve a realização de reuniões, a criação de grupo de trabalho, a leitura e discussão de diretrizes e normativas, fóruns, seminários e o planejamento de ações de educação permanente. Para se ter alguns exemplos, entre 2011 e 2015 aconteceram mudanças nas áreas técnicas, como na de Cultura de Paz, saúde e cidadania, que se transformou na Saúde Integral da Pessoa em Situação de Violência; o Projeto Rede Sampa – saúde mental paulista de educação permanente; as Diretrizes Gerais para Reorganização da Atenção Básica e processo de instalação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

A gestão geralmente é solicitada a conhecer e implantar as novas políticas e aos trabalhadores da assistência, cabe implementá-las.

Ao departamento técnico como o que eu trabalhava, de interface direta com os trabalhadores da assistência, cabia está anuência das mudanças e a discussão da implementação, que sem nenhuma possibilidade de interferir nestas mudanças, as discussões, muitas vezes, transformavam-se em ataque, ou aceitação sem crítica dos acontecimentos.

Antes da reunião da equipe do departamento era comum conversarmos sobre assuntos variados da semana. Durante um desses momentos, surgiu o comentário sobre a bolsa no valor de R\$ 840,00 do programa Transcidadania da Secretaria de Direitos Humanos do município de São Paulo, dirigida para travestis e transexuais e que tem como objetivo promover a reintegração social e colocação profissional.

Indignada, uma das gestoras de pronto posicionou-se:

– *Mas orientação sexual dar direito à bolsa, como assim? Eu sou contra bolsa para negro também.*

A indignação evidenciada nesta cena com o auxílio do Estado para a “escolha” sexual é apenas parte do imbróglio social.

As classes médias brasileiras, sempre astutas em transformar suas vantagens disposicionais (autocontrole, disciplina e pensamento prospectivo aprendidos na herança afetiva e familiar) em autorreconhecimento positivado (mérito pessoal), exercem também o monitoramento constante dos seus privilégios (que não são percebidos como privilégio, mas como mérito) e quando percebem que estes privilégios (que elas mesmas têm) estão ameaçados de serem “universalizados”, prontificam-se em defendê-los, ou seja, uma verdadeira “luta de classes” por recursos escassos, invisível, cotidiana e silenciosa (Souza, 2015). Ou como nos lembra Chauí sobre a ideologia da competência

[...] a função da ideologia é ocultar a divisão social das classes, a exploração econômica, a dominação política e exclusão cultural, oferecendo aos membros da sociedade o sentimento da identidade social, fundada em referenciais identificadores, como a Humanidade, a Liberdade, a Justiça, a Igualdade, a Nação (Chauí, 2014, p. 53).

É como se as elites apostassem na possibilidade de melhoria para os pobres sem custos diretos para os não-pobres. E “é interessante observar também que há um consenso quase absoluto entre as elites acerca da inconveniência de políticas de discriminação positiva⁸³ em favor de determinadas minorias” (Reis, 2000, p. 147).

Os argumentos contra a possibilidade de repartição variam de inconstitucionalidade, discriminação e potencialidade para geração de conflitos (Feres Junior et al., 2010). Este último, o conflito, é de suma importância, já que reveste afetivamente o mito nacional que nos une desde os anos 30 do século XX e sua negação arregimenta laços ancestrais de solidariedade.

E se na cena os travestis e transexuais são o destaque, não são, porém, o alvo principal, tamanha a rapidez com que se desloca para os negros, esses sim, a grande “sombra” da nação e tema inquietante do debate nacional.

⁸³ Aquela que tem por objetivo promover aqueles que se encontram em situação de marginalização social.

As ações afirmativas e mais especificamente as cotas raciais têm provocado discussões em espaços públicos e privados, ações na Justiça, pichações racistas, produção de livros e reportagens.

A cena descrita seria motivada por um desconhecimento da realidade na qual grupos estigmatizados vivem? Ou condições de vida em que haja sofrimento e humilhação pela associação ao feio, ao desviante, ao primitivo, ao insuficiente não teriam impactos deletérios que dificultam à construção de autoconfiança?

Seriam todas as virtudes ideológicas concebidas por Hayek (2010), de uma sociabilidade neoliberal, em que indivíduos com liberdade, concorrem por seus interesses da maneira mais justa, quanto menos houver intervenção do Estado, um caminho?

Uma senhora chamada Eugenia

Fui chamado a atender uma emergência vinda da STS solicitando que realizássemos (Nasf e ESF) uma visita domiciliar na casa de uma adolescente de treze anos que tentara cometer suicídio.

