



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Celita Almeida Rosário

**Entrecruzamentos de histórias entre o Movimento da Reforma Sanitária e o
Partido Comunista Brasileiro**

Rio de Janeiro

2020

Celita Almeida Rosário

Entrecruzamentos de histórias entre o Movimento da Reforma Sanitária e o Partido Comunista Brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dra. Tatiana Vargas de Faria Baptista.

Coorientadora: Prof^o Dr. Eduardo Levcovitz.

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: Intersections of stories between the Brazilian Sanitary Reform Movement and the Brazilian Communist Party.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R789e Rosário, Celita Almeida.
Entrecruzamentos de histórias entre o Movimento da Reforma Sanitária e o Partido Comunista Brasileiro / Celita Almeida Rosário. -- 2020.
227 f. : tab.
Orientadores: Tatiana Wargas de Faria Baptista e Eduardo Levcovitz.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.
1. Reforma dos Serviços de Saúde - organização & administração. 2. Comunismo. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Sistemas Políticos. 5. Arqueologia. I. Título.

CDD – 23.ed. – 320.532

Celita Almeida Rosário

Entrecruzamentos de histórias entre o Movimento da Reforma Sanitária e o Partido Comunista Brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 23 de outubro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof^a Dra. Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Economia

Prof^o Dr. Ruben Araújo de Mattos
Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social

Prof^a Dra. Camila Furlanetti Borges
Fundação Oswaldo Cruz /Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof^o Dr. Leonardo Costa de Castro
Fundação Oswaldo Cruz /Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^o Dr. Eduardo Levcovitz (Coorientador)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social

Prof^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz /Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2020

Às mulheres que vieram antes de mim, em
especial minha avó Dalva e minha mãe
Márcia.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho não se trata de uma finalização de um Doutorado apenas. Se trata da finalização de um ciclo que começou muito antes, e talvez, muito antes de mim. Na verdade, essa trajetória foi escrita a muitas mãos e como não desejo deixar escapar a chance de usar esse espaço para agradecer e reverenciar aos que me ajudaram a chegar até aqui, adianto, portanto, que esse será um longo agradecimento. Mas eu desejo começar agradecendo às muitas mulheres que ao longo de toda uma trajetória atravessaram meu caminho e que generosamente, e por sorte, me ofereceram tanto.

Eu agradeço a minha avó Dalva, minha primeira e grande professora, que me ensinou quase tudo que sei, que me ensinou a observar a vida, a prestar atenção à intuição, a entender os ciclos da natureza e respeitar os ritmos da vida. Minhas maiores lições sobre o mundo, a forma de experimentá-lo e de ver a vida, são suas.

Agradeço a minha avó Neuza por me ensinar a importância da memória, pelo esforço em mantê-las vivas e repletas de afeto. Por aguçar meus ouvidos ao escutar suas histórias-vivas e entender pelos vestígios, quem somos e quem sou. Minha maior lição foi entender com você a importância de reverenciar o passado para compreender o futuro.

Agradeço a minha mãe Márcia por ter dedicado uma vida inteira para me doar seu amor e coragem e pela escolha generosa de ter abdicado de tantos sonhos e planos para que hoje eu concluísse essa etapa. Gentilmente e amorosamente você me cedeu a sua vez. E esse trabalho é todo seu. Amo você.

Eu sou fruto de uma árvore de muitas mulheres, um mosaico de histórias, que também fazem parte do que eu sou hoje. A essa rede eu agradeço o afeto, nutrição, curiosidade, alegria, coragem e leveza. Agradeço aos meus familiares por todo carinho e apoio.

Agradeço a minha orientadora Tatiana Wargas, a quem chamo carinhosamente de Tati, por me apresentar a possibilidade de uma academia feita de afeto. E não apenas afeto, pelo seu acolhimento e carinho com alunas e orientandas, mas por nos mostrar uma academia viva, que faz sentido, nos mobiliza, que nos afeta. Que além de investigar nos permite criar, expressar e sonhar. Que questiona: “O que te move? O que você deseja, de fato, investigar?”. Sua parceria desde o mestrado, além de um privilégio, foi um exemplo de compromisso, generosidade e cuidado que me rendeu muitas e muitas alegrias.

Ao longo desse percurso eu também tive o privilégio de contar com mulheres a quem admiro e que me ajudaram enormemente na minha formação. Agradeço à Martha

Moreira, minha primeira orientadora em Saúde Coletiva, ainda como estagiária, por me apresentar um campo novo e desafiante de forma tão generosa. Cristiane Esch, orientadora cuidadosa e carinhosa durante os tempos de Psicologia. Aline Duque e Bianca Lopes, minhas duas preceptoras amadas, que hoje se tornaram grandes amigas e que me ensinaram tantas coisas e que continuam me ensinando tanto da vida com tamanha alegria. As companheiras de trabalho do Laser pelas parcerias, por todo aprendizado e generosidade em compartilhar tantos ensinamentos. Agradeço em especial, à Bia Andrade, Beth Moreira, Gisela Cardoso e Marly Marques, pela confiança e carinho.

Agradeço ao Prof. Eduardo Levcovitz, pela sua orientação, mas também por compartilhar tantos conhecimentos, referências e por nos narrar tantas histórias que contribuíram enormemente para a idealização e composição desta Tese.

Agradeço à Prof. Maria Lúcia Werneck Vianna, pela gentileza de ter aceitado nosso convite e por ter colaborado para este estudo desde o seu delineamento na banca da qualificação nos ofertando importantes contribuições. Ao Prof^o Ruben Mattos, professor muito importante em toda minha formação e um grande parceiro em nossas discussões, ideias e inquietações desde o Mestrado. A Prof^a Camila Borges, por igualmente aceitar nosso convite e poder contribuir com seu conhecimento nesse tema que nos instiga trazendo seus apontamentos atentos. Também agradeço ao Prof. Leonardo Castro, grande incentivador deste estudo, que auxiliou na construção dessa Tese desde a qualificação e delimitação do tema, na oferta das disciplinas de “Leituras e Interpretações sobre a Formação do Brasil” e “Sociologia do Brasil Contemporâneo” junto com o Prof. Alberto Najjar que foram fundamentais para compreensão do objeto de estudo e pelos (muitos) livros emprestados e utilizados nesse estudo.

Agradeço ainda ao colega Leandro Gonçalves, que generosamente nos ofereceu entrevistas previamente realizadas em sua Tese de Doutorado, que foram fundamentais para este estudo, e pelas contribuições compartilhadas em forma de ideias, referências bibliográficas novas e muitas inquietações.

Agradeço aos companheiros da turma de Doutorado da ENSP por compartilhar essa jornada e pelo desafio que se tornou concluir essa etapa diante de tantos percalços, mudanças e contrariedades. Da mesma forma, agradeço aos professores da ENSP que me ensinaram tanto ao longo dessa formação.

Agradeço à Nara, por ao longo deste caminho ter sido um suporte mais que generoso, por todo carinho que construímos e por ter contribuído imensamente com esse

processo de crescimento e de descobertas. Igualmente agradeço à Gabi por me ajudar a reconstruir caminhos mais bonitos e mais leves.

Agradeço à minha rede de amigas e amigos, a rede mais bonita que venho tecendo, o meu suporte e apoio nos mais diversos momentos da vida. Às amigas e amigos que entraram na vida pelas mais diferentes portas: pela luta, pelo carnaval, pelo samba, pelo aprendizado, desde a infância e que nos dias de hoje são a alegria e a força que me mantém de pé. Em especial agradeço às amigas que estão comigo desde a infância: Juli, Denise, Luana. Às minhas eternas brincantes: Lívia e Renata. Às minhas amigas vizinhas-amadas Eve e Dadá. Às minhas psicólogas queridas Luana, Elaine e Vevis. Às amigas da luta, da música e da vida: Mari Singer, Julia Vom, Maritê, Gabi, Amanda, Bruna e Marinar. À Fernanda, que se tornou uma amiga querida nessa caminhada do doutorado. Ao meu irmão querido Du, amigo de muitos anos de vida, de muitos sonhos e conquistas compartilhadas. Ao meu amigo de andanças filosóficas e de tantas trocas, Felipe. Amo imensamente vocês.

*(...) Meus gritos afro-latinos
Implodem, rasgam, esganam
E nos meus dedos dormidos
A lua das unhas ganem
E daí?
Meu sangue de mangue sujo
Sobe a custo, a contragosto
E tudo aquilo que fujo
Tirou prêmio, aval e posto
Entre hinos e chicanas
Entre dentes, entre dedos
No meio destas bananas
Os meus ódios e os meus medos
E daí?
(...) Tenho séculos de espera
Nas contas da minha costela
Tenho nos olhos quimeras
Com brilho de trinta velas
E daí?*

(Milton Nascimento e Ruy Guerra, 1978)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a influência do Partido Comunista Brasileiro (PCB) na construção das bases de apoio do Movimento da Reforma Sanitária brasileira e na condução de suas estratégias políticas e organizacionais durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da análise de narrativas de atores envolvidos no Movimento da Saúde, verificou-se uma lacuna na constituição de bases de apoio político e social e a relevância do PCB no campo da saúde. Tal relevância estava expressa através de articulações não explícitas, sobretudo pela disseminação de suas ideias e de estratégias políticas intrínsecas no modo de operar e fazer política, uma vez que o partido, devido a imposição da ilegalidade e clandestinidade, se encontrava distante dos processos de institucionalização formais e oficiais. Elencamos como estratégia metodológica a análise das formações discursivas e as condições de possibilidade que propiciaram a emergência dos pontos de contato ou entrecruzamentos de histórias entre o PCB e o Movimento da Reforma Sanitária brasileira. No processo de construção de bases de apoio do Movimento da Reforma Sanitária identificamos como entrecruzamentos a ideia de frente ampla e a aposta pela via institucional representada pela estratégia de indução de formação de núcleos nas Escolas de Medicina, pelos sindicatos de médicos e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Na condução estratégica e organizativa para a implementação do SUS, inferimos como ponto de contato que a ideia de frente ampla e a via institucional se expressavam pelo aparelhamento do Estado e pela construção narrativa de suprapartidarismo através do discurso de “Partido Sanitário”. Contudo, as escolhas estratégicas, embora utilizadas com o intuito de fortalecer o Movimento da saúde em uma frente ampla de resistência e de luta pela democracia, impediram a explicitação de atores e exigiu uma série de silenciamentos que acabou aglutinando e subsumindo clivagens a serem consideradas em processos de elaboração de políticas sociais em sociedades complexas como a do Brasil. Da mesma forma, a via institucional, ao priorizar a ocupação dos espaços intraburocráticos, entendendo o Estado como principal reorganizador dos serviços e políticas de saúde, desprestigiou outros espaços potentes de fortalecimento e de desenvolvimento da política de saúde, além de distanciar o Movimento da saúde dos movimentos populares e sociais.

Palavras-chaves: Movimento da Reforma Sanitária brasileira; Partido Comunista Brasileiro; Sistema Único de Saúde;

ABSTRACT

The present study aims to analyze the influence of the Brazilian Communist Party (PCB) upon the construction of the Brazilian Sanitary Reform Movement support bases and the conduction of its political and organizational strategies during the Unified Health System (SUS) building process. Starting from the analysis of narratives by actors involved in the Healthcare Movement, a gap was identified in the constitution of political and social support bases, as well as PCB's relevance to the healthcare studies. Such relevance was found in non-explicit articulations, especially in virtue of the dissemination of their political ideas and strategies, intrinsic to the way of operating and doing politics, since the party, due to illegality and clandestinity, was apart from the formal and official institutionalization processes. We enlist as methodological strategy the analysis of discursive formations and of the conditions of possibility that led to the emergence of contact points or intersections of stories between PCB and the Brazilian Sanitary Reform Movement. In the building support bases for the Sanitary Reform Movement, the intersections identified were the idea of a broad front and the bet on the institutional path represented by the strategy of inducing the formation of nuclei in Medical Schools, by medical unions and by the Brazilian Center for Healthcare Studies (CEBES). In the strategic and organizational conduction for the SUS implementation, we infer as a contact point that the idea of a broad front and an institutional path expressed itself in the occupation of the State and in the narrative construction of suprapartisanship by means of the discourse about a "Sanitary Party". However, although used in order to strengthen the Healthcare Movement in a broad front of resistance and struggle for democracy, the strategic choices prevented the identification of actors and required a series of silencing acts that clustered and effaced cleavages that should be taken into account in processes of elaborating social policies in complex societies such as the Brazilian case. Likewise, the institutional path, by prioritizing the occupation of intra-bureaucratic spaces and by understanding the State as the main reorganizer of healthcare services and policies, discredited other powerful spaces for strengthening and developing healthcare policy, and in addition distanced away the Healthcare Movement from the popular and social movements.

Keywords: Brazilian Sanitary Reform Movement; Brazilian Communist Party; Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Força eleitoral dos partidos políticos (Brasil, 1966-1974) | 47 |
| Tabela 2- Configuração partidária de 1945 a 1985 (pluripartidarismo)..... | 48 |
| Tabela 3- Resultados eleitorais de 1982 | 50 |
| Tabela 4- Bancadas partidárias representadas no Congresso Nacional, 1983- 1989..... | 55 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH- Autorização de Internação Hospitalar
AIS -Ações Integradas de Saúde
ANC- Assembleia Nacional Constituinte
ANL -Aliança Nacional Libertadora
ARENA -Aliança Renovadora Nacional
CEBES - Centro de Estudos Brasileiro de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CGT - Comando Geral dos Trabalhadores
CISAT- Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS - Conferência Nacional de Saúde
COC/ Fiocruz - Casa de Oswaldo Cruz
CEB- Comunidades Eclesiais de Base
CONASP - Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONTAG - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil
CUT - Central Única de Trabalhadores
DIESAT- Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DPMs- Departamentos de Medicina Preventiva
ECEM- Encontro Científico de Estudante de Medicina
EDN- Estratégia Nacional Democrática
EDP- Estratégia Democrática Popular
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
FINEP- Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz
FNM - Federação Nacional de Médicos
IFF - Instituto Fernandes Figueiras

IMS- Instituto de Medicina Social
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MDB - Movimento Democrático Brasileiro
MEP- Movimento de Emancipação do Proletariado
MEP- Movimento de Emancipação do Proletariado
MNU - Movimento Negro Unificado
MOPS - Movimento Popular de Saúde
MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social
MR-8 - Movimento Revolucionário 8 de Outubro
MS -Ministério de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de saúde
ORM-POLOP- Organização Revolucionária Marxista- Política Operária
PC do B - Partido Comunista do Brasil
PCB - Partido Comunista Brasileiro
PCBR - Partido Comunista Brasileiro Revolucionário
PCI - Partido Comunista Italiano
PCUS - Partido Comunista da União Soviética
PDC- Partido Democrata Cristão
PDS - Partido Democrático Social
PDT - Partido Democrático Trabalhista
PEPPE- Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos
PESES - Programa de Estudos Sócio- Econômicos em Saúde
PFL -Partido da Frente Liberal
PL - Partido Liberal
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PP -Partido Popular
PPS - Partido Popular Socialista
PSB- Partido Socialista Brasileiro
PSD - Partido Social Democrático
PSDB- Partido da Social Democracia Brasileira
PST - Partido Social Trabalhista
PT - Partido dos Trabalhadores