Desde 2013 a SMS discute um protocolo para os casos de tentativa de suicídio. Em 2015 a Coordenadoria de Atenção Básica da SMS lançou a cartilha *Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência* que orienta o fluxo nestes casos.

O pedido – preventivamente – era para a equipe do território próximo a residência da usuária, fizesse o acolhimento antes de qualquer outra ação.

Atendendo à solicitação da STS, eu e a agente de saúde fomos no mesmo dia até a casa da adolescente. Conversei com ela por aproximadamente 20 minutos e pedi que fosse até a UBS o quanto antes para que eu pudesse dar continuidade ao atendimento. Passaram-se alguns dias e ela procurou-me e conversamos prolongadamente. Explicou-me que quem havia cortado os seus pulsos era um amigo. Combinaram que ele faria isso e depois se suicidaria. O amigo tinha quatorze anos. Ela afirmou ainda que não eram namorados, apenas amigos. Ao final, pedi permissão para chamar os pais, o que ela concordou. Informei aos pais como seria o acompanhamento. Eles fizeram algumas observações, falaram que o rapaz gostava muito dela. Dizia que ela seria dele e de mais ninguém. O pai perguntou-me então:

– O sr. acha que as características da pessoa, o rosto, o jeito de falar, de andar... mostra o caráter? Porque esse rapaz era do mal e eu tenho experiência, conheço as pessoas só de falar com elas, tenho comércio e aprendi isso, de bater o olho e já conhecer... eu vi uma pesquisa no *Fantástico* dizendo que essas coisas tem a ver.

Retirou o celular do bolso e mostrou-me uma foto do tal rapaz: pardo, testa protuberante, beijos largos, cabelo crespo.

Esse atendimento arremessou-me no passado e como participante de um congresso eugênico do século XIX era solicitado a olhar e medir órgãos, a procurar traços simiescos, que comprovassem a inferioridade moral daquele indivíduo.

E havia um sentimento angustiante nesta situação, pois nossas identidades precisavam ser negadas naquele momento, já que o pai (negro) ao reproduzir uma série de preconceitos raciais, institucionalmente aprendidos, solicitava a outrem (negro, mas não percebido como qual tal) que confirmasse aqueles preconceitos.

E seria possível qualquer relação com traços físicos e comportamento? Mas a força dessas ideias já não teria sido varrida da história, só restando poeira do passado?

Em outubro de 2007 o ganhador do prêmio Nobel de Medicina, James Watson, deu uma entrevista ao jornal londrino *Sunday Times* em que se dizia “pessimista sobre o futuro da África, pois as políticas sociais para o continente eram baseadas no fato de que a inteligência dos negros é igual à dos brancos, apesar de todos os testes dizerem que não”⁸⁴.

Depois de muitas polêmicas, em novembro do mesmo ano, Charles Murray, um dos acadêmicos do conservador *American Enterprise Institute*, em Washington, EUA, continua a polêmica ao afirmar,

[...] Não há discussão sobre o que os testes de inteligência dizem. Existem dados vindos de muitos países africanos e de diversos testes, inclusive alguns sem perguntas culturais, e estudos feitos por psicólogos negros, não são só pessoas brancas. E os resultados são muito confiáveis: ao longo dos países da África Sub-sahariana, são extremamente baixos. Pode-se discutir é o que isso significa, mas os números são realmente baixos⁸⁵.

⁸⁴ Fonte <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ciencia/fe1810200703.htm>.

⁸⁵ Fonte <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ciencia/fe0511200702.htm>.

Posso então pensar que há um racismo operante, invisível e institucionalizado. E que esta combinação de racismo regional, racial e, para todos os casos, de classe, consiste em desqualificar, principalmente do ponto de vista dos atributos intelectuais e morais certos grupos.

As pesquisas de Fernandes (2006, 2008a, 2008b) em meados do século XX na cidade de São Paulo são eloquentes ao demonstrar as manifestações do preconceito racial, as pressões psíquicas impostas a esse grupo, suas experiências humilhantes vividas entre pobreza e desagregação social e a alternativa espúria do embranquecimento. Hasenbalg (1979), Andrews (1998) e Bento (2007) refazem o percurso reflexivo de Fernandes, produzem novas análises, mas continuam a encontrar o racismo de cor em atividade plena, conjugado com a luta de classes, em que o negro sofre duplo preconceito.

Podemos pensar que o preconceito que surge no discurso desse pai é da sociedade em que ele vive, sociedade esta que “segrega e classifica seus membros de forma a valorizar uns em detrimento de outros, refletindo a lógica de operação de nossas instituições” (Luna, 2009, p. 305)?

Assim sendo, o que vi na foto do celular, era um pai em busca de justificativas plausíveis, dentro de um sistema de valores referendados, que explicassem porque sua filha atentara contra a vida.

6 TRANSITANDO ENTRE COMUNS

Ao findar esse trabalho, uma pergunta que o atravessou por inteiro ainda permanece, dada a sua complexidade: quais são os fundamentos da sociabilidade em sociedades que exibem níveis de desigualdades tão acentuados como a brasileira?

O que me dediquei em realizar neste trabalho foi, a partir de uma experiência pessoal, apresentar acontecimentos do cotidiano, acontecimentos comuns, que poderiam representar questões indagadoras sobre como essa sociabilidade injusta reproduz-se.

Tentei igualmente apresentar alguns aspectos históricos do desenvolvimento da nação e de como um liberalismo, de caráter conservador, aqui logrou construir ideais de ciência, de direitos e de cidadania como retórica discursiva, cuja prática concreta parece aprofundar a injustiça, ao transformar diferença em desigualdade.

Como os abismos sociais no país são enormes, as diferenças só fazem por diminuir a capacidade de empatia social, que em muitos sentidos assemelha-se a um desprezo pelas vicissitudes que a desigualdade engendra na vida de grande parte da nação.

E se em termos normativos, os representantes das elites brasileira tendem a acreditar que a melhor opção para se combater a desigualdade seria o Estado prover as condições necessárias para que o setor privado gere mais riquezas, o que naturalmente criaria oportunidades de melhoria para os setores mais pobres da população, a recente história das últimas três décadas do país, com privatizações, desonerações tributárias, agências reguladoras e terceirizações, não tem resultado na diminuição da desigualdade de forma consistente.

Um dos grandes desafios da promoção da saúde no campo do cuidado integral tem sido inovar suas práticas a partir do que aprendemos com a pesquisa social. Um número cada vez maior de pesquisadores no campo da promoção da saúde tem reconhecido que fatores estruturais e culturais devem ser objeto de análise quando pensamos na perspectiva do direito à saúde (Ayres, 2004; Werneck, 2005; CNDSS, 2008; Parker, 2012). Ao mesmo tempo, muitos autores têm inovado o campo da prevenção e cuidados à saúde, a partir da investigação sobre o impacto da pobreza, do racismo, do estigma e da discriminação, dos efeitos da desigualdade.

Quando iniciei esse trabalho partia de algo **comum**: minha experiência no mundo como pessoa que foi atravessada pelo racismo, de forma sutil ou não, desde cedo.

Recolhi, lembrei, trabalhei a massa de afetos da memória e produzi uma interpretação sobre mim mesmo, uma verdade provisória.

Descobri outro aspecto **comum** entre nós: temos nos produzido historicamente a partir de ideias tão ambíguas quanto eficientes e reproduzido com “graça” e “categoria” uma desigualdade ímpar, sendo a miscigenação, enquanto mistura, hibridez, uma constância. Miscigenamos gente, ideias, conceitos e direitos.

Descobri como fomos hábeis em produzir riquezas materiais e uma nação, um povo, mas também como negamos para parcela significativa desse povo o acesso à vida digna, vida cujas bases materiais ele construiu.

A intimidade e inserção nesta parcela de nação apartada das riquezas, muito antes de ser trabalho, profissão, foi uma inserção orgânica, de pertencimento e interesse, no sentido forte da palavra, como aquilo que se vê como digno de atenção, um compromisso. Compromisso com a compreensão das causas primeiras de nossas desgraças, nossos infortúnios coletivos, nossa insalubridade compartilhada.

Havia, porém, uma questão que só descobri após algum tempo: o que percebemos, aquilo que acontece em frente aos nossos olhos, não é a realidade última, apresentada em estado puro e que capturamos com nossos órgãos do sentido. O mundo não se apresentava em sua totalidade para nós. Temos mediadores, lentes que nos permitem ver, perceber e sentir o mundo social. E essas lentes que servem para desvendar o mundo são mutáveis, mas podem provisoriamente dar algum sentido ao vivido. Poderiam então dar sentido à própria experiência.

Esses mediadores apontavam direções, uma delas possibilitava pensar que a minha experiência não era única, subjetivamente mesquinha e instigava-me a investigar as semelhanças, as continuidades.

Com essas lentes olhei bem próximo, olhei para trás, recuei na ampulheta da História. A enormidade de semelhanças indicava algo. O quê? Era a pergunta.