PTB - Partido Trabalhista Brasileiro
REME Movimento de Renovação Médica
SBPC- Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SEMSAT- Semana de Saúde do Trabalhador
SES- Secretaria Estadual de Saúde
SESAC -Semana de Saúde Comunitária
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TSE - Tribunal Superior Eleitoral
UDN - União Democrática Nacional
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFPB- Universidade Federal da Paraíba
UFRGS - Universidade Federal do Grande do Sul
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNB - Universidade de Brasília
UNIRIO- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USP- Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|---|-------|
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2. CAMINHOS METODOLÓGICOS | 26 |
| 3. PARTIDOS POLÍTICOS E MOVIMENTOS SOCIAIS: INTERAÇÃO NO SISTEMA POLÍTICO BRASILEIRO | 35 |
| 4. PARTIDOS POLÍTICOS NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA..... | 45 |
| 4.1 DO BIPARTIDARISMO AO PLURIPARTIDARISMO..... | 45 |
| 4.2 PARTIDOS POLÍTICOS E A SAÚDE | 60 |
| 5. O “PARTIDÃO”: TRAJETÓRIA DO PCB E SUAS ESTRATÉGIAS..... | 69 |
| 5.1 UMA BREVE HISTÓRIA DO PCB..... | 69 |
| 5.2 “RENOVADORES”: A ESTRATÉGIA ALTERNATIVA APRESENTADA PELOS EUROCOMUNISTAS PARA O PCB (E POR QUE ISSO IMPORTA AO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA) | 84 |
| 6. TRAJETÓRIA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: DA GÊNESE À IMPLEMENTAÇÃO DO SUS..... | 93 |
| 7. A INTERAÇÃO ENTRE MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E PCB: UM ENTRECRUZAMENTO DE HISTÓRIAS | 115 |
| 7.1 CONSTRUINDO OS ALICERCES: O PCB E A ORGANIZAÇÃO DE BASES DE APOIO NO CAMPO DA SAÚDE..... | 116 |
| 7.2 TRAÇANDO CAMINHOS: O PCB E A CONDUÇÃO ESTRATÉGICA DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA | 136 |
| 7.2.1 Aparentamento institucional: um percurso por dentro do Estado..... | 137 |
| 7.2.2 Construção narrativa do suprapartidarismo: “Da unidade vai nascer a novidade”? . | 145 |
| 8. RETOMANDO OS ENTRECRUZAMENTOS DE HISTÓRIAS ENTRE MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E PCB | 158 |
| 8.1 IDENTIFICANDO LACUNAS E RESSIGNIFICANDO ESTRATÉGIAS | 161 |
| 9. OUTROS OLHARES, OUTROS UNIVERSOS E OUTRAS UNIVERSALIDADES - CONSIDERAÇÕES FINAIS E INICIAIS | 177 |
| REFERÊNCIAS | 183 |
| APÊNDICE 1- TEXTOS DE APROXIMAÇÃO DO TEMA: GÊNESE E ATORES DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA | 19698 |
| APÊNDICE 2- AGENTES DA REFORMA SANITÁRIA CITADOS, SUAS TRAJETÓRIAS E ARTICULAÇÃO COM PARTIDOS POLÍTICOS..... | 199 |
| APÊNDICE 3- AGENTES DOS PARTIDOS POLÍTICOS E SUAS TRAJETÓRIAS | 209 |
| APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 225 |
| APÊNDICE 5- ROTEIRO DE ENTREVISTA | 226 |

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar a influência do Partido Comunista Brasileiro (PCB) na construção das bases de apoio do Movimento da Reforma Sanitária brasileira e na condução de suas estratégias políticas e organizacionais durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

O tema a ser investigado é um desdobramento de questões elucidadas em minha dissertação de Mestrado em Saúde Pública defendida em 2015, mas é também fruto de uma reflexão mais ampla que vem atravessando minha trajetória acadêmica e profissional como trabalhadora do SUS: a tentativa de compreender e identificar percalços enfrentados pelo SUS para a efetivação do direito à saúde como um conceito ampliado.

O primeiro contato com essa indagação se deu durante minha primeira experiência em Saúde Pública no Instituto Fernandes Figueiras (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2006 onde, como estagiária em uma equipe multiprofissional, pude observar o papel essencial do SUS na oferta de serviços à saúde à população e entrar em contato com a literatura do campo da Saúde Coletiva. Foi também nessa mesma experiência, no cotidiano das práticas, que vi materializadas as iniquidades de saúde, as desigualdades de acesso aos bens e serviços de saúde, bem como os determinantes sociais e diferenças estruturais da nossa sociedade que afetam a condição de saúde dos usuários. A doença orgânica como fruto das condições de pobreza, da fome, da violência, do racismo, da desigualdade de gênero, dentre uma série de outras mazelas ainda arraigadas na sociedade brasileira e que os trabalhadores da saúde se deparam cotidianamente. Nesse sentido, pude ir percebendo ao longo de minha trajetória profissional – na assistência à saúde como psicóloga em grupos multiprofissionais e depois atuando como pesquisadora – que mesmo garantido pela legislação, a efetivação do direito à saúde em sua concepção ampliada, ou seja, considerando os determinantes sociais de saúde e extrapolando a questão da ampliação dos acesso aos serviços, ainda encontra diversos entraves no SUS.

Na tentativa de me aproximar dessa questão busquei analisar na dissertação de Mestrado os sentidos do princípio da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). Nela identificamos que, desde o processo de construção do Movimento da Reforma Sanitária e da política nacional de saúde que de desdobraria no SUS, múltiplos sentidos de universalidade estavam presentes. E embora o sentido mais atrelado ao conceito ampliado de saúde tenha sido o mais vocalizado e defendido na VIII CNS, no decorrer da implementação do SUS o sentido de universalidade

preponderantemente adotado foi aquele associado à ideia de ampliação dos serviços de saúde, ou seja, uma concepção mais restrita que a anterior.

Foi também neste trabalho, que se tornou evidente a discussão em torno de uma importante lacuna referente à participação dos partidos políticos na constituição das bases de sustentação social e política do projeto do SUS. De acordo com diferentes autores (COHN, 1989; JORGE, 1991; LACAZ, 1994; PAIM, 2008), na conjuntura pós-constituente as fragilidades das bases sociais e das forças políticas do Movimento da Reforma Sanitária tornaram-se evidentes, destacando-se a carência de uma base social e forte aliada à classe trabalhadora e o não comprometimento dos partidos políticos com a proposta da Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

De acordo com Ruscheinsky (1998), os movimentos sociais assim como os partidos políticos fazem parte da composição de bases de sustentação de políticas e de pautas nos espaços de deliberações e processos participativos. Os movimentos sociais, através da pressão de ações coletivas e de maneira mais homogênea, atuam em prol da garantia de diversos tipos de direitos sociais, exercendo influência em diferentes espaços de participação social e, por vezes, na tomada de decisão política. Já os partidos políticos, inseridos em um sistema político, possuem como papel a representação e a negociação de propostas na agenda política a fim de garantir a institucionalização e implementação das suas reivindicações. Geralmente, quando há a necessidade de aglutinação de forças e unificação de lutas, esses dois elementos se aproximam com o intuito de suprimir possíveis lacunas estruturais e potencializar esforços relativos a um objetivo (RUSCHEINSKY, 1998).

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, nasce na década de 1970 no contexto de ditadura civil-militar, tendo como tema fundante a defesa da saúde e da democracia. Nos discursos do campo da Saúde Coletiva, é vocalizado como o mais relevante movimento social da saúde por sua capacidade de mobilização coletiva e pela proposição de um conjunto de transformações que visavam, não apenas a reformulação do sistema de saúde vigente, mas a melhoria das condições de vida da população brasileira diretamente relacionadas às condições de saúde (PAIM, 2008). Dentre os atores populares que apoiavam este movimento, destacavam-se: o movimento sindical; movimento popular; os trabalhadores de saúde; os técnicos, intelectuais e burocratas da Saúde Coletiva; e partidos políticos (JORGE, 1991). No entanto, segundo Jorge (1991) esta era uma base ainda considerada muito frágil, sendo necessária a composição de uma força social a partir da articulação dos cinco grupos acima citados.

A ausência de uma participação mais significativa dos movimentos populares e dos movimentos sindicais é frequentemente indicada como um dilema interno do Movimento da Reforma Sanitária, também conhecido pelo que Arouca (1989) designou como o “fantasma da classe ausente”. Nessa abordagem, embora seja reconhecida a importância da representação dos movimentos para o fortalecimento das propostas da saúde, a sua ausência era justificada pela sua pulverização e pela sua incapacidade de organização estrutural diante do contexto repressivo da ditadura, cabendo, conforme Escorel (1999), ao Movimento da Reforma Sanitária a tarefa de atuar como “porta-voz” das classes subalternizadas. Da mesma forma, Cohn (1989) sinaliza que a questão dos partidos políticos também é apresentada nas narrativas sobre o Movimento da saúde como um permanente “nó crítico” e sua ausência igualmente justificada pela instauração do regime ditatorial e suas alterações no contexto político-institucional brasileiro, restringindo a atuação dos partidos. Como veremos mais adiante, o Ato Institucional nº5 (AI-5) implementado em 1968 condenara à ilegalidade os partidos políticos de esquerda e progressistas do país instaurando, além de uma intensa repressão, o sistema político bipartidário até o ano de 1979¹.

Para muitos analistas da saúde coletiva (TEIXEIRA, 1988; COHN, 1989; TEIXEIRA E MENDONÇA, 1989; CORDEIRO, 1991; ESCOREL, 1999; ROGRIGUES NETO, 2003) uma das estratégias adotada pelo Movimento da RS foi a criação de uma espécie de aliança suprapartidária, também vocalizada por alguns atores de “Partido Sanitário”, como uma tentativa de garantir uma unidade política que favorecesse a reforma no setor saúde. Segundo Rodrigues Neto (2003), o “Partido Sanitário” tinha como principal objetivo aproximar os partidos de esquerda e os segmentos progressistas em torno de um projeto comum e a partir de uma frente ampla possibilitar a união de diferentes agentes comprometidos com a questão da democracia e com as transformações do campo da saúde sem que as divisões partidárias afetassem as ações construídas pelas esquerdas unificadas. De acordo com Escorel (1999), o “Partido Sanitário” representava um movimento coeso de profissionais de saúde e de pessoas vinculadas ao setor, que lidava em seu interior com uma experiência plural de oposições.

¹ No quarto capítulo deste trabalho veremos com mais detalhes a conformação do sistema bipartidário instaurado pelo regime militar no ano de 1965 com o decreto do Ato Institucional nº2 (AI-2) e os desdobramentos da instauração do AI-5.

No entanto, a partir da década de 1980 e com período de redemocratização do país, as fragilidades e tensionamentos dos Movimentos até então invisibilizados pela estratégia do suprapartidarismo tornam-se evidentes. Segundo Cohn (1989),

(...) durante o autoritarismo o enfrentamento do inimigo comum não permitia explicitarem-se diferenciações internas ao próprio movimento. E quando do período da transição democrática, vê-se o movimento diante das suas diferenças internas e com enormes dificuldades para enfrentá-las, numa dinâmica oscilante entre o interno e o externo. (p.129).

Logo, se por um lado a não identificação dos partidos políticos e demais movimentos sociais permitia a manutenção e coesão do Movimento da Reforma, por outro o apagamento das diferenças e o silenciamento dos tensionamentos, inviabilizava a incorporação de alteridades, a elaboração de projetos alternativos e o enfrentamento de adversidades.

É curioso notar que, embora quase todas as lideranças do Movimento da Reforma da Saúde tivessem algum tipo de vinculação partidária², a aproximação com os partidos políticos era compreendida como um risco a unidade do grupo e como uma possibilidade de estreitamento de suas bases de sustentação (DANTAS, 2017). Mesmo assim, embora seja predominante na história “oficial” do Movimento da Reforma Sanitária a narrativa em torno do suprapartidarismo, não é difícil encontrar menções a participação dos partidos políticos especialmente os de matriz marxista como: o PMDB, PCB, PC do B, PSDB e o PT (JORGE, 1991; JACOBINA, 2016).

Mas também no discurso dos atores do Movimento um partido se destaca como principal articulador e aglutinador de militantes de esquerda no campo da saúde: o PCB (COHN, 1989; BRASIL, 2006; PAIM, 2008; SOPHIA, 2012, JACOBINA 2016). Seja pela presença de lideranças partidárias importantes – como David Capistrano e Sérgio Arouca³ - ou pelo expressivo número de simpatizantes e militantes atuando em uma dupla inserção entre partido e saúde, o fato é que o chamado “Partidão”⁴ é frequentemente assinalado como “O Partido” de grande influência para o Movimento (SCOREL, 1999;

² A identificação e o mapeamento dos principais agentes do Movimento da Reforma Sanitária brasileira citados nas narrativas da literatura pesquisada e em entrevistas encontra-se no Apêndice 2.

³ David Capistrano e Sérgio Arouca são citados ao longo deste estudo como importantes personagens cuja atuação se deu através de uma dupla inserção entre PCB e Movimento da Reforma Sanitária. Nos capítulos 6 e 7 deste estudo poderemos observar a relevância da atuação destas duas lideranças.

⁴ O PCB é também apelidado de “Partidão” por ser o mais antigo dos partidos comunistas no Brasil. Para Cardoso (1984) a história dos partidos da esquerda brasileira, que se reivindicam marxistas, começa antes pelo PCB. Nele também surgiram as principais lideranças da esquerda e dos grupos brasileiros ditos marxistas.

JACOBINA 2016; VIERA- DA-SILVA, 2018), embora ainda sejam incipientes o número de estudos que aprofundem e sistematizem análises nesta direção contribuindo para a compreensão desse enunciado.

O reconhecimento da relevância do PCB para o Movimento da saúde em menções e citações dos atores envolvidos nos sugere que essa articulação se deu de forma alternativa e não explícita, possivelmente pela disseminação de suas ideias e de estratégias políticas intrínsecas no modo de operar e fazer política, que neste trabalho chamaremos de pontos de contato ou entrecruzamentos entre o Movimento da Reforma Sanitária e do PCB, uma vez que o partido encontrava-se distante dos processos de institucionalização formais e oficiais impostos pela ilegalidade e clandestinidade.

Para Cohn (1989), além das explicações históricas que justificam a não explicitação da participação do PCB no Movimento da Reforma e a aposta na construção de uma frente suprapartidária na literatura “clássica” do campo da saúde, há também a ênfase na estratégia de aglutinação de forças na ocupação dos espaços institucionais em uma disputa de pensamentos contra hegemônicos por dentro do Estado. Logo, tornam-se pertinentes aqueles estudos que busquem investigar as condições de possibilidades que permitiram tais configurações estratégicas. Como primeiras pistas a autora sugere que talvez a explicação resida justamente nas propostas partidárias da liderança do Movimento, até então pouco explicitadas, reforçando a necessidade de uma releitura de suas versões "oficiais" (COHN, 1989).

É nessa direção, portanto, que a partir da releitura do Movimento da Reforma Sanitária buscaremos **analisar a influência do PCB e identificar os pontos de contato existentes entre movimento e partido, tanto no processo de construção das bases de sustentação política da Reforma quanto na condução de estratégias políticas e organizativas durante o processo de elaboração do SUS.**

Para isso, de forma específica nos aproximaremos de uma compreensão conceitual sobre os partidos políticos, os movimentos sociais e as possibilidades de articulação entre estes entes, uma vez que ambos se constituem como elementos de uma base de sustentação política. Em seguida, será necessário apresentar o contexto político-institucional brasileiro durante o período de gênese do Movimento da Reforma Sanitária e de regime civil-militar, tentando compreender também a conformação dos partidos políticos brasileiros nesse contexto. Outro ponto importante, será a apresentação breve da história do PCB, prosseguida de um mergulho nas estratégias políticas e organizativas centrais adotadas e que compõem um certo modo de operar e fazer política pecebista. A

identificação destes pontos específicos auxiliará, portanto, na sedimentação do terreno que nos conduzirá ao ponto principal deste trabalho de verificação dos pontos de contatos e entrecruzamentos de histórias entre o Movimento da Reforma Sanitária e o PCB no processo de construção de bases de apoio do Movimento e na condução de estratégias para a elaboração e implementação do projeto do SUS.

Ao trazer à tona os modos de articulação estabelecidos entre o “Partidão” e o Movimento da saúde, é importante estarmos cientes de que as escolhas empreendidas são frutos de disputas internas, tensionamentos, alianças e negociações, não sendo esta uma história com uma narrativa única, coesa e sem divergências. É por essa razão, que será preciso antes problematizar e questionar a própria construção argumentativa defendida no campo da saúde onde o suprapartidarismo e a ocupação dos espaços burocráticos teriam sido suficientes para a garantir o direito à saúde, considerando-a em seu conceito ampliado, e a sustentabilidade do projeto da Reforma Sanitária brasileira.

Segundo Stotz (2019), o discurso em torno do suprapartidarismo, ou do “Partido Sanitário”, pouco contribui para avaliação do papel desempenhado pelos movimentos sociais e dos partidos políticos (STOTZ, 2019) e ajuda a legitimar a crítica que aponta convergência entre a transição democrática brasileira e o Movimento da Reforma como um processo pactuado pelo “alto” (PAIM, 2008). De acordo com Cohn (2018) em análise recente, seguir os pressupostos desenvolvimentistas e ocupar os espaços no interior do aparelho do Estado para a partir de mudanças institucionais alcançar as mudanças sociais almejadas – entendidas na época como a modernização e a democratização do país – tornou-se o principal foco das atenções e da energia política dos quadros sanitaristas. Caberia então indagar

até que ponto os intelectuais, acadêmicos e profissionais do setor monopolizaram o discurso da saúde como um direito universal e equânime, afastando por essa via o projeto da reforma sanitária das demandas da sociedade, com suas múltiplas identidades, valores e representações sociais (COHN, 2018, p. 233).

Dessa forma, ao colocarmos o nosso objeto de estudo em análise, pretendemos identificar a presença de lacunas na base de sustentação política do projeto do SUS que possam nos facilitar a compreensão dos descaminhos ainda hoje vivenciados para a efetivação do direito à saúde atrelado ao seu conceito ampliado. Nesse sentido, acreditamos que retornar ao passado para a partir dele obter uma releitura poderá nos ajudar na compreensão do presente e disputar novos futuros.

No atual contexto, a via legislativa não tem se revelado mais como caminho de negociação e persuasão política para propostas redistributivas e menos ainda para o caso da política de saúde onde percebe-se uma concentração de capital investido para a eleição de bancadas pró-mercado da saúde (COHN, 2018). Segundo Abranches (2018), desde o final da eleição de 2014, a profundidade e a dimensão da crise política brasileira, agravaram consideravelmente o descrédito social da representação política, onde inúmeras disfunções ficaram mais visíveis. Para este autor, a crise brasileira tem raízes locais, mas também se insere no contexto da radical transição que a democracia no mundo está vivendo no século XXI, onde se visualiza uma falta de continuidade político-institucional ao fluxo de políticas públicas que possam mudar efetiva e definitivamente os indicadores sociais de qualidade de vida das populações.

O sistema representativo deixou de funcionar. Não só no Brasil. Todas as democracias do mundo se oligarquizaram. Os partidos são dominados por políticos que já não respondem aos eleitores e sim a grupos de pressão e financiadores a eles ligados. (ABRANCHES, 2018, p. 11).

A elucidação dessas lacunas e a necessidade de compreendê-las situadas no cenário atual, se tornaria ainda mais relevante neste trabalho diante das mudanças no cenário político brasileiro intensificadas a partir do ano de 2015. Da crise política que culminou no processo de impeachment da então Presidenta Dilma Rousseff até a eleição do atual governo de cunho conservador, assistiu-se uma série de modificações e constrangimentos das políticas de saúde e da oferta de serviços, interferindo diretamente na sustentabilidade de ações até então conquistadas pelo SUS e asseguradas tanto pela Constituição Federal de 1988 como pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90.

Tal cenário de instabilidade e de mudança política e suas consequências para o campo da saúde, por si só, reforçavam a necessidade de uma investigação mais profunda das bases de sustentação social e política do SUS. Contudo, em 2020, já no período de finalização deste estudo, fomos surpreendidos e atravessados pela maior crise sanitária dos últimos cem anos com a pandemia do novo coronavírus⁵, onde o Brasil, infelizmente,

⁵ Os primeiros casos do novo coronavírus foram detectados em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Organização Mundial da Saúde (OMS) e as autoridades chinesas confirmaram a identificação de um novo tipo de coronavírus em janeiro de 2020. O novo coronavírus nomeado SARS-CoV-2 é responsável por causar a doença COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, que se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A

está entre os países que lideram o número de contaminação e de vítimas fatais⁶ da doença. Nesse contexto inédito ao SUS, além da percepção da fragilidade de suas bases de sustentação social e política, também se escancaram e aprofundam as iniquidades em saúde, as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, bem como os seus determinantes sociais que, além da desigualdade econômica e de classe, se agravam pelo racismo estrutural, pela desigualdade de gênero, dentre outras características que compõem a formação da sociedade brasileira⁷.

Por outro lado, o contexto pandêmico tem sido contundente em apontar o caráter essencial dos sistemas universais de saúde. No Brasil, o SUS tem desempenhado um papel central – mesmo sob pressão e com a escassez de planos de ação e recursos – primeiro, pelo comprometimento dos seus trabalhadores e, em segundo, por ofertar serviços de saúde aos maiores acometidos e vítimas dessa pandemia: a população subalternizada majoritariamente pobre, negra, quilombola, indígena, LGBTQI+ e periférica dos quatro cantos deste país. A pandemia em curso vem expondo e confirmando, portanto, que ainda são estes sujeitos que mais adoecem e mais morrem, indicando que a concepção de saúde ampliada outrora almejada e garantida pela lei, assim como as estratégias conduzidas pelo Movimento da Reforma Sanitária durante a construção do SUS, ainda não foram suficientes para garantir o direito à saúde para todos de forma universal, nos levando a questionar, afinal: “Direito para quem”? (BAPTISTA, BORGES E REZENDE, 2019).

Maio e Monteiro (2005) inferem em seu estudo que a trajetória do Movimento da Reforma Sanitária, uma espécie de *intelligentsia*, veria com estranheza um mundo movido através de constructos raciais. Inspirados no pensamento de Grin (2004) sobre a discussão em torno da questão racial no Brasil, estes autores afirmam que o Movimento

designação reconhece que, no momento, existem surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo (OPAS, 2020).

⁶ No dia 08 de agosto de 2020 o Brasil alcançou a marca dos mais de 100.000 óbitos pela COVID-19. Matéria Site G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/08/08/brasil-supera-100-mil-mortes-por-covid-19-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>

⁷ A política de controle da COVID-19 e os seus resultados (aparentemente incipientes) tem sido permeada por um cenário marcado pela polarização e o negacionismo de autoridades. O vírus chegou primeiro em grandes capitais do Brasil em março de 2020 e agora avança pelo interior ganhando velocidades distintas em cada região. A epidemia no Brasil revela e aprofunda as desigualdades históricas de acesso ao sistema de saúde, levando ao colapso regiões menos estruturadas do Norte e Nordeste do Brasil e nas grandes metrópoles com grande fluxo populacional. Dentre os mais afetados estão a população indígena, negros e pessoas com baixa escolaridade que além de mais vulneráveis à contaminação, apresentam maior taxa de óbito. Pessoas falecidas que se autodeclararam como brancas acessaram consideravelmente mais leitos de UTI, quase oito em cada dez mortes, enquanto os que se identificaram como pretas, pardas e amarelas, menos de sete em cada dez tiveram acesso à leitos de UTI. Esse retrato da desigualdade é ainda mais duro para a população indígena onde apenas seis de cada 10 indígenas que morreram por covid-19 tiveram acesso à leitos de UTI. (JUCÁ; GALINDO, 2020)

da saúde estaria informado por alguns princípios da tradição de esquerda, de corte nacionalista, a saber:

1) longa tradição sociológica que opera com a categoria de classe social para tratar as desigualdades sociais; 2) tradições de esquerda cuja utopia socialista e nacionalista não concebe atores raciais; 3) sensibilidade moral cujo princípio de justiça identifica na privação absoluta o foco para o qual a sociedade deve estar mobilizada. (GRIN, 2004, p.100).

No entanto, de acordo com Faustino (2017), o debate sobre o direito à saúde se insere no contexto de eclosão de *novos* movimentos sociais na cena política, a partir da segunda metade do século XX, que com a entrada de novos atores políticos, passam a disputar os termos em torno do que se entende por direitos, não necessariamente centrados a partir das contradições de classe. Essa reconfiguração resultou em uma progressiva diversificação tanto dos atores demandantes quanto das reivindicações e noções de direito que são mobilizados também em termos identitários como gênero, orientação sexual, raça/etnia, nacionalidades, faixa etária, dentre outras ramificações. Duas perspectivas passam a ser tensionadas: a luta pela distribuição dos direitos e dos recursos necessários à sua efetivação; a luta pelo reconhecimento das diferenças historicamente desvalorizadas. Se na primeira, o foco é principalmente o combate às injustiças e desigualdades econômicas e políticas, na segunda as diferenças socialmente presumidas são tomadas, não para propor a sua supressão, mas para afirmá-las e positivá-las em suas diferenças supostamente específicas (FRASER, 2012; FAUSTINO, 2017).

O que procuraremos ressaltar com este estudo, portanto, é o entendimento de que o processo de luta política no campo da saúde nunca foi simples, pois é marcado pela complexidade e por processos de exclusões, mesmo em cenários menos adversos do que o que nos encontramos hoje. Contudo, a crise que agora enfrentamos explicitam políticas de retrocesso valorizando processos de necropolítica, que segundo Mbembe (2016), são as formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte através de políticas do “deixar morrer”. Referem-se as

várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, armas de fogo são implantadas no interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de “mundos de morte”, formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de “mortos-vivos. (MBEMBE, 2016, p. 146).

Nesse sentido, corroboramos com o entendimento da necessidade de insistir na pauta da “defesa da vida”⁸ que inclua o compromisso e o respeito à diversidade e ao que somos naquilo que construímos historicamente, assumindo à risca uma concepção ampliada de saúde.

Democratizar a saúde hoje e reafirmar o conceito ampliado de saúde exigem que não fechemos os olhos nem ouvidos para o que acontece com as comunidades em todo o País, para as desigualdades de renda estruturais e também para a violência no cotidiano, fruto do racismo e do machismo estruturais. Não é possível garantir saúde sem bem-estar e vida digna. Por um lado, continuamos no embate por investimento em políticas públicas, para garantir trabalho, renda, acesso e posse da terra, habitação, educação, cultura, alimentação, meio ambiente, transporte, liberdade, acesso a serviços de saúde, como consta no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986; por outro, pautamos a luta contra a cultura colonialista, patriarcal, machista e racista de nosso Estado e sociedade. (BAPTISTA, BORGES E REZENDE, 2019, p. 6).

É, portanto, diante do exposto e com vistas a alcançar o objetivo deste estudo, que após apresentação dos caminhos metodológicos que nos nortearão, no terceiro capítulo nos aproximaremos da temática em torno da conceituação dos partidos políticos e dos movimentos sociais, bem como a articulação entres estes dois entes na composição de bases de sustentação de políticas e de pautas na agenda política e nos espaços de deliberação. No quarto capítulo elucidaremos o contexto político-institucional brasileiro e a conformação dos partidos políticos no período de gênese do Movimento da Reforma Sanitária e do processo de elaboração de seu projeto até o final da década de 1980, a fim

⁸ O modelo de atenção “Em Defesa da Vida” foi elaborada pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e aperfeiçoada por trabalhadores e dirigentes de instituições hospitalares e secretarias municipais de saúde de cidades como Campinas, Piracicaba, Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda e Paulínia. Está pautado na defesa das diretrizes básicas dos SUS, e na construção de dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades. Incluem-se ainda concepções com importantes conseqüências operacionais tais como: “ a) a valorização de ações em microespaços, consideradas estratégicas para a mudança, sem com isso desconhecer-se o papel dos determinantes macroestruturais (Merhy, 1997); b) o entendimento de que sem a participação dos trabalhadores, médicos incluídos, não é possível haver mudanças no setor público de saúde; c) o resgate do usuário como sujeito da mudança, valorizando o papel do mesmo no dia-a-dia dos serviços de saúde, assim como em fóruns de deliberação coletiva, tais como os conselhos de saúde; d) a compreensão de que, se a demanda espelha, por um lado, a oferta de serviços e a ideologia/cultura dominante, por outro, ela traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais, revelando elementos da subjetividade do usuário, devendo, portanto, ser criticamente incorporada ao processo de organização dos serviços de saúde (Campos, 1991; Merhy, 1995); e) a necessidade de se reformular a clínica e a saúde pública com base nas reais necessidades dos usuários; f) a importância de se utilizarem, de maneira conseqüente e criativa, tecnologias de disponíveis em outros projetos assistenciais.” (CARVALHO; CAMPOS, 2000, p.508).

de compreender as condições de possibilidades que propiciaram a sua emergência. Já no quinto capítulo apresentaremos brevemente a história do PCB e analisaremos as estratégias políticas adotadas em sua trajetória política trazendo para o debate os pontos importantes do seu *modus operandi* a fim de identificar as principais características que o constitui. No sexto capítulo traremos as narrativas em torno da criação do Movimento da Reforma Sanitária e de sua trajetória, apresentando seus objetivos, seus componentes, trazendo à luz também alguns conflitos e tensionamentos existentes em seu interior. Uma vez apresentadas a trajetória do PCB e do Movimento da Reforma Sanitária, no sétimo capítulo mergulharemos na análise das diferentes narrativas em busca da identificação dos pontos de contato e do entrecruzamento de histórias, evidenciando as principais estratégias, ou modos de operar, confluentes entre esses dois agentes. No oitavo capítulo identificaremos as lacunas e os desafios que se apresentam como consequência das condições de possibilidades identificadas naquele período, bem como das escolhas estratégicas empreendidas pelo Movimento da saúde em convergência com as ideias do PCB. E por fim, o nono capítulo com as considerações finais, trazendo para discussão de que forma a identificação da fragilidade das bases políticas e sociais de sustentação do SUS podem contribuir para o enfrentamento dos entraves e dificuldades para a consolidação do direito à saúde em sua concepção ampliada.

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para alcançarmos a compreensão de nosso objeto de estudo que consiste em verificar a influência do PCB na construção de bases de apoio do projeto do Movimento da Reforma Sanitária e na condução estratégica e organizativa do processo de elaboração do SUS, traçamos o que chamaremos neste estudo de **caminho metodológico**. Queremos com isso dizer que adotaremos uma perspectiva metodológica mais abrangente onde partindo de um primeiro reconhecimento do tema, seguiremos pistas e indícios apresentados nas narrativas e documentos investigados para dar seguimento às etapas do estudo e ir delineando os achados da pesquisa e o objeto. Antes de seguirmos, no entanto, é necessário apresentarmos alguns pontos de partida que darão alicerces ao terreno onde caminharemos e fornecerão as lentes para a leitura dos achados ao longo da jornada investigativa.