Nas histórias evocadas pela memória, habitadas por pessoas, coisas e lugares, surgem os tipos comuns, os autoritários, os intransigentes e os que sofrem.

Penso que esse olhar para o cotidiano, com esses mediadores, no campo das práticas de trabalhadores e trabalhadoras da saúde na atenção básica, poderia ensejar uma suspensão criativa do fazer saúde, ao experimentar outros modos de

cuidar, pautados no reconhecimento mútuo e na solidariedade, nunca na compaixão caridosa.

No campo da Saúde Coletiva penso que essa digressão se insere no contexto da Clínica do Sujeito, a clínica ampliada, que reconhece o sujeito concreto, social e subjetivamente constituído.

O que se propõe em última instância neste trabalho é uma reflexão sobre trabalho em saúde, quais são as possibilidades abertas por ele e como a saúde, pensada enquanto produção de vida, pode se contrapor ao biopoder, esse governo da vida instalado pelo neoliberalismo.

Consiste em apostar na produção de saúde, enquanto trabalho imaterial realizado materialmente, que tem como produto relações e vida social em ato (produz biopolítica) – e dessa maneira pode escapar às formas de controle do capital – produzir riqueza social e participação social inclusiva.

É a aposta em comunicar uma experiência que conheceu a luta por reconhecimento.

É a crítica concreta da violência simbólica que apaga dor e sofrimento e o reconhecimento das chances possíveis num contexto de mudança, em que ética e política são necessárias, já que não existiria ética digna desse nome em nossos tempos, como diria Merleau-Ponty (1991), se não levarmos em conta as consequências prováveis dos nossos atos.

REFERÊNCIAS⁸⁶

Almeida Filho, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*. 2010 dez.; 26(12):2234-49 [citado 17 jul. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=pt&nrm=iso.

Andrews, George Reid. *Negros e brancos em São Paulo (1888-1988)*. Bauru, SP: EDUSC; 1998.

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde soc.* 2004 dez.; 13(3): 16-29. [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en.

Azevedo, Celia Maria Marinho de. *Onda negra, medo branco: o negro no imaginário das elites – Século XIX*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

Barbosa, Nelson Bezerra; Elias, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010 ago.15(5):2483-95 [citado 9 set. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500023&lng=en&nrm=iso.

Bastide, Roger; Fernandes, Florestan. *Branços e negros em São Paulo: ensaio sociológico sobre aspectos da formação, manifestações atuais e efeitos do preconceito de cor na sociedade paulistana*. 4a ed. rev. São Paulo: Global; 2008.

Batista, Luís Eduardo; Escuder, Maria Mercedes Loureiro; Pereira, Júlio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev. Saúde Pública*. 2004 out.; 38(5): 630-636 [citado 27 mar. de 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500003&lng=en.

Benjamin, Walter. *Obras escolhidas*. 3a ed. Vol. 1, *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense; 1987.

⁸⁶ De acordo com Estilo Vancouver.

Bento, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: Carone, Iray; Bento, Maria Aparecida Silva, organizadores. *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

Bogus, Cláudia Maria, et al. Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo. *Saude Soc.* 2003 dez.;12(2):56-67 [citado 31 jul. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000200006&lng=en&nrm=iso.

Borges, Dain. Inchado, feio, preguiçoso e inerte: a degeneração no pensamento social brasileiro, 1880-1940. 2005 jul./dez.;1(47):43-70 [citado 15 abr. 2016]. Disponível em: <http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/viewFile/44/37>.

Bosi, Ecléa. *Memória e sociedade: lembranças dos velhos*. 3a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.

Botazzo, Carlos. Sistema Único de Saúde: ética e desigualdades, desafios no contexto do Estado Democrático de Direito. In: Brzozowski, Fabíola Stolf; Caponi, Sandra; Hellmann, Fernando; Verdi, Marta, organizadores. *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. 1a ed. Palhoça: Ed. Unisul; 2010.

Botazzo, Carlos. *Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru, SP: EDUSC; 1999. (Coleção saúde sociedade).

Bourdieu, Pierre. *O desencantamento do mundo: estruturas econômicas e estruturas sociais*. São Paulo: Perspectiva; 1979.

Bourdieu, Pierre. *A distinção: crítica social do julgamento*. 2a ed. rev. 1a reimp. Kern Daniela; Guilherme J. F. Teixeira, tradutores. Porto Alegre, RS: Zouk; 2013.

Bourdieu, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. 2a ed. São Paulo: Perspectiva; 1982.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 4 jul. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 (Série A. Normas e manuais técnicos) (Série pactos pela saúde 2006, v. 4) [citado 20 jul. 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. Proposta de metodologia para elaboração da agenda nacional de prioridades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Censo SUAS 2013: análise dos componentes sistêmicos da Política Nacional de Assistência Social. Brasília: SAGI; SNAS; MDS; 2014 [citado 4 ago. 2016]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/CensoSUAS_2013.pdf.

Bresser-Pereira, Luiz Carlos. Nação, Estado e Estado-nação. [S.l.: s.n.]; 2008 [citado 24 jan, 2016]. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/2008/08.21.Na%C3%A7%C3%A3o.Estado.Estado-Na%C3%A7%C3%A3o-Mar%C3%A7o18.pdf>.

Campos, André Luiz Vieira de. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Caponi, Sandra. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

Carone, Iray; Bento, Maria Aparecida Silva, organizadores. Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

Carrara, Sergio. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. In: Hochman, Gilberto. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

Carvalho, José Murilo de. Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi. 3a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1987.

Carvalho, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 19a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.

Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Mattos, Ruben Araújo de; Pinheiro, Roseni, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6a ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-Abrasco; 2006.

Chauí, Marilena. *Mito fundador e sociedade autoritária*. 6a reimp. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2006.

Chauí, Marilena. *A ideologia da competência*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2014. (Escritos de Marilena Chauí, 3).

Cislaghi, Juliana Fiuza; Teixeira, Sandra Oliveira; Souza, Tainá. O financiamento do SUS: principais dilemas. *Anais do 1º Circuito de Debate Acadêmicos*; 23-25 nov. 2011; Brasília, DF, BR [citado 6 ago. 2014]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>.

Cacciamali, Maria Cristina; Hirata, Guilherme Issamu. A influência da raça e do gênero nas oportunidades de obtenção de renda: uma análise da discriminação em mercados de trabalho distintos: Bahia e São Paulo. *Estud Econ. São Paulo*; 2005 out./dez.: 35(4): 767-795 [citado 18 fev. 2015]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612005000400007&lng=en&nrm=iso.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Brasília (DF), 2008 [citado 19 jan. 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf.

Cohn, Amélia; Elias, Paulo Eduardo M. O plano de assistência à saúde do município de São Paulo: uma modalidade alternativa de gestão? *Rev Adm.* 1998 jan./mar.;33(1):44-50 [citado 19 jan. 2014]. Disponível em: <http://rausp.usp.br/wp-content/uploads/files/3301044.pdf>.

Costa, Ana Maria; Rizzotto, Maria Lucia Frizon; Amarante, Paulo. Memória de um movimento: a revista *Saúde em Debate* e a reforma sanitária brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015 jul.;20(7):2023-9 [citado 28 jul. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702023&lng=en&nrm=iso.

Costa, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil*. 3a ed. Rio de Janeiro: Campos; 1980.

Costa, Jurandir Freire. *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal; 1984. (Coleção biblioteca de psicanálise e sociedade, vol. 3).

Coutinho, Carlos Nelson. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. 2a ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez; 2008.

Critelli, Dulce Maria. *História pessoal e sentido da vida: historiobiografia*. 1a reimp. São Paulo: EDUC: Fapesp; 2013.

Cunha, Estela Maria Garcia de Pinto. *Mortalidade infantil por cor no Estado de São Paulo. Projeto: demografia do negro no Estado de São Paulo*. Campinas: Unicamp; 1990.

Cunha, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.

Cunha Junior, Henrique. *Memória, história e identidade afrodescendentes: as autobiográficas na pesquisa científica*. In: Vasconcelos Junior, Raimundo Elmo de Paula; Vasconcelos, José Gerardo; Santana, José Rogério; Haiashida, Keila Andrade; Fialho, Lia Machado Fiuza; Rodrigues, Rui Marinho, et al., organizadores. *Cultura, Educação, Espaço e Tempo*. Fortaleza: Editora da UFC; 2011.

Dieese. *Os negros no trabalho*. Número 1. São Paulo: Dieese; Fundação Seade; Ministério do Trabalho e Emprego; 2013.

Feres Junior, João; Daflon, Verônica Toste; Campos, Luiz Augusto. *As cotas no STF: os argumentos como eles são*. *Insight Inteligência*. 2010 abr./mai./jun.; 12(49): 124-136 [citado 24 mar. 2014]. Disponível em <http://insightinteligencia.com.br/pdfs/49.pdf>.

Ferla, Luis. *Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do biodeterminismo, São Paulo (1920-1945)*. São Paulo: Alameda; 2009.