A primeira delas é uma concepção de objeto e sujeito alinhada a **perspectiva construcionista** que os considera como construções sociais. Da mesma forma, o conhecimento é entendido como uma construção social, que uma vez produzido socialmente, constrói ambos: o sujeito e o objeto (SPINK, 2010). Segundo Spink (2010), na maior parte das vezes as ideias efetivamente acabam por definir o objeto como um subproduto de uma matriz – um conjunto de elementos – para que algo possa ser construído. Nesse sentido, não bastaria focalizar a evolução das ideias, mas entender como essa ideia emerge na matriz de eventos que é sua **condição de possibilidade**. Metodologicamente, “o construcionismo traz para a pesquisa uma postura desreificante, desnaturalizante, desessencializadora que radicaliza a natureza social do nosso mundo vivido e a historicidade de nossas práticas” (SPINK, 2010, p. 11). Os objetos tomados como naturais são aqui entendidos como objetivações decorrentes de nossas construções, de nossas práticas (SPINK, 2010).

Nessa perspectiva, nos interessa não mais partir dos “universais”, mas sim colocar em suspenso os conceitos e questionar as verdades absolutas transmitidas nos discursos e acontecimentos da história. Com isso, pretendemos escapar da essência dos conceitos e valorizar como estes funcionam e operam nas realidades, abrindo margem para o inusitado e para a liberdade de encontrar o inesperado, uma vez que se dispõe a falar dos discursos silenciados e seus efeitos (BAPTISTA; BORGES; MATTA, 2015).

Portanto, retornar ao passado com o intuito de dessacraliza-lo e “destruir as venerações tradicionais” nos possibilita trazer à luz as condições de construção dos

saberes postas em jogo, identificando as suas formações discursivas correntes e elucidando a diversidade de estratégias políticas ou de enunciados que sustentam a manutenção de práticas discursivas (BAPTISTA; BORGES; MATTA, 2015). A recuperação histórica também propicia a demonstração e a análise das interações sociais historicamente situadas e os caminhos que levaram ao estabelecimento de algum fato ou entidade do presente (SPINK, 2010).

Larrosa (2004), ao discorrer sobre o ensaio histórico⁹ utilizado em estudos de arqueologia¹⁰ e genealogia, afirma que um “ensaio surge quando se abre a possibilidade de uma nova experiência do presente” (p.33). O ensaio, portanto, pode ser encarado como uma escrita que estabelece uma certa relação com o presente, mas que ao mesmo tempo, se produz através da distância. Nele o pesquisador entenderá que o tema de suas histórias não é o passado, mas sim a história do presente. Compreende-se, assim:

não a verdade de nosso passado, mas o passado de nossas verdades; não a verdade do que fomos, mas a história do que somos, daquilo que, talvez, já estamos deixando de ser. (...) Sempre se trata de desconjuntar o presente, de desnaturalizar o presente, de estranhar o presente, de converter o presente, não em um tema, mas em um problema, de fazer com que percebamos quão artificial, arbitrário e produzido é o que nos parece dado, necessário ou natural, de mostrar a estranheza daquilo que nos é mais familiar, a distância do que nos é mais próximo. (LARROSA, 2004, p.34).

É nesse sentido que entendemos como desafio a adoção de metodologias que se proponham a encarar a investigação sem antes antecipar os passos a serem dados, apresentar o percurso prefixado ou uma folha de rota desenhada com os resultados que se espera obter (BORSANI, 2014). Haber (2011) afirma, por exemplo, que a metodologia disciplinada – que em sua concepção seria asfixiante e naturalizada sob o discurso universal da ciência positivista-funcionalista – deve ser repensada.

Ao propor uma “investigação indisciplinada” o autor indica que as pistas e indícios é que nos fornecem o caminho metodológico a ser percorrido, considerando as

⁹ Larrosa (2004) neste artigo faz uma releitura sobre o ensaio histórico utilizado por Foucault em sua genealogia do poder e nos estudos de arqueologia do saber.

¹⁰ De acordo com Mattos (2011) Arqueologia e genealogia são modos complementares de análises históricas, com procedimentos diferentes e visão de história semelhante. Utilizando a definição trabalhada por Foucault o autor aponta que à arqueologia cabe fazer uma história dos sistemas de pensamento, cuja tarefa é, “analisar as formas próprias da problematização” pelas “práticas discursivas que articulam o saber”, investigando a formação de saberes. Enquanto à genealogia cabe fazer uma história dos sistemas de coerção, mostrando a formação destas problematizações a partir de práticas não-discursivas (e de modificações dessas práticas), pelas “relações múltiplas, as estratégias abertas e as técnicas racionais” investigando sistemas de coerção que regulam práticas e os processos de subjetivação neles envolvidos.

possibilidades oferecidas pelo reconhecimento de lacunas, silenciamentos, apagamentos, que frequentemente são obstruídos, secundarizados ou desconsiderados em modelos metodológicos protocolares. Além disso, mais do que conhecer os passos, as pistas ou “pegadas” encontradas no caminho nos sinalizam a direção de quem transitou aquele percurso.

A investigação é seguir as pegadas. A investigação indisciplinada é seguir o negativo das pegadas que persistem ainda que ausentes, é escutar o não dito das palavras. Metodologia disciplinada é seguir a sequência protocolizada de ações para adquirir conhecimento, traçar o caminho que se deve seguir. *Nometodologia*¹¹ é seguir todas aquelas possibilidades que o caminho esquece, que o protocolo obstrui, que o método reprime. Isto é conhecimento em movimento. (HABER, 2011, p.29, tradução nossa)

É, portanto, seguindo esta linha de raciocínio que para investigar os pontos de contato entre PCB e o Movimento da Reforma Sanitária brasileira tanto no processo de construção de bases de apoio quanto na condução estratégica e organizativa da política de saúde brasileira, foi realizada uma primeira aproximação da temática a partir de uma revisão bibliográfica de textos sobre a gênese e o processo de criação do Movimento da Reforma Sanitária buscando colocar em suspenso os seus conceitos fundantes e a sua história “oficial” para conseguir identificar as construções narrativas em torno da sua criação, objetivos, condução e agentes¹².

Ao nos debruçarmos sobre a temática verificamos a existência, primeiro de um tensionamento referente à constituição de bases de apoio social e político do Movimento; segundo, a lacuna referente à atuação mais específica dos partidos políticos. Esta lacuna, por sua vez, era subsumida na construção narrativa recorrente ou “oficial” pelo discurso do suprapartidarismo e pela ideia de “Partido Sanitário”, sendo genéricas as indicações de partidos políticos. Dentre estas indicações, no entanto, destacou-se a menção ao PCB como um partido, que embora estivesse na clandestinidade, conseguia aglutinar forças do campo progressista e da esquerda para resistência contra a ditadura militar, sendo assim muito influente no campo da saúde mesmo que de maneira implícita ou de forma não

¹¹ Haber (2011) denomina *nometodologia* como uma: “arqueologia indisciplinada. Indisciplinado de sua metafísica disciplinar, a arqueologia fala das relações vestigiais, isto é, do que é e não é ao mesmo tempo- espaço (apesar da dissecação disciplinar que recapitula e consolida a violência colonial). Não é, como afirma a arqueologia disciplinar, sobre o passado através seu material permanece, mas sobre a presença do passado na matéria e alma das coisas, isto é, sobre a inevitável consubstancialidade de outros espaços-tempos, apesar e contra moderno / capitalista / disciplinar / colonial.” [tradução nossa]. (p.31)

¹² Agentes sociais, tal como definidos por Pierre Bourdieu (2004), como aqueles sujeitos que tanto fazem parte de campos quanto também os estruturam.

institucionalizada/“oficial”. Nesse sentido, o primeiro mergulho na literatura que buscou teorizar o Movimento da Reforma Sanitária brasileira, possibilitou a preparação do percurso de análise onde as lacunas identificadas foram apreendidas como pistas e indícios para os próximos passos metodológicos. Segundo Haber (2011):

O reconhecimento diz pelo menos três coisas. Um reconhecimento é uma exploração, uma aproximação. Reconhecemos um território com o qual não estamos familiarizados, tomamos com isso um primeiro contato, uma abordagem que nos permite, se não o conhecer completamente, pelo menos nos relacionar com esse território. (...) Em segundo lugar, um reconhecimento é voltar a conhecer. Reconhecemos aquilo e aqueles que conhecemos antes. Ao reconhecer, identificamos os enunciados prévios com os quais nomeamos, restabelecemos relações entre palavras e coisas, e permitimos que essas relações, à beira do esquecimento, se revelem em sua arbitrariedade. Por fim, reconhecer é também aceitar que as coisas são diferentes de como acreditamos nelas. (p.18, tradução nossa).

Uma vez identificadas as lacunas e a construção narrativa em torno da participação dos partidos políticos no Movimento da saúde, perguntas norteadoras foram elencadas como um fio condutor a nos auxiliar na rota de investigação e a que caminhos tomar. Ao analisar as narrativas e documentos sobre o Movimento nos perguntamos: Como se deu a criação de bases de sustentação do Movimento da Reforma Sanitária? Quais estratégias foram elencadas? Quais atores, instituições foram atuantes, implicitamente ou explicitamente, nessa construção? Com relação à condução política, quais estratégias foram adotadas pelo Movimento e de que maneira elas se alinham, se referenciam ou identificamos pontos de contato com as estratégias e/ou modos de operar do PCB? Quais os caminhos traçados pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira e de que forma identificamos o entrecruzamento de histórias entre ele e o PCB?

Para respondê-las um outro ponto importante a ser considerado é a **concepção de política adotada ao longo deste trabalho que compreende que sua construção formal ultrapassa os limites dos governos e de suas instituições oficiais** (BAPTISTA; MATTOS, 2015). Nessa perspectiva, para apreendermos o processo de construção de uma política consideramos que

nenhuma política formal é distante de um contexto social. Ela é fruto de embates e conflitos de posições e de percepções de mundo. Há vida na política e ela é a expressão de acordos momentâneos e dinâmicos, que expressam contextos históricos de cada sociedade (BAPTISTA ; MATTOS, 2015, p.19).

Mesmo as políticas governamentais, os programas, projetos e documentos de partidos políticos, são influenciados por conflitos e debates entre grupos e sujeitos e podem expressar interesses em disputa e um dado modo de construção social a respeito de um tema. A política torna-se, assim, um exercício do poder e as decisões passam a ser a expressão de uma correlação de forças dos arranjos sociais que se impõem uns frente aos outros. Analisar a construção de uma política através desta perspectiva significa buscar identificar e analisar as relações de poder em ação, o processo de formulação e de tomada de decisões nos diferentes âmbitos de atuação da política (BAPTISTA; MATTOS, 2015).

Por essa razão, buscaremos explicitar os processos de negociação e os principais tensionamentos presentes na construção das bases de sustentação do Movimento da Reforma Sanitária e na condução estratégica do projeto do SUS, reconhecendo os diferentes grupos. O mesmo será aplicado à análise da trajetória do próprio “Partidão”, uma vez que este também era composto por distintas correntes e vertentes em tensão e disputas internas. É igualmente pertinente considerar em nossa análise as estratégias e propostas silenciadas, perdidas nas disputas ou que não se tornaram “estratégias oficiais”, pois, permitem explorar os modos de fazer e a forma como foi conduzida a construção da base política do setor saúde.

De maneira específica ao caso brasileiro, Ruschensky (1998) aponta para a análise dos partidos políticos em interação com os movimentos sociais indicando que é preciso considerar a existência de um plano discursivo ou a representação de como um movimento social através de suas lideranças e seus porta-vozes constroem a sua própria imagem pública.

Assim sendo torna-se salutar reconhecer que as lutas sociais também se constroem no plano da retórica, não no sentido pejorativo, mas no intuito de consolidar um campo discursivo através do qual estão se posicionando perante uma série de dilemas e desafios das conjunturas políticas (RUSCHENSKY, 1998, p. 87).

Neste contexto, para o autor não seria uma tarefa simples delinear a prática de grupos de esquerda nas instâncias dos movimentos sociais, enquanto se movem na clandestinidade e ao mesmo tempo atuam com uma outra fachada legal. Tal fato, geraria consequências diversas frente à vínculo ideológico de estatuto específico e ao mesmo tempo a identificação exterior ou pública com um partido institucional, devido à disputa pela hegemonia política junto aos movimentos sociais e à questão ideológica e

programática, bem como as influências para negociação de demandas (RUSCHENSKY, 1998). Isso requer, portanto, que a abordagem utilizada possibilite demonstrar como se deu, ou não, a evolução de um discurso da autonomia dos movimentos sociais para o estabelecimento de relações com a esfera partidária. Da mesma forma, a investigação poderá mostrar se este discurso de autonomia corresponde, ou não, ao exame dos fatos propriamente ditos, uma vez que sempre existiam opções partidárias no interior das mobilizações públicas e os entendimentos com a esfera pública impuseram delimitações, especialmente no que diz respeito ao campo da legalidade (RUSCHENSKY, 1998).

Então, pode-se perguntar se opções partidárias são assimiladas e tomadas no transcurso do desenvolvimento da demanda ou se se observa a presença de agrupamentos partidários atuando no curso da estruturação das lutas sociais (RUSCHENSKY, 1998, p. 87).

Em nosso estudo, a análise da literatura sobre a constituição do Movimento Reforma Sanitária empreendida como uma etapa de reconhecimento do tema¹³, foi prosseguida de uma análise do contexto político-institucional do período de gênese do Movimento da saúde com vistas a compreender as condições de possibilidades que permitiram a sua emergência. Compondo essa matriz, como um conjunto de elementos, também investigamos na trajetória do PCB e do Movimento da Reforma elementos que nos possibilitassem compreender as condições de possibilidade para uma articulação entre ambos. Tal elucidação também possibilitou o mapeamento de agentes¹⁴ e a identificação de grupos em disputas na apresentação de pautas, estratégias e narrativas.

Logo, estruturou-se em sequência uma etapa importante desta investigação que consistiu na compreensão das diferentes narrativas em disputas em torno da questão da atuação dos partidos políticos, destacando-se o PCB, na construção das bases do Movimento da saúde e no projeto de elaboração do SUS. Essas narrativas foram obtidas em entrevistas previamente realizadas com os atores do Movimento encontradas na literatura, em revistas e periódicos do campo da Saúde Coletiva. Também utilizamos como fonte três entrevistas realizadas por Leandro Gonçalves em 2017 com atores-chaves do Movimento da Reforma Sanitária fruto da etapa metodológica de sua Tese de Doutorado (GONÇALVES, 2018) – gentilmente cedidas ao nosso estudo e autorizadas previamente pelos entrevistados. Foram ainda realizadas mais quatro entrevistas através

¹³ Como primeira etapa de aproximação do tema elencamos em nossa análise textos da literatura da Saúde Coletiva que buscavam teorizar e/ou identificar atores do Movimento da Reforma Sanitária do Brasil. Ver em Apêndice 1.

¹⁴ Apêndices B e C.

de roteiro semi-estruturado (apêndice 5) com atores-chaves do Movimento da Reforma Sanitária e que durante a sua trajetória profissional e/ou militante estiveram próximos à discussão entre partidos políticos e o Movimento da saúde. A realização dessas entrevistas serviu como uma estratégia metodológica de apoio ao estudo, auxiliando na compreensão de pontos e tópicos que não tinham sido esclarecidos na análise de narrativas previamente realizadas. Para o cumprimento desta etapa o projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP¹⁵ e aplicado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para as entrevistas ¹⁶.

Aqui a entrevista é entendida também como prática discursiva, tal como ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade (PINHEIRO, 2004). Uma vez que a linguagem é o que constitui o sentido, para Reis (2010) a história é entendida como uma representação narrativa de representações-fontes e a narrativa histórica uma construção imaginativa do passado. Ao explorar as narrativas históricas nas entrevistas, diferentemente do trabalho do historiador, podemos realizar o exercício filosófico de pensar a própria história e nos permitir pensar diferentemente.

Corroboramos, assim, com a ideia de Mendonça e Gonçalves (2019), e não nos projetamos a pensar a história humana como uma reta ou direcionada para a frente, em progresso, mas sim nos aproximando de

(...) experiências e referências passadas para nos lançar ou nos proteger do futuro. Mesmo que essas experiências não se repitam, elas nos inspiram, nos forçam a performances muito próximas às de gerações muito distantes de nós no tempo e no espaço (MENDONÇA E GONÇALVES, 2019, p. 206).

Com esse intuito, é que ao lançarmos nosso olhar aos achados da pesquisa – além de todos os pressupostos aqui apresentados – nos parece interessante também incluir em nossa lente de análise uma perspectiva que se alinha ao pensamento de autores do campo de estudos decoloniais¹⁷, sobretudo na América Latina a partir dos anos 1990 que

¹⁵ Nº parecer consubstanciado do projeto 3.265.671

¹⁶ Apêndice 4.

¹⁷ Segundo Ballestrin (2013) apresenta O a trajetória e o pensamento do Grupo Modernidade/Colonialidade (M/C), constituído no final dos anos 1990. Formado por intelectuais latino-americanos situados em diversas universidades das Américas, o coletivo realizou um movimento epistemológico fundamental para a renovação crítica e utópica das ciências sociais na América Latina no século XXI: a radicalização do argumento pós-colonial no continente por meio da noção de "giro decolonial". Assumindo uma miríade ampla de influências teóricas, o M/C atualiza a tradição crítica de pensamento latino-americano, oferece releituras históricas e problematiza velhas e novas questões para o continente. Defende a "opção decolonial" - epistêmica, teórica e política - para compreender e atuar no mundo, marcado pela permanência da colonialidade global nos diferentes níveis da vida pessoal e coletiva.

apresentam outros elementos para a análise da produção de conhecimentos e de saberes no campo das ciências sociais. Embora não seja tarefa central do estudo aprofundar em sua análise, os processos da colonialidade na produção de conhecimento e de saberes ficou evidente durante nossa trajetória investigativa do objeto de estudo e, principalmente no desvelar dos seus achados, que características arraigadas na formação social brasileira – **como expressões da colonialidade** – se fazem presentes na condução de estratégias e na construção de bases de sustentação de uma política e que isso não seria diferente na relação estabelecida entre “Partidão” e Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Nesse sentido, mesmo não explorando tais conceitos ao longo deste trabalho, nos pareceu interessante ao seu final sinalizar e indicar para estudos futuros a inclusão de uma perspectiva que considere na análise de políticas os processos de colonialidade.

Muito brevemente, trazemos a definição de colonialidade desenvolvida por Mignolo (2010) que a entende como parte indissociavelmente constitutiva e necessária da modernidade, onde a matriz colonial do poder é uma estrutura complexa de níveis entrelaçados, reproduzidas em uma tripla dimensão: a do poder, do saber e do ser. De acordo com Castro-Gomez (2005), os estudos de arqueologia e de genealogia tal como concebidas por Foucault, acabam deixando de capturar em suas análises lógicas fundamentais de reprodução da colonialidade¹⁸ do saber: o eurocentrismo¹⁹ e o colonialismo. Segundo Quijano (2005),

A elaboração intelectual do processo de modernidade produziu uma perspectiva de conhecimento e um modo de produzir conhecimento que demonstram o caráter do padrão mundial de poder: colonial/moderno, capitalista e eurocentrado. Essa perspectiva e modo concreto de produzir conhecimento se reconhecem como eurocentrismo (p. 9).

Direcionando esta discussão para o campo da análise de políticas, Ballestrin (2013), destaca a ausência de elaboração e preocupação com a teoria democrática no espectro da modernidade/colonialidade apontando, entretanto, que uma das estratégias

¹⁸ Na perspectiva dos pensadores decoloniais é possível identificar a emergência de uma colonialidade do poder - guerra, genocídio e conquista das Américas - e da colonialidade do saber, diretamente associado a “diferença colonial e geopolítica do conhecimento (MIGNOLO, 2002).

¹⁹“Eurocentrismo e, aqui, o nome de uma perspectiva de conhecimento cuja elaboração sistemática começou na Europa Ocidental antes de mediados do século XVII, ainda que algumas de suas raízes são sem dúvida mais velhas, ou mesmo antigas, e que nos séculos seguintes se tornou mundialmente hegemônica percorrendo o mesmo fluxo do domínio da Europa burguesa. Sua constituição ocorreu associada a específica secularização burguesa do pensamento europeu e a experiência e as necessidades padrão mundial de poder capitalista, colonial/moderno, eurocentrado, estabelecido a partir da América” (QUIJANO, 2005, p. 9).

dos pensadores decoloniais consiste justamente na revisão do que é considerado clássico. Questionam, portanto, o universalismo etnocêntrico, o eurocentrismo teórico, o nacionalismo metodológico, o positivismo epistemológico e o neoliberalismo científico contidos nas principais correntes das ciências sociais. Embora se reconheça a importância de autores que no contexto da modernidade eurocêntrica apontaram o sofrimento humano, a denúncia ao eurocentrismo do marxismo, por exemplo, se insere na sua afirmação como única utopia radical, crítica e anticapitalista, para o século XXI (BALLESTRIN, 2013).

O processo de decolonização não deve ser confundido com a rejeição da criação humana realizada pelo Norte global e associado com aquilo que seria genuinamente criado no Sul, no que pese práticas, experiências, pensamentos, conceitos e teorias. Ele pode ser lido como contraponto e resposta à tendência histórica da divisão de trabalho no âmbito das ciências sociais (Alatas, 2003), na qual o Sul Global fornece experiências, enquanto o Norte Global as teoriza e as aplica (Connell, 2012) (BALLESTRIN, 2013, p.108).

Acreditamos, portanto, que a inclusão deste ponto-chave de leitura em nossa análise poderá agregar uma importante contribuição para a discussão em torno da análise da política nacional de saúde no Brasil. Em nossa hipótese, o processo de construção de bases de sustentação do Movimento da Reforma e as estratégias para condução do projeto de elaboração do SUS, ao serem influenciadas por um partido de esquerda de vertente marxista, que naquela determinada conjuntura política atuava sob uma determinada racionalidade e pensamento teórico, possa ter deixado de capturar e incluir como preocupação ou prioridade uma série de nuances presentes na composição da sociedade brasileira, expressões de um processo de colonialidade que extrapolam as questões de classe social. Nesse sentido, buscaremos pelo menos apontar certos padrões de reprodução de processos de colonialidade, nas estratégias elencadas como prioritárias em detrimento de estratégias e práticas discursivas silenciadas e/ou apagadas, apontando tais evidências como indicações para futuras discussões e estudos.

3. PARTIDOS POLÍTICOS E MOVIMENTOS SOCIAIS: INTERAÇÃO NO SISTEMA POLÍTICO BRASILEIRO

Antes de investigarmos a influência do PCB na construção de bases de apoio e na condução das estratégias políticas e organizativas do Movimento da Reforma Sanitária durante o processo de construção do SUS, será importante compreender tanto o papel dos partidos políticos quanto dos movimentos sociais enquanto componentes do sistema político e da base de sustentação de agendas políticas. Por concebermos neste trabalho a noção de política como um campo de exercício de poder, onde as decisões são compreendidas como expressão de correlação de forças de arranjos sociais (BAPTISTA; MATTOS, 2015), interessa-nos reconhecer como a relação entre estes dois elementos se estabelecem de maneira mais geral para, em seguida, investigar mais especificamente como essa articulação se deu na construção da política de saúde no Brasil.

Para começar, um sistema político pode ser compreendido como um subsistema de uma sociedade, no qual o indivíduo pode desempenhar diferentes papéis: cidadão, eleitor, integrante de um partido político ou de uma associação profissional, como parlamentar nos diversos níveis de representação ou como manifestante. Oriundo do pensamento liberal dos séculos XVIII e XIX este sistema de representação política prevalece até hoje como forma de mediação entre governantes nas nações capitalistas (LIMA JÚNIOR, 1993). Já os partidos políticos, componentes desse sistema, podem ser definidos como “qualquer grupo político identificado por nome oficial que se apresenta em eleições e é capaz de apresentar, em eleições livres ou não, candidatos aos postos públicos” (SARTORI 1968 apud LIMA JÚNIOR, 1993, p. 14). Passam a ser instituições centrais da democracia junto aos corpos legislativos e o executivo por meio das eleições, onde são escolhidos os representantes que exercerão a função governativa (LIMA JÚNIOR, 1993).

De acordo com Bobbio (1998), os partidos possuem como principal característica a natureza associativa, orientada para a conquista do poder político dentro de uma comunidade e motivada por uma multiplicidade de estímulos e objetivos. Podem ser compostos por grupos unidos por vínculos pessoais ou por organizações complexas da sociedade civil, buscando garantir o direito do povo à participação na gestão do poder político. O seu nascimento e desenvolvimento está intimamente ligado ao aumento progressivo da demanda por participação das classes sociais e dos diversos estratos da sociedade no processo de formação das decisões políticas.

É em tal situação que emergem grupos mais ou menos amplos e mais ou menos organizados que se propõem agir em prol de uma ampliação da gestão do poder político a setores da sociedade que dela ficavam excluídos ou que propõem uma estruturação política e social diferente da própria sociedade. Naturalmente, o tipo de mobilização e os estratos sociais envolvidos, além da organização política de cada país, determinam em grande parte as características distintivas dos grupos políticos que assim se formam. (BOBBIO, 1998, p.899).

Enquanto organizações, os partidos políticos podem atuar assumindo funções estratégicas como grupos de competição eleitoral, composição de governos ou oposição, representantes de interesses e opiniões na esfera pública, além de se constituírem como um espaço privilegiado para formação de líderes e ativistas políticos (DULCI, 2003). Possuem ainda uma grande importância para o processo de ampliação do Estado²⁰- conceito fundamental no pensamento de Gramsci e muito influente nos partidos de esquerda do Brasil, como veremos mais adiante neste estudo – pois, podem desempenhar um papel de auxílio à estruturação de diferentes dimensões presentes na sociedade tais como o político, o social, o cultural e a ética dos setores subalternos na luta por direitos civis e sociais (RUSCHEINSKY, 1998).

Na história das nações onde hoje a democracia é reconhecida como consolidada, a criação de partidos políticos se deu com ampliada base de sustentação social, assumindo a função de canalização de conflitos sociais e estruturação de demandas sociais. Ao longo do seu desenvolvimento puderam atuar como um instrumento de inclusão de grupos sociais no sistema político, expressando, de modo mais ou menos completo, as próprias reivindicações e necessidades, e participando, de modo mais ou menos eficaz, da formação das decisões políticas (BOBBIO, 1998).

No Brasil, especificamente, os partidos políticos se consolidam enfrentando um traço marcante da história brasileira que é a descontinuidade dos sistemas partidários, consequência das mudanças de regime e da criação de diferentes Constituições desde a Independência do país (DULCI, 2003). Segundo Scott Mainwaring,

as principais características dos partidos políticos brasileiros são sua fragilidade, seu caráter efêmero, suas fracas raízes na sociedade e a autonomia de que desfrutaram os políticos com relação aos partidos. Comparados aos partidos dos outros países

²⁰ A ideia de Estado ampliado disseminado por Gramsci se tornaria um conceito fundamental nos partidos de esquerda no Brasil, sobretudo, o PCB. Em capítulo dedicado à história e estratégias políticas do PCB detalharemos melhor este conceito, bem como a sua influência na condução de estratégias do Movimento da Reforma Sanitária brasileira.

mais desenvolvidos da América Latina, os partidos brasileiros são singularmente frágeis. De fato, diante do nível de desenvolvimento econômico do país, o Brasil pode ser um caso único de subdesenvolvimento partidário no mundo. (apud DULCI, 2003, p.301).

O reconhecimento dessa fragilidade indica uma trajetória marcada pela instabilidade, onde diferentes sistemas partidários e regimes políticos foram experimentados, com modificações nas regras eleitorais até questões de propaganda e financiamento de campanhas. De acordo com Dulci (2003), essa instabilidade atravessa os partidos políticos e o sistema partidário ao qual compõem, dificultando o desempenho de suas funções, o amadurecimento de suas propostas e identidade, além do vínculo efetivo com os setores de opinião e de eleitores que pretendem representar. Ou seja, diferentemente de nações onde o desenvolvimento dos partidos envolveu uma base de sustentação social ampla, a instabilidade do sistema político brasileiro fragilizaria a capacidade dos partidos efetivamente representarem os conflitos e as demandas expressas pelos diferentes grupos e movimentos sociais na gestão do poder político.

Por sua vez, os movimentos sociais, quando estruturados, atuam em negociação com os diferentes atores que compõem um sistema político (TOURINE, 1989). Geralmente nascem do consenso de demandas, alicerçando-se na solidariedade, estruturando-se juridicamente e atuando pela pressão exercida pelas ações coletivas (RUSCHEINSKY, 1998). De acordo com Ruscheinsky (1998), os movimentos aparentam homogeneidade, sem uma definição clara de hierarquia e tendem a lutar “por direitos sociais, por interesses variados, nos quais as decisões públicas, apesar de se pautarem pelo conflito de interesses, tendem a solver-se em consenso” (p.104).

Assim como os partidos políticos, os movimentos sociais estão inseridos em um terreno permeado por uma teia de relações em que também atuam agentes como o Estado, e os diferentes agrupamentos e organizações ideológicas. Ao estabelecer negociações com estes agentes visam a implementação de suas pautas na agenda política, a institucionalidade de suas reivindicações ou o fortalecimento das bases que propiciem as mudanças almejadas nos espaços de correlações de forças das decisões políticas e nos processos participativos. De maneira mais específica, a associação dos movimentos sociais junto aos partidos políticos se estabelece na medida em que esses necessitam aglutinar forças e unificar lutas para o suprimento das carências estruturais, maximizando assim potencialidades de ambos os atores (RUSCHEINSKY, 1998). A presença partidária nos movimentos supriria, assim, a sua limitada capacidade política e possibilitaria o

alcance de instâncias superiores ou gerais da sociedade, oferecendo condições políticas para direcionar os objetivos de longo prazo.

(...) o auxílio partidário estaria, assim, em referência a uma falha congênita, relativa às limitações das reivindicações restritas ao econômico, à incapacidade de influenciar os centros de decisão e à constante necessidade de assessorias para a mediação técnico-jurídica e as negociações com a esfera estatal. Ainda mais, a prática mostraria que, por si sós, os movimentos, emaranhados que estariam em uma série de condicionamentos culturais e políticos, seriam incapazes de produzir espaços sociais nos quais se transformam efetivamente as relações sociais. (RUSCHEINSKY, 1998, p. 100).

Segundo Cardoso (1981) os movimentos sociais são necessariamente fluidos e, com o passar do tempo, tendem a tornar-se uma organização ou se diluem, seja pelo alcance das demandas ou pelas dificuldades para atingir seus objetivos. De maneira geral, possuem uma vida curta e quando persistem ao longo do tempo é porque prescindem de algum tipo de organização política que possibilite a sua instrumentalização.

No entanto, a aglutinação dos movimentos sociais com os partidos políticos apresentaria dilemas importantes. O primeiro deles refere-se à rigidez das estruturas partidárias (CARDOSO, 1981), apresentando-se para os movimentos como instâncias externas e superiores, política e ideologicamente, desembocando em relações de submissão. Portanto, embora a aglutinação possibilitasse uma aproximação da institucionalização e a representação política com vistas a assegurar legalmente os direitos sociais almejados, as estratégias priorizadas pelos partidos – como, por exemplo, a conquista do Estado para somente depois introduzir as mudanças propostas pelos movimentos – poderiam estabelecer relações instrumentalizadas e unilaterais entre esses atores, dificultando a incorporação de seus interesses e demandas no espaço de correlação de forças (RUSCHEINSKY, 1998).