Fernandes, Florestan. *A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. 5a ed. Martins, José de Souza, prefácio. São Paulo: Globo; 2006.

Fernandes, Florestan. A integração do negro na sociedade de classes. 5a ed. São Paulo: Globo; 2008a. Vol. 1.

Fernandes, Florestan. A integração do negro na sociedade de classes. 5a ed. São Paulo: Globo; 2008b. Vol. 2.

Ferreira, Antônio Celso; Luca, Tania Regina. Medicina e práticas médicas em São Paulo: uma introdução. In: Mota, André; Marinho, Maria Gabriela S. M. C, organizadores. Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: CD.G Casa de Soluções; 2011.

Foucault, Michel. A microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

Foucault, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.

Foucault, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.

Freyre, Gilberto. Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 51a ed. rev. São Paulo: Global; 2006.

Frigotto, Gaudêncio. A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista. 1a ed. São Paulo: Cortez; 1984.

García, Juan César. A articulação da medicina e da saúde na estrutura social. In: Nunes, Everardo Duarte, organizador. Juan Cesár García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989. (Coleção pensamento social e saúde, 5).

Campos, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007 fev.; 23(2): 399-407 [citado 14 set. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en.

Gonçalves Filho, José Moura. Humilhação social: um problema político em psicologia. *Psicol. USP*. 1998; 9(2):11-67 [citado 23 abr. 2014]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200002&lng=en&nrm=iso.

Gramsci, Antonio. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999. Vol. 1.

Guimarães, Antônio Sérgio Alfredo. *Classes, raças e democracia*. 2a ed. São Paulo: Editora 34; 2012.

Guimarães, Reinaldo. O mal-estar na saúde pública. *Saúde Debate*. 2013 mar.; 37(96):159-88 [citado 2 ago. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100018&lng=pt&nrm=iso.

Gobetti, Sérgio Wulff; Orair, Rodrigo Octávio. Progressividade tributária: a agenda negligenciada. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Texto para discussão*. No. 2190; 2016 [citado 4 ago. 2016]. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea; 2016. Disponível em http://desafios2.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_2190.pdf.

Hayek, Friedrich August von. *O caminho da servidão*. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil; 2010.

Hasenbalg, Carlos. *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Hasenbalg, Carlos; Silva, Nelson do Valle, organizadores. *Origens e Destinos: desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro:UPERJ/UCAM/Topbooks/Faperj; 2003.

Holanda, Sergio Buarque de. *Raízes do Brasil*. 27a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.

Honneth, Axel. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34; 2003.

Ianni, Octavio. *Pensamento social no Brasil*. Bauru, SP: EDUSC; 2004.

Ibañez, Nelson; Bittar, Olímpio José Nogueira Viana; Sá, Evelin Naked de Castro; Yamamoto, Edison Keiji; Almeida, Márcia Furquim de; Castro, Cláudio Gastão Junqueira. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2001;6(2):391-404 [citado 28 jul. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200009&lng=en&nrm=iso.

Junqueira, Virginia; Scarcelli, Ianni Regia; Lopes, Isabel Cristina. Saúde: direito ou mercadoria? In: Patto, Maria Helena Souza, organizador. *A cidadania negada: políticas públicas e formas de viver*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.

Kobayashi, Elisabete; Faria, Lina; Costa, Maria Conceição da. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. *Sociologias*. 2009 jul./dez.;11(22):314-51 [citado 1 fev. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n22/n22a12.pdf>.

Koifman, Fabio. *Imigrante ideal: o Ministério da Justiça e a entrada de estrangeiros no Brasil (1940-1945)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.

Lazzarato, Maurício. *O governo das desigualdades: crítica da insegurança neoliberal*. São Carlos: EdUSFCAR; 2011.

Lopes, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa; 2005.

Luna, Lara. Fazer viver e deixar morrer: a má-fé da saúde pública no Brasil. In: Souza, Jessé; Grillo, André. *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.

Luz, Madel Therezinha. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal; 1982.

Machado, Luiz Toledo. A teoria da dependência na América Latina. *Estud Av.* 1999 abr.;13(35):199-215 [citado 20 jul. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100018&lng=en&nrm=iso.

Malta, Deborah Carvalho; Santos, Maria Aline Siqueira; Stopa, Sheila Rizzato; Vieira, José Eudes Barroso; Melo, Eduardo Alves; Reis, Ademar Arthur Chioro dos. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016 fev.;21(2):327-38 [citado 7 ago. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=pt&nrm=iso.

Mascarenhas, Rodolfo dos Santos. História da saúde pública no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2006 fev.;40(1):3-13 [citado 21 ago. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100002&lng=en&nrm=iso.