Outro dilema elucidado refere-se às mudanças exigidas aos movimentos para o contato com a esfera institucional e a aproximação com a institucionalização. Para Cardoso (1981) se, por um lado, trata-se de uma condição para que o movimento se desenvolva, já que sem influência institucional dificilmente atingirá a mudança social almejada; por outro lado, pode significar um processo de debilidade ao movimento, no sentido de arrefecer e amainar a sua radicalidade. Torna-se um impasse, portanto, a manutenção da autonomia política e cultural dos movimentos ao mesmo tempo em que se faz necessário consolidar alianças ou obter acesso às instâncias decisórias.

De acordo com autores como Silva e Rabelo (1985) e Boschi (1989), no caso brasileiro é interessante perceber que, se em um primeiro momento a relação entre os movimentos sociais, partidos políticos e Estado se estabeleceu por meio da negociação e oposição, a partir dos anos 1980 ela se redireciona no sentido de uma convergência devido ao contexto de transição democrática. Com o fim da ditadura civil-militar brasileira há uma inflexão no posicionamento dos movimentos sociais que agora passam a buscar alianças e encontram nos partidos políticos e na burocracia estatal e partidária a possibilidade de institucionalização e garantia da introdução de suas pautas na nova agenda política a ser construída. Além disso, é também ao longo da década de 1980 que profissionais e a militância de base atuam junto às demandas populares, somadas ao desenvolvimento de um conjunto de lideranças empenhadas na aproximação com a instituição político-partidária. Segundo Ruscheinsky (1998), o que se observa, portanto, é a gradativa incorporação de técnicos e intelectuais nos órgãos estatais inclinados a um posicionamento de negociação com os movimentos sociais.

De acordo com Martins (1989), o período de “transição” pode ser compreendido como o lapso de tempo que decorre entre a liquidação de um regime autoritário e a institucionalização de um outro regime, seja ele democrático ou não. No caso brasileiro essa transição se deu na forma de transação onde, segundo Marengo (1989), o regime autoritário é quem “inicia a transição, fixa alguns limites para a mudança política e permanece como força eleitoral relativamente importante durante a transição, implicando elevada continuidade de elites, estruturas e instituições políticas” (MARENCO, 1989,p. 89). Conforme Coutinho (2006) o conceito de “revolução passiva”²¹ de Gramsci ilustra bem esse modelo de transição como os processos de transformação em que ocorre uma conciliação entre as frações modernas e atrasadas das classes dominantes em uma determinada sociedade, excluindo as camadas populares de uma participação mais ampla nestes processos. São, portanto, de transformações que ocorrem “pelo alto”.

Para Martins (1989) o processo de transição democrática no Brasil veio acompanhado de um sentimento de progressivo distanciamento entre a cidadania e sua representação política, bem como entre as instituições políticas e a sociedade. Uma das justificativas para este aparente afastamento seria o próprio processo de elaboração da Constituinte e sua débil reação às intervenções do executivo e dos militares em decisões importantes, tais como as que envolviam o controle da transição e construção

²¹ A ideia de “revolução passiva” de Gramsci torna-se também um conceito fundamental no pensamento pecebista e será mais bem detalhado no capítulo referente à história e as estratégias políticas do PCB.

democrática. A segunda, seria a identificação da existência de um número considerável de parlamentares orientados, ou permeáveis, a recompensas “fisiológicas”, tornando difícil a disciplina partidária e a fixação e implementação de diretrizes partidárias voltadas para a condução do processo político, afetando, assim, o desempenho do sistema partidário.

O autor chama atenção ainda para a defasagem que foi se estabelecendo entre o discurso democrático e a prática política da construção democrática. Destaca, assim, a predominância de uma espécie de visão convencional e jurídicista do processo político da transição, ignorando as complexas variáveis econômicas e sociais implicadas nesse processo, capazes de condicionar a natureza de seu desfecho. Haveria, assim,

(...) um pressuposto de ter sido plenamente atingida a “normalidade” democrática que seria consolidada pela promulgação da nova Constituição – que consubstanciaria e encerraria todas as tarefas políticas de transição. (MARTINS, 1989, p.240).

De acordo com Martins (1989), esse seria um dos traços fundamente arraigados na cultura política brasileira: a ideia de que a norma (jurídica) criaria o fato (social), como expressão de uma mentalidade bacharelesca e tecnocrática de mudar a sociedade pela via jurídica ou administrativa e não política. Outro traço se refere à prática de conceder estatuto constitucional às inovações designadas como “conquistas” com a pretensão de garanti-las contra a instabilidade do processo político brasileiro e a fluidez das maiorias parlamentares, convertendo, assim, o circunstancial em permanente. A estratégia de estender o trabalho da Assembleia Constituinte a uma gama de questões sociais polêmicas no período em detrimento de uma limitação do escopo à definição das regras do jogo político, pode ser compreendida como uma representação desses traços arraigados (MARTINS, 1989).

A mobilização de grupos de interesse e de pressão –incluindo os movimentos sociais organizados – para influenciar as decisões políticas em sociedades recém-saídas de regimes autoritários é considerado como saudável e se constituiu uma importante característica das democracias contemporâneas. Mas, para isso exige duas qualificações importantes: que a mobilização a partir dos interesses, particulares ou corporativos, pressione os membros da representação partidária, mas não bloqueie a capacidade decisória dos partidos ou desqualifique a função de agregar interesses mais gerais da sociedade; que a mobilização de interesses, contribua para a diferenciação ideológica entre organizações partidárias, onde a competição pelo poder possa se organizar a partir

de opções políticas que de alguma forma correspondam às clivagens de interesses entre atores coletivos e que se traduzam em projetos políticos alternativos (MARTINS, 1989).

Ainda segundo Martins (1989) no caso brasileiro, a mobilização de interesses no momento da Constituinte acentuou a desarticulação de decisões partidárias, sem produzir clarificação ideológica entre os partidos majoritários. A contingência de acumulação de forças contra o regime autoritário converteu-se em característica permanente do maior partido político de oposição do país no curso da transição: o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Em prol da manutenção da unidade formal e da sua utilização como legenda eleitoral, o PMDB passou a depender da “administração” de heterogeneidades incompatíveis com as estratégias políticas que não fossem apenas de natureza eleitoral (MARTINS, 1989).

Por outro lado, vê-se a emergência de clivagens de interesses provocadas pela decisão de criar novas regras do jogo político simultaneamente à definição constitucional de muitas mudanças administrativas, econômicas e sociais – “embora não necessariamente das reformas que eliminassem problemas imediatos de governabilidade” (MARTINS, 1989, p. 242), determinando novas e sucessivas fragmentações intrapartidárias. Para Abranches (2018), no processo de elaboração da Constituinte, os constituintes cuidaram mais dos direitos e menos da modelagem do sistema político, para que este pudesse garantir, com eficácia e suficiência, os direitos inerentes ao estado democrático. Também nesse sentido, Martins (1989) se posiciona:

De arena de decisões políticas partidárias a Constituinte se transformou, assim, num anfiteatro para ação de *lobbies* os mais variados: empresários, proprietários agrícolas, empresas multinacionais, categorias profissionais, microempresas devedoras, índios, setor moderno da informática, nacionalistas dos anos 50 revivendo “o petróleo é nosso”, e quantos mais tinham interesses a defender (e podiam se organizar para fazê-lo) junto aos constituintes, independentemente de suas filiações partidárias. Pressões essas que se exerceram não para modificar diretrizes partidárias, mas no vazio criado pela ausência dessas diretrizes. O que explica que a constituinte se tenha transformado muitas vezes numa “caixa de surpresas”, pela aprovação, por maiorias ocasionais, de medidas altamente controvertidas (MARTINS, 1989, p. 243).

A desarticulação partidária como consequência dessa mobilização de interesses, sem diferenciação ideológica, faz, portanto, com que os interesses organizados e os movimentos sociais, acabem encontrando espaço de atuação menos em paralelo à ação partidária do que em substituição a ela. Nesse sentido, a ausência de diretrizes partidárias,

reforçou tendências individualistas e personalistas como o referencial da ação política predominante, fragmentando-a ainda mais (MARTINS, 1989).

Assim, as iniciativas isoladas e escoteiras sobre temas altamente controversos acabaram prevalecendo na votação final, às vezes por efeito de simples barganhas individualmente realizadas entre parlamentares, independentemente de suas filiações partidárias, de suas posições ideológicas ou de interesses corporativos (MARTINS, 1989, p.244).

Pode-se verificar então, que o desempenho dos atores em cena durante a transição democrática resulta de um certo padrão de ação política, pautado na regulação jurídica associado à personalização de papéis, que substituem as noções de instituição e processo. Logo, a transição concebida como uma justaposição de situações, e não como processo, dissociaria a prática política da ideia de estratégia, da mesma forma que a instituição partido político torna-se desarticulada internamente, sem que tais clivagens possam se traduzir em projetos políticos alternativos reconhecidos pela sociedade (MARTINS, 1989).

Offe (1988), por sua vez, traz uma contribuição para essa discussão ao analisar essa relação a partir das práticas instituintes, englobando assim elementos culturais e políticos na abordagem dos movimentos sociais emergentes. Nessa perspectiva, é através do campo das práticas sociais que os movimentos, sobretudo aqueles inovadores, são capazes de instituir novos espaços sociais, apresentando-se, muitas vezes, hostis à tradição da representação política e ao sistema partidário, que perdem em funcionalidade e credibilidade, já que não conseguem oferecer espaços nos quais as demandas podem ser processadas. Assim, os partidos políticos deixariam gradativamente de ser uma referência importante como canal de expressão política de interesses e a participação direta definiria o limite de ação política dos movimentos. Através da participação direta os agentes sociais instituiriam novos caminhos e espaços, onde o cotidiano renovado é entendido e legitimado como espaço de expressão política.

Encontramos assim, um dilema fundamental que passa a permear a discussão da articulação entre movimentos sociais e partidos que é a questão da representação. Uma vez que o campo dos movimentos sociais se configura de forma heterogênea e é atravessado por diversas diferenças, faz-se necessário problematizar a própria noção de representação que não considere as controvérsias e a pretensão de homogeneidade e coesão interna (RUSCHEINSKY, 1998).

Ruscheinsky (1998) afirma que sempre existem opções partidárias no interior das mobilizações públicas e de que os entendimentos com a esfera pública impõem delimitações, sobretudo ao que se refere ao campo da legalidade. Da mesma forma, é importante indagar se as opções partidárias são assimiladas e tomadas no transcurso do desenvolvimento da demanda ou se há a presença de agrupamentos partidários atuando no curso da estruturação das lutas sociais. De acordo com o autor, no caso brasileiro:

não parece fácil delinear a prática de grupos de esquerda nas instâncias dos movimentos sociais enquanto se movem na clandestinidade e ao mesmo tempo atuam com uma outra fachada legal. Somam-se consequências diversas ante um vínculo ideológico de estatuto específico e a identificação exterior ou pública com um partido institucional, de maneira peculiar devido à disputa pela hegemonia política junto aos movimentos sociais e à questão ideológica e programática, bem como as influências para negociar as demandas (RUSCHEINSKY, 1998, p. 87).

No caso específico da saúde, e considerando o Movimento da Reforma Sanitária como um movimento social em articulação com diferentes atores que compõem um campo político com vistas a institucionalização e a garantia de suas pautas em uma agenda política, verificamos na literatura pesquisada menções à influência de partidos políticos desde sua gênese até o momento de implementação da política de saúde. No entanto, um partido se destaca, sobretudo pelo expressivo número de militantes, incluindo lideranças importantes, com dupla inserção entre partido e movimento: o PCB. Porém, essas menções encontram-se subsumidas, ou talvez camufladas, pelo discurso de suprapartidarismo e de coalisão de interesses para o enfrentamento da questão democrática e superação do regime militar. Esta é uma característica presente no processo de negociação e de articulação entre os partidos políticos e os movimentos sociais no Brasil, principalmente durante o processo de construção da Constituinte na década de 1980, mas também pode ser identificada como um modo de operar do PCB presente ao longo de sua trajetória política e institucional.

Da mesma forma, ao buscarmos definir neste capítulo a noção de partidos políticos, movimentos sociais e a articulação existente entre esses dois entes de um sistema político e das bases de sustentação de uma política, pudemos identificar certos padrões de ação política, ou modos de operar, específicos do caso brasileiro que de maneira ampla influenciam a condução de estratégias. A priorização do aparelhamento do Estado e da garantia da norma jurídica em detrimento de uma introdução de mudanças pelos movimentos sociais e populares e a vivência de processos de transição sem rupturas

radicais, mas com a manutenção e continuidade de classes dominantes e estruturas da formação da sociedade brasileira, são exemplos que ilustram essa afirmação, e que também estão presentes nos modos de fazer política do PCB e da arena de disputas políticas do campo da saúde brasileiro, como veremos mais adiante nesse trabalho.

4. PARTIDOS POLÍTICOS NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Como já citado na introdução deste trabalho, o Movimento da Reforma Sanitária nasce no campo da saúde alinhado ao pensamento progressista e a propostas que, para além das reformulações organizativas do sistema de saúde vigente, buscavam uma superação do regime ditatorial e a conquista de democracia. A defesa de um conceito de saúde ampliado, com a melhoria das condições de saúde da população considerando os seus determinantes sociais, exigiria mudanças na estrutura social do Estado brasileiro através da redemocratização, sendo, portanto, imprescindível a articulação do Movimento da saúde com os partidos políticos e demais movimentos sociais para o alcance desse objetivo. Neste capítulo, nos debruçaremos sobre o contexto político institucional dos partidos políticos brasileiros a partir do final da década de 1960 até o final da década de 1980, período que abrange o início da ditadura civil-militar brasileira até a redemocratização e a retomada do pluripartidarismo. Apresentaremos esse contexto também com o intuito de conseguir melhor compreender as condições de possibilidades de emergência do Movimento da Reforma Sanitária brasileira que vai se delineando enquanto movimento a partir da década de 1970. Além disso, será importante elucidar a conformação dos partidos políticos brasileiros neste período, uma vez que o PCB – partido com o maior número de militantes envolvidos no Movimento da Reforma Sanitária – e os demais partidos de esquerda e do campo progressista estavam sob condição de ilegalidade e clandestinidade durante a gênese do Movimento, o que acarretou na necessidade de arranjos e articulações alternativas.

4.1 DO BIPARTIDARISMO AO PLURIPARTIDARISMO

O golpe civil-militar de 1964 inicia no Brasil uma fase sombria de ditadura, com seus generais-presidentes e em um longo período de repressão, prisões arbitrárias, torturas, mortes, relegando a República a um recesso forçado (ABRANCHES, 2018). O Brasil foi o único entre os regimes autoritários na América Latina que permitiu que o Legislativo continuasse operando após a tomada do poder (REGO, 2008). Contudo,

não se pode considerar republicano um regime autoritário, com vocação totalitária, baseado na repressão, no quais generais se alternavam na Presidência. As eleições para o Legislativo, apesar de ocorrerem, eram confinadas a um sistema bipartidário imposto e artificial. Além disso, os resultados eleitorais eram

sistematicamente expurgados dos opositores mais duros, por meios da cassação, no atacado, de mandatos. (ABRANCHES, 2018, p.73).

Ao permanecer aberto, o Congresso Nacional continuou desempenhando funções legislativas de forma bastante restrita, servindo como um canal de informação para o centro administrativo do regime e como instrumento de fiscalização e de controle, perdendo a sua função principal que é legislar (REGO, 2008). De acordo com Rego (2008), apesar de sofrer grandes limitações, o Legislativo permaneceu como reflexo da sociedade brasileira, pois membros da elite política e econômica continuavam participando da instituição, inclusive em posições de liderança no Congresso. A presença de banqueiros, industriais, proprietários de terra, dentre outros, sinalizavam que mesmo sem suas atribuições normais e com sua aparente sujeição ao Executivo, o Legislativo dispunha de certa influência sendo atraente às lideranças econômicas vigentes.

Com relação à conformação de partidos políticos nesse período, desde o decreto do Ato Institucional nº 2 de 1965²², uma reforma partidária extensa foi imposta. O AI-2 permitiu a reabertura do processo de cassações políticas e ao mesmo tempo impôs a dissolução de todos os partidos políticos existentes e a implantação de um sistema bipartidário “provisório” representado por dois partidos: a Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). A ARENA representava um partido de apoio ao governo militar e recebeu muitos integrantes oriundos da antiga União Democrática Nacional (UDN)²³, parte do Partido Social Democrático (PSD)²⁴ e de alguns pequenos partidos, cujos parlamentares eram considerados mais conservadores. Já o MDB desempenhava o papel de uma oposição ao governo, numa espécie de oposição consentida²⁵. Foi necessário, inclusive, a influência do próprio Presidente Castello Branco

²² Segundo Fleischer (1981) o AI-2 foi baixado em outubro de 1965 após as eleições para governador, percebidas como “anti-revolucionárias” e negativas pelo então sistema do regime militar.

²³ A UDN foi um partido fundado em 1945, opositor às políticas e à figura de Getúlio Vargas e de orientação conservadora. Caracterizava-se pelo liberalismo clássico e forte oposição ao populismo. Sua principal liderança era o jornalista Carlos Lacerda, deputado federal pela legenda de 1947 a 1955 e governador do estado da Guanabara em 1960 (REGO, 2008).

²⁴ O PSD de caráter centrista, entre 1945 e 1964, formava, junto com o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) o bloco pró-getulista da política brasileira, em oposição à União Democrática Nacional (UDN), antigetulista. Foi o partido majoritário na Câmara dos Deputados e no Senado. Elegeram dois presidentes da República: Eurico Gaspar Dutra, em 1945, e Juscelino Kubitschek de Oliveira, em 1955 (LIMA JÚNIOR, 1981).

²⁵ Segundo Rego (2008), durante o bipartidarismo provisório a oposição era dividida entre opositores moderados e autênticos, ou radicais. Os integrantes do MDB eram reconhecidos como opositores moderados, já que participavam do jogo político do governo militar atuando como uma oposição consentida.

– militar considerado da linha moderada – para convencer parlamentares²⁶ conservadores a se inscreverem no novo partido²⁷ (REGO, 2008).

Em qualquer regime, o partido político é o instrumento utilizado para dar sustentação política à implementação das políticas de governo. Entretanto, o governo militar não pedia ao partido oficial sustentação política, mas apresentava-lhe tão-somente decisões políticas tomadas de uma forma autoritária, sem dar ao partido condições de assumir ao menos parte do crédito por decisões eventualmente acertadas (REGO, 2008, p. 50).

Ainda de acordo com Rego (2008), no interior do MDB, duas alas destacavam-se: a dos opositoristas radicais ou também chamados de “imatuross”²⁸, que defendiam o boicote ao regime e às eleições – já que estas eram ilegítimas e anti-democráticas; e a outra conhecida como moderada ou “autêntica”, mais proeminente no interior do partido e que defendia o funcionamento do Congresso dentro das regras impostas pelo regime militar. Alinhado ao pensamento da ala mais radical do MDB era possível perceber a influência de partidos na clandestinidade, como PCB e o PC do B²⁹. Melhem (1998) destaca a existência de dupla militância dos integrantes destes partidos considerados ilegais, mesmo sendo esta atuação mais restrita, pois parte da esquerda renegava o MDB e colocavam em xeque o seu caráter opositorista.

De acordo Marcio Moreira Alves – importante parlamentar, considerado um dos principais membros da ala “radical” do MDB – eram estratégias deste grupo:

(...) usar permanentemente a tribuna para denunciar o governo, responder com apertes ou discursos às tentativas de defesa que os deputados governistas acaso empreendessem, criar comissões parlamentares de inquérito, forçar visitas a presos políticos nas cadeias, fazer conferências onde quer que lhes abrissem espaço, escrever artigos e dar entrevistas, participar de assembleias de intelectuais e estudantes, ir às passeatas, apoiar as greves, enfim, usar as imunidades que garantem as opiniões políticas dos congressistas para forçar o regime ou a retroceder, ou a tirar definitivamente a máscara e revelar-se uma ditadura aberta (ALVES, 1993, p.139).

²⁶ De 1966 a 1971 a presidência do MDB foi de Oscar Porto, general reformado do Exército e senador pelo estado do Acre em 1966 (REGO, 2008).

²⁷ Segundo o autor, o novo partido necessitava inscrever 120 deputados e 20 senadores para o seu funcionamento legal, contudo apenas oito parlamentares se dispuseram a juntar-se ao MDB espontaneamente.

²⁸ O termo “imatuross” foi utilizado pelo grupo moderado do próprio MDB devido a pouca idade e a disposição de assumir o risco de lutar contra o regime militar (ALVES, 1993).

²⁹ O PC do B é criado na década de 1970 na clandestinidade por dissidentes do PCB. Veremos com mais detalhes no capítulo a seguir.

Por sua vez, na ala moderada ou “autêntica” havia uma disposição para cooperar com o regime militar, mas como destaca Rego (2008) “muitos acreditavam fortemente que o Legislativo deveria ser usado como plataforma para insuflar um movimento popular contra o governo” (REGO, 2008, p. 108). O representante mais emblemático desta ala era o parlamentar Ulisses Guimarães³⁰, na época deputado pelo estado de São Paulo e dissidente do Partido Social Democrático (PSD) que durante toda a ditadura militar tornou-se a principal voz da oposição dentro do congresso, tornando-se em 1971 a liderança do MDB. Outros importantes parlamentares também aderiram ao partido de oposição – muitos dissidentes do PSD, Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)³¹ e alguns do Partido Democrata Cristão (PDC)³² – como Tancredo Neves³³ (PSD) e Franco Montoro³⁴ (PDC). Em 1966, foi eleito como líder do partido o então deputado de São Paulo, Mario Covas³⁵, representante com forte ligação com o movimento sindical no período e dissidente do antigo Partido Social Trabalhista³⁶ (PST).

Na primeira eleição para a Câmara de Deputados realizada no sistema bipartidário (1966), a ARENA obteve maior representação, sendo assim, considerada o partido dominante (tabela1), embora o resultado deste pleito tenha formado uma nova oposição de legisladores no MDB aumentando a influência dos chamados “radicais” (SARTORI,1982). O acirramento interno no Congresso³⁷ e a intensificação de protestos contra o regime como o do movimento estudantil e ação mais expressiva na defesa dos direitos humanos pela Igreja, tornam-se um pretexto para a promulgação do Ato

³⁰ A identificação e a trajetória de parlamentares citados nas entrevistas como participantes da discussão da saúde encontra-se no Apêndice 3.

³¹ Fundado em 1945, liderado por Getúlio Vargas e tinha como o operariado urbano e os sindicatos como principal base eleitoral. Sua pauta partidária incluía reformas como: a urbana, a agrária, da educação, além do desenvolvimento industrial e a nacionalização de recursos e na educação. Sua criação serviu como anteparo, na classe popular e trabalhadora, à influência do Partido Comunista Brasileiro (PCB), e demais organizações de esquerda. Em 1965, foi extinto através do Ato Institucional nº2, juntamente aos outros partidos existentes. Muitos de seus integrantes foram cassados, ou migraram para o MDB. Com o fim do bipartidarismo, foi um dos poucos partidos extintos que retornaram ao cenário político com a mesma legenda (GOMES, 2002).

³² Fundado em 1945, era considerado um partido conservador moderado de oposição ao getulismo, muito influente em São Paulo. Foi extinto em 1965 com o AI-2 durante o regime militar e refundado em 1985. (LIMA JÚNIOR, 1981)

³³ Apêndice 3.

³⁴ Apêndice 3.

³⁵ Apêndice 3.

³⁶ O PST foi criado por dissidentes do antigo PSD, entre 1946 e 1965. Há uma versão que conta que sua criação seria apenas uma troca de nome do antigo PPB (Partido Proletário do Brasil).

³⁷ O estopim para a promulgação do AI-5 foi o pronunciamento do deputado Márcio Moreira Alves, do MDB, na Câmara, nos dias 2 e 3 de setembro, lançando um apelo para que o povo não participasse dos desfiles militares do 7 de Setembro e para que as moças, “ardentes de liberdade”, se recusassem a sair com oficiais. Outro deputado do MDB, Hermano Alves, também escreveu uma série de artigos no Correio da Manhã considerados provocações pelos militares (D’ARAUJO, s/ data).

Institucional nº 5 (AI-5) que representaria o decreto mais duro do regime. Baixado em 13 de dezembro de 1968, o AI-5 produziu uma série de ações arbitrárias, dando poder de exceção aos governantes para punir arbitrariamente os que fossem inimigos do regime ou como tal considerados, vigorando até 1978 (D'ARAUJO, s/data). No Congresso representou uma onda de cassações de mandatos e perda dos direitos políticos. Ao todo, 105 congressistas tiveram os mandatos cassados, incluindo “traidores” da ARENA (37) e opositores do MDB (51) (REGO, 2008).

De 1967 a 1973 o chamado “milagre econômico brasileiro” representou uma trajetória do processo acelerado de industrialização e da taxa média de crescimento do PIB. Contudo, a partir de 1974 a crise econômica mundial oriunda do choque do petróleo gera impactos à economia brasileira e ao processo de crescimento econômico. O fim do “milagre econômico” brasileiro deixaria ainda mais aparente o desgaste do regime ditatorial instalado desde 1964, acentuando a necessidade de transformações na sociedade. Por essa razão, já no governo do General Ernesto Geisel em 1974 se iniciava a chamada “abertura” política que se daria de forma “lenta, gradual e segura”, ou seja, um projeto de abertura “pelo alto” (SILVA, 2005).

De acordo com Araújo (2000), esta abertura política resultou de um duplo processo: conflitos internos ao regime e a pressão da sociedade civil. No primeiro caso, o conflito entre os chamados grupos de militares “duros” e moderados³⁸, ganhava novos contornos a partir do interesse de alguns integrantes do regime em liberalizá-lo, o que demandava um desmonte do aparato repressivo. Por outro lado, emergia uma pressão da sociedade civil para que o regime radicalizasse o processo de abertura e de redemocratização do país (FICO, 2004).

No Congresso o lançamento de uma “anticandidatura” com Ulisses Guimarães como candidato para o voto indireto à presidente pelo MDB, desperta a atenção e apoio da opinião pública para a questão da oposição dentro do regime. Mesmo ciente da improvável vitória através do voto do colégio eleitoral – votaram 497 membros do colégio eleitoral, sendo 400 votos para o candidato da ARENA contra 76 votos para o candidato do MDB – Ulisses Guimarães utilizou estrategicamente esta candidatura e conseguiu que

³⁸ “Duros” eram considerados aqueles militares que defendiam a radicalização da ditadura, pois acreditavam que o Legislativo poderia representar uma ameaça à estabilidade política do regime. Já os moderados, também chamados de legalistas, defendiam uma postura mais flexível e a continuidade do funcionamento do Congresso (REGO, 2008; ARAÚJO, 2000).

a visibilidade deste pleito culminasse em um avanço nas eleições de 1974 para Senado e Câmara dos Deputados (REGO, 2008).

Além disso, a chamada Lei Etelvino Lins³⁹, aprovada em 1974, passa a conceder a liberalização da regulação das campanhas eleitorais, estabelecendo o tempo de propaganda eleitoral no rádio e na televisão a partir da designação da Justiça Eleitoral, permitindo que candidatos de oposição obtivessem acesso ao horário eleitoral gratuito. Tais normas fortaleceram o MDB que, neste mesmo ano alcançaria 44% das vagas para deputados federais, 16 vagas de senadores e maioria em seis legislativos estaduais, modificando significativamente a situação política e enfraquecendo o regime, sobretudo nas grandes cidades do país (GASPARI, 2003; REGO, 2008). Cada vez mais as oposições se utilizavam dos espaços que o regime oferecia e assim, o MDB progressivamente ganhava um real conteúdo oposicionista, crescendo eleitoralmente e contando com apoio de mais deputados, inclusive, os de estreita ligação com o PCB ainda na clandestinidade (SILVA, 2005). A tabela abaixo demonstra o crescimento da força eleitoral dos MDB em comparação à ARENA (tabela 1):

Tabela 1 – Força eleitoral dos partidos políticos (Brasil, 1966-1978)

| PARTIDOS | SENADO FEDERAL | | CÂMARA DOS DEPUTADOS | |
|-------------|----------------|-------------|----------------------|-------------|
| | ARENA | MDB | ARENA | MDB |
| 1966 | 56,6 | 43,3 | 63,9 | 36,0 |
| 1974 | 40,8 | 59,1 | 51,9 | 48,0 |
| 1978 | 62,1 | 37,8 | 54,7 | 45,0 |

Fonte: FLEISCHER (1981) apud Secretaria do Tribunal Superior Eleitoral- Anuário Estatístico do Brasil (IBGE).

No entanto, a percepção do avanço oposicionista geraria no regime um movimento de desaceleração do ritmo de abertura política. Como consequência, foi formulada uma série de medidas administrativas cuja finalidade era conter o avanço do MDB. O chamado “Pacote de Abril” em 1977 foi um exemplo deste movimento. Em 1º de abril deste ano, o então Presidente Ernesto Geisel anunciava o fechamento do Congresso para uma reforma do Judiciário e, em seguida, decretava a Emenda Constitucional nº8 (Brasil, 1977) que alterou de forma significativa as eleições estipulando, por exemplo: a eleição indireta de um entre dois Senadores em cada estado, pelas assembleias legislativas, o que ficou conhecido como senadores “biônicos”; os governadores continuariam a ser

³⁹ Art. 12 da Lei nº 6.091, de 15 de agosto de 1974. Esta lei foi aprovada em votação pelo congresso.

escolhidos por eleições indiretas através de colégios eleitorais estaduais; a propaganda eleitoral na televisão foi novamente reduzida, sendo possível apenas a apresentação do nome, número e currículos dos candidatos; e, por fim, o aumento do mandato do presidente de cinco para seis anos (REGO, 2008).

Nas eleições de 1978, o candidato à presidência pela ARENA – general João Figueiredo – foi eleito indiretamente pelo colégio eleitoral recebendo 355 votos contra 266 ao candidato do MDB, o general aposentado do exército Euler Bentes Monteiro. Após as manobras realizadas através do “pacote de abril”, das 420 cadeiras para deputados federais, 231 foram eleitos pela ARENA contra 189 do MDB. Já no Senado o a ARENA garantiu 41 dos 66 assentos (REGO, 2008). De acordo com FLEISCHER (2002), proporcionalmente, o cenário do Congresso após as eleições de 1978 garantia a hegemonia novamente à ARENA com 55% das vagas na Câmara e 62,7% no Senado. Mesmo assim, fica evidente que o MDB tornava-se um partido cada vez mais estruturado, aglutinando forças conservadoras insatisfeitas com o regime até socialistas e comunistas, “perpassando os mais diversos seguimentos da sociedade e das mais distintas posições ideológicas aos movimentos sociais de base” (REGO, 2008, p.210).