Mateus, Samuel. A experiência e a vivência: proposta de uma teoria modular da comunicação. *Rev. Assoc. Nac. Programas Pós-Grade Comun E-compós*. 2014 maio/ago;17(2) [citado 23 jul. 2016]. Disponível em: <http://www.compos.org.br/seer/index.php/e-compos/article/viewFile/1029/764>.

Melo, Cristina; Tanaka, Oswaldo. As organizações sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? *Organ. Soc.* 2001 dez.;8(22):1-12 [citado 8 set. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302001000300007&lng=en&nrm=iso.

Mendes, Áquilas; Weiller, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde debate*. 2015 jun.;39(105):491-505 [citado 14 nov. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200491&lng=en.

Mendes, Eugênio Vilaça. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad. Saúde Pública*. 1986 dez.;2(4):533-52 [citado 17 jul. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400012&lng=en&nrm=iso.

Menicucci, Telma Maria Gonçalves. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2003.

Merhy, Emerson Elias. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. 2a ed. Campinas, SP: Papius; 1987.

Merhy, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, Emerson Elias; Onocko, Rosana, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2002. (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6).

Merhy, Emerson Elias. São Paulo de 1920 a 1940. A Saúde Pública como Política: os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais. 2a ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

Merleau-Ponty, Maurice. Signos. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

Micela, Rosaria. Antropologia e psicanálise: uma introdução à produção simbólica, ao imaginário, à subjetividade. São Paulo: Brasiliense; 1984. (Coleção primeiros vôos, 26).

Miskolci, Richard. O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX. São Paulo: Annablume; 2012.

Moimaz, Suzely Adas Saliba; Marques, Jeidson Antônio Moraes; Saliba, Orlando; Garbin, Cléa Adas Saliba; Zina, Livia Guimarães; Saliba, Nemre Adas. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis. 2010 dez.;20(4):1419-40 [citado 10 set. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=en&nrm=iso.

Monteiro, Yara Nogueira. História da saúde: olhares e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde; 2010 [citado 10 set. 2016]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/miolo-hist_saude.pdf.

Moog, Vianna. Bandeirantes e pioneiros: paralelo entre duas culturas. 8a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1966.

Moore, Carlos. Racismo e sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2007.

Mota, André. Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A; 2003.

Mota, André. Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920. São Paulo: Edusp; 2005.

Munanga, Kabengele. Mestiçagem e identidade afro-brasileira. In: Oliveira, Iolanda de, organizadora. Relações raciais e educação: alguns determinantes. Rio de Janeiro: Intertexto; 1999. (Cadernos PENESB, n. 1).

Neder, Carlos Alberto Pletz. Participação e gestão pública: a experiência dos movimentos populares de saúde na cidade de São Paulo [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; Faculdade de Ciências Médicas; 2001.

Negri, Antônio; Hardt, Michael. Declaração – Isto não é um manifesto. São Paulo: n-1 edições; 2014.

Nemi, Ana. Hospital São Paulo/SPDM: atendimento à saúde entre o público e privado nos anos 70 do século XX. In: Marinho, Maria Gabriela S. M. C; Mota, André, organizadores. Medicina, saúde e história: textos escolhidos e outros ensaios. São Paulo: FMUSP: UFABC: CD.G Casa de Soluções; 2014. (Coleção medicina, saúde e história, vol. 6).

Oda, Ana Maria Galdini Raimundo; Dalgalarondo, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciênc. Saúde – Manguinhos. 2005 set./dez.;12(3):983-1010 [citado 11 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf>.

Pagliosa, Fernando Luiz; Da Ros, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev. Bras Educ. Med. 2008 dez.;32(4):492-9 [citado 17 jul. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=pt&nrm=iso.

Paim, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Paim, Jairnilson Silva. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: ISC/UFBA; 2002.

Paim, Jairnilson Silva; Schraiber, Lilia Blima; Silva, Ligia Maria Vieira da. O que é Saúde Coletiva? In: Almeida-Filho, Naomar; Paim, Jairnilson Silva. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

Parker, Richard. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad. Saúde Pública*. 2012 jan.; 28(1): 164-169 [citado 14 mar. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100017&lng=en.

Paula, Silvia Helena Bastos; Santos, Rosa Maria Barros; Bonfim, José Rubén de Alcântara; Moraes, Maria Lima Salum. A criação de Saúde em Debate, revista do CEBES: narrando a própria história. *Saúde em Debate*. 2009 jan./abr.;33(81):148-55 [citado 27 jul. 2016]. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/SaudeDebate/7745>.