O último governo militar presidido pelo general João Figueiredo (1979-1984), que já percebia o aumento da insatisfação do eleitorado em relação governo, acelera a criação de mecanismos que garantissem manobras e negociações políticas no Congresso. Inicia-se, portanto, uma fase de liberalização, cuja finalidade era enfraquecer novamente a unidade e a coesão da oposição. Nesse sentido,

(...) justamente quando o MDB se fortaleceu, quase se tornando um “partido de massa”, o governo militar decidiu promover um novo realinhamento partidário, de cima para baixo, extinguindo a ARENA e o MDB, para criar um novo pluripartidarismo, agora “moderado”, com cinco ou seis partidos (FLEISCHER, 2004, p.255).

Dessa forma, o bipartidarismo é extinto em dezembro de 1979 através da Lei Orgânica dos Partidos Políticos⁴⁰ aprovada no Congresso e uma nova configuração partidária é adotada (tabela 2):

Tabela 2- Configuração partidária de 1965 a 1985 (pluripartidarismo)

| PARTIDOS POLÍTICOS | | | | | | |
|--------------------|-------|-----|-----|----|------|----|
| 1965 | ARENA | MDB | | | | |
| 1979-1981 | PDS | PDT | PTB | PP | PMDB | PT |

⁴⁰ Lei nº 6.767, de 20 de dezembro de 1979.

| 1982-1984 | PDS | | | | PDT | PTB | PMDB | | | | PT |
|-----------|-----|----|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|---------|----|
| 1985 | PDS | PL | PFL | PDC | PDT | PTB | PSB | PMDB | PCB | PC do B | PT |

Fonte: Adaptado de Fleischer (2004).

Dos dois partidos extintos em 1979 emergem dois sucessores: o Partido Democrático Social (PDS) oriundo da antiga ARENA- presidido por Jose Sarney⁴¹ e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) no lugar do MDB – presidido por Ulysses Guimarães. No “centro” é criado um novo partido, o Partido Popular (PP), formado por “moderados” do ex-MDB - cujo principal representante era o então Senador Tancredo Neves (MG) - e dissidentes liberais da ARENA, como o deputado Magalhaes Pinto⁴² (MG). Este partido possuía um papel de “auxiliar” ao governo no nível federal, mas tornou-se um forte concorrente no pleito de 1982 em muitos estados e parceiro coligado em outros. A União Democrática Nacional (UDN) não retornou ao cenário político e seus integrantes que estavam na ARENA migraram principalmente para o PDS.

Na oposição é criado um partido influenciado pelo novo sindicalismo emergente nas regiões Sudeste e Sul do país: o Partido dos Trabalhadores (PT) - liderado por Luiz Inácio (Lula) da Silva⁴³ (FLEISCHER, 2004; REGO, 2008). O PT nasce também influenciado por organizações de base, movimentos populares urbanos, organizações de esquerda, intelectuais e políticos advindos do MDB, dando maior ênfase às lutas sociais e com a proposta de se tornar um partido das massas (LACERDA, 2008). Dentre os partidos de oposição existentes antes do período da ditadura militar, somente o PTB retorna em 1979. O partido de viés “trabalhista” permaneceu sob a liderança do ex-governador Leonel Brizola⁴⁴ e pela ex-deputada Ivete Vargas⁴⁵ até 1980, quando a concessão de uma legenda menor pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE) possibilitou em 1980 a organização de um novo partido trabalhista: o Partido Democrático Trabalhista (PDT), liderado por Brizola (REGO, 2008).

De todo modo, com o fim do bipartidarismo muitos remanescentes de partidos de oposição optaram por permanecer no PMDB para não fragmentar ainda mais a oposição ao governo. Da mesma forma, em 1979, cogitou-se entre os líderes do “novo sindicalismo” e intelectuais de esquerda a organização de um partido da social-

⁴¹ Apêndice 3.

⁴² Apêndice 3.

⁴³ Apêndice 3.

⁴⁴ Apêndice 3.

⁴⁵ Apêndice 3.

democracia, porém os sindicalistas e parte dos intelectuais de vertente mais socializante optaram por integrar o PT, enquanto os demais intelectuais permaneceram no PMDB. No ano de 1982, o PP dissolve-se alegando inviabilidade e é incorporado ao PMDB, agregando maior número de integrantes à legenda (FLEISCHER, 2004; REGO, 2008).

Em 1982, este novo arranjo partidário refletiu no resultado das eleições para governador que ocorreu através do "voto vinculado" - onde o eleitor deveria escolher os candidatos à Senador, deputado federal de um mesmo partido (tabela 3).

Tabela 3- Resultados eleitorais de 1982

| RESULTADOS ELEITORAIS DE 1982 | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|-------------|------------|------------|-----------|--------------|
| | PDS | PMDB | PDT | PTB | PT | Total |
| % de votos | 43,2 | 43 | 5,8 | 4,5 | 3,5 | 100 |
| Governadores | 13 | 9 | 1 | 0 | 0 | 23 |
| Senadores | 45 | 22 | 1 | 1 | 0 | 69 |
| Deputados federais | 235 | 200 | 23 | 13 | 8 | 479 |

Fonte: Fleischer (1986) apud Rego (2008, p.229).

De acordo com Rego (2008), “o resultado das eleições foi crucial: o governo perdeu a maioria absoluta que havia sempre desfrutado na Câmara dos Deputados” (p.230). O PDS- partido governista que antes possuía 224 deputados e 36 senadores-elegeu 235 deputados e 45 no Senado; o PMDB obteve 200 cadeiras na Câmara e 22 no Senado, apresentado avanço expressivo; o PDT elegeu um senador e 23 deputados; o PTB, por sua vez teve a sua representação reduzida de 14 para 13 deputados; e, por fim o PT, que antes contava com cinco deputados e um senador, aumentou sua representação na Câmara pra oito, mas perdeu seu representante no Senado (REGO, 2008). Elegeram-se ainda como governadores opositoristas Tancredo Neves (PMDB-MG), Franco Montoro (PMDB-SP) e Leonel Brizola (PDT-RJ) nos estados politicamente mais

importantes e que disputam historicamente a liderança política do país (FLEISCHER, 2004).

O resultado favorável à oposição do regime nas eleições de 1982 fortaleceu um movimento de pressão social que, a partir de 1983, ganhou as ruas do país. A campanha denominada de “Diretas já!”, em favor da Emenda do deputado Dante de Oliveira⁴⁶ (PMDB-MT), evocava a necessidade de eleições diretas e o fim do regime militar, propondo como data para as eleições para presidente em 15 de novembro de 1984. Esta campanha de alcance nacional foi liderada pela direção nacional do PMDB, representada por Ulisses Guimarães e recebeu crescente apoio da sociedade civil organizada (de sindicatos, movimentos de minorias políticas, associações de moradores, igrejas), e a participação de partidos progressistas (ALENCAR; CAPRI; RIBEIRO, 1994).

Contudo, de acordo com Alencar et al (1994):

Apesar das impressionantes manifestações de massa ocorridas em quase todas as capitais, nos quatro primeiros meses de 1984, o Congresso Nacional não se sensibilizou inteiramente. O partido do governo PDS manobrou para que muitos parlamentares não comparecessem à votação da emenda constitucional que restabelecia as eleições diretas para presidência. Na madrugada de 25 de abril, a emenda Dante Oliveira caiu. (...) Estava aberta o caminho para a disputa “pelo alto” (p.426).

Com a emenda das eleições diretas derrotada, a oposição participou da eleição pelas regras do regime autoritário e apresentou um candidato no colégio eleitoral. Por sua vez, no interior do PSD uma ala mais “liberal” do partido, liderada pelo vice-presidente da república Aureliano Chaves⁴⁷, o senador Marco Maciel⁴⁸ e o senador José Sarney, evocava a necessidade de uma eleição prévia e interna que pudesse determinar um nome à Presidência, o que não foi acatado pelo grupo majoritário, e mais conservador do partido. Este impasse gerou a constituição da chamada “Frente liberal”, selando uma “Aliança democrática” com o PMDB e articulando a seguinte chapa: Tancredo Neves para presidente e José Sarney para Vice na oposição ao governo. Enquanto o ex-

⁴⁶ Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº05/1983, apresentada pelo Deputado Federal Dante de Oliveira (PMDB-MT), que tinha por objetivo reinstaurar as eleições diretas para presidente da República no Brasil, através da alteração dos artigos 74 e 148 da Constituição Federal de 1967. A proposta foi rejeitada pela Câmara dos Deputados no dia 25 de abril de 1984. Eram necessários votos favoráveis de dois terços da Casa (320 deputados) para que a Proposta seguisse ao Senado, mas o resultado foi: 298 deputados a favor; 65 contra; 3 abstenções e 113 ausências ao plenário (REGO,2008).

⁴⁷ Apêndice 3.

⁴⁸ Apêndice 3.

governador Paulo Maluf⁴⁹ para presidente e o deputado Flávio Marcílio⁵⁰ para vice, representavam a chapa indicada pelo PDS (FLEISCHER, 2004).

A “Aliança democrática” trazia como principal proposta a eleição de uma assembleia constituinte que formularia instituições democráticas novas, restabelecendo de imediato as eleições diretas, livres e com sufrágio universal. Além disso,

apoiavam a liberdade sindical, o fortalecimento da federação e a recuperação econômica, com uma nova fase de desenvolvimento econômico e a mudança da política salarial. Em suma, era uma plataforma baseada no programa social-democrata do PMDB (REGO, 2008, p.264).

Contudo, se por um lado a “Aliança Democrática” representou um projeto político de reestruturação, por outro, o seu posicionamento como uma oposição moderada a distanciou dos setores mais radicais da oposição e também dos movimentos populares e das classes subalternas, gerando uma desmobilização e afastamento destes do processo de construção da Nova República (MELLO, 1989).

Em 15 de janeiro de 1985 a chapa composta por Tancredo Neves- José Sarney foi eleita recebendo 309 votos dos partidos de oposição e 171 dos dissidentes do PDS. A chapa Paulo Maluf- Flávio Marcílio recebeu apenas 180 votos (REGO, 2008). Porém, em 15 de março de 1985, em razão da doença e morte de Tancredo Neves, José Sarney é quem assume a Presidência na chamada “Nova República”, sustentando a coligação entre a “Frente Liberal” e o PMDB (FLEISCHER, 2004). A “Aliança Democrática” assume a Nova República diante de um contexto marcado pelo quadro econômico recessivo, inflação e o aprofundamento das desigualdades sociais. Além disso, com a morte de Tancredo Neves a instabilidade política se agrava, pois, o novo governo instalado em 1985, havia nascido aliado ao compromisso com as forças políticas conservadoras, que encontravam na figura de Tancredo um motivo de consenso (FARIA, 1997).

Ainda no início de 1985, era aprovada no Congresso a Emenda Constitucional nº 25⁵¹ liberando a formação de mais partidos. Para os partidos de esquerda esta emenda significou a possibilidade de sair da clandestinidade, como o caso do PSB, do PC do B – na realidade formado por dissidentes do PCB desde 1962, porém na ilegalidade – e do PCB, que retorna sem a mesma força de atuação de outrora e enfrentando uma crise

⁴⁹ Apêndice 3.

⁵⁰ Apêndice 3.

⁵¹ Emenda constitucional nº 25, de 15 de maio de 1985. Altera dispositivos da Constituição Federal e estabelece outras normas constitucionais de caráter transitório.

interna como vemos mais adiante em capítulo dedicado à sua trajetória e à identificação de suas estratégias políticas.

Na base governista o Partido Democrata Cristão (PDC) é refundado em 1985 e, sem força, é fundido ao Partido Democrático Social (PDS) para formar o Partido Progressista Reformador (PPR)⁵² em 1993. O Partido Social Democrático (PSD) retorna em 1987, mas também sem força expressiva no cenário político⁵³. Já a “Frente Liberal” tornava-se o Partido da Frente Liberal (PFL) criada pelos egressos do PDS e do Partido Liberal (PL)⁵⁴. Segundo Fleischer (2004) o sistema partidário expandiu-se e o PMDB se tornou o partido “dominante”, sobretudo após as eleições gerais de 1986.

No final de 1985, a proposta da Assembleia Nacional Constituinte (ANC) – um dos principais compromissos políticos assumidos pelo projeto de governo da Aliança Democrática – é finalmente aprovada e seu início previsto para o dia 1º de fevereiro de 1987. Sua composição se deu na forma de um “Congresso Constituinte”, ou seja, formada pelos deputados federais e senadores eleitos em 1986, que acumulariam as funções de congressistas e de constituintes (BRASIL, 2006). No entanto, este formato trouxe à tona vários impasses e divergências, pois de acordo com os grupos políticos mais progressistas esta composição desconsiderava a autonomia do processo constituinte e mantinha os senadores “biônicos” no fórum constituinte, comprometendo a autonomia do processo de sua construção tal como propagada durante a campanha eleitoral da “Aliança Democrática” (FARIA, 1997).

De acordo com Alencar, Capri e Ribeiro (1994), a eleição simultânea para o Congresso Constituinte e para as eleições de 1986, gerou um esvaziamento no processo que foi a ANC. Segundo o autor:

Não houve amplo debate dos temas constituintes, como seria desejável numa sociedade que estava saindo de uma ditadura militar que asfixiou o pensamento e liberdade. Entidades civis pediram ao governo e ao Congresso datas diferentes para as eleições, mas a solicitação não foi aceita (ALENCAR; CAPRI ; RIBEIRO, 1994, p.432).

⁵² Desde ARENA a sigla do partido foi mudando para PDS (em 1980), PPR (em 1993), PPB (em 1995), e desde 2003 é denominado Partido Progressista (PP).

⁵³ Posteriormente, foi incorporado ao PTB em 2003. Em 2011, dissidentes do partido Democratas (fundado em 2007), do PP, entre outros liderados pelo então prefeito de São Paulo Gilberto Kassab, fundam um novo partido e utilizam a nomenclatura PSD em homenagem ao antigo (1945 e 1965).

⁵⁴ Partido fundado em 1985, de centro-direita, caracterizado pela defesa do liberalismo social e econômico. Funcionou até o ano de 2006 quando se fundiu com o Partido de Reedificação da Ordem Nacional (PRONA) (1989-2006) e tornou-se o Partido da República (PR).

Com relação à participação dos partidos políticos na ANC estavam presentes 576 parlamentares dentre eles 23 senadores eleitos em 1982 - os “senadores biônicos”. A proporção entre partidos ficou: PMDB com 53% dos constituintes; PFL com 22,5%; PDS com 6,4%; PDT com 5%; PTB com 4,2% e o PT com 2,8% (FARIA,1997). O PMDB destaca-se como partido hegemônico, obtendo um maior número de parlamentares eleitos em 1986, seguido do PFL, ambos partidos com a maioria de parlamentares de centro ou centro-direita, oriundos de uma oposição moderada dentro do MDB ou do partido do regime militar, a ARENA.

A organização distributiva da ANC se deu através das comissões e subcomissões de trabalho, onde os grupos políticos mais progressistas participavam majoritariamente das discussões da área social do Estado, enquanto os mais conservadores participavam mais ativamente das discussões da área econômica e organizativa do Estado (FARIA, 1997). Nove comissões de trabalho foram divididas em subcomissões, sendo oito comissões responsáveis pelas discussões temáticas da Constituição e uma comissão final fez o trabalho de sistematização do texto constitucional ⁵⁵. Muitas destas propostas já haviam sido discutidas nos fóruns pré-constitucionais em 1985 e 1986, como