Pereira Filho, Luiz Tavares. Iniciativa privada e saúde. *Estud. Av.* 1999 abr.;13(35):109-16 [citado 28 ago. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100011&lng=en&nrm=iso.

Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano Brasil 2009/2010: valores e desenvolvimento humano. Brasília: PNUD; 2010. [citado 17 mar. 2015]. Disponível em http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/rdh_brasil_2009_2010.pdf.

Pichon-Rivière, Enrique. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Reis, Elisa P. Percepções da elite sobre pobreza e desigualdade. *Rev Bras Ci Soc.* 2000 fev.15(42):143-52 [citado 20 ago. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092000000100010&lng=en&nrm=iso.

Ribeiro, Carlos Antônio Costa. Estrutura de classes, condições de vida e oportunidades de mobilidade social no Brasil. In: Hasenbalg, Carlos; Silva, Nelson do Valle, organizadores. *Origens e Destinos: desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro: Iuperj/UCAM/Topbooks/Faperj; 2003.

Ribeiro, Darcy. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. 2a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.

Rodrigues, Raymundo Nina. Os africanos no Brasil. Brasília: Editora UNB; 1982. (Coleção temas brasileiros vol. 40).

Rodrigues, Raymundo Nina. Mestiçagem, degenerescência e crime. *História, Ciênc, Saúde – Manguinhos*. 2008 dez.;15(4):1151-80 [citado 25 mar. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000400014&lng=en&nrm=iso.

Rosen, George. A evolução da Medicina Social. In: Nunes, Everardo Duarte, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983. (Coleção textos, n 3).

Rosen, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Ângela Loureiro de Souza, tradutora. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Santos, Boaventura Sousa. *Globalização: fatalidade ou utopia?* Porto: Afrontamentos; 2001.

Scarcelli, Ianni Regia; Junqueira, Virgínia. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicol Cienc Prof*. 2011;31(2):340-57 [citado 2 ago. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200011&lng=pt&nrm=iso.

Schucman, Lia Vainer. Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2012.

Schwarcz, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil - 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.

Schwarcz, Lilia Moritz. Quando a desigualdade é diferença: reflexões sobre antropologia criminal e mestiçagem na obra de Nina Rodrigues. *Gaz Med Bahia*. 2006;76(Suplemento 2):47-53.

Schwarcz, Lilia Moritz. As teorias raciais, uma construção histórica de finais do século XIX: o contexto brasileiro. In: Schwarcz, Lilia Moritz; Queiroz, Renato da Silva, organizadores. *Raça e diversidade*. São Paulo: Edusp/Estação Ciência; 1996.

Schraiber, Lilia Blima. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Scott, Joan W. A Invisibilidade da Experiência. Projeto História. 1998 fev.(16):297-325 [citado 21 maio 2016]. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/11183/8194>.

Serra, Lia Novaes. Infância perdida: a concepção de “menores anormais” na obra de Pacheco e Silva [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2011.

Silva, Márcia Regina Barros da. Estratégias da ciência: a história da Escola Paulista de Medicina (1933-1956). Bragança Paulista: EDUSF; 2003.

Silva, Tomas Tadeu da, organizador. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. 9a ed. Petrópolis: Vozes; 2009.

Skidmore, Thomas Elliot. Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1976.

Souza, Jessé; Grillo, André. A ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.

Souza, Jessé. Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora? 2a ed rev. e ampl. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2012a.

Souza, Jessé. A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica. 2a ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012b.

Souza, Jessé. A tolice da inteligência brasileira: ou como o país se deixa manipular pela elite. São Paulo: LeYa; 2015.

Stepan, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: Hochman, Gilberto. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

Teixeira, Sonia Maria Fleury, organizadora. Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

Theodoro, Mario, organizador. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea; 2008.

Weber, Max. A ética protestante e o espírito do capitalismo. 7a ed. São Paulo: Livraria Pioneira; 1992.

Werneck, Jurema. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa; 2005.

Wittizorecki, Elisandro Schultz; Bossle, Fabiano; Silva, Lisandra Oliveira e; Günther, Maria Cecília Camargo; Santos, Marzo Vargas dos; Sanchotene, Mônica Urroz, et al. Pesquisar exige interrogar-se: A narrativa como estratégia de pesquisa e de formação do(a) pesquisador(a). Rev Movimento. 2006 mai./ago.;12(2):9-33 [citado 29 dez. 2015]. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/2904>.

Wood, Ellen Meiksins. Democracia contra o capitalismo e a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo; 2006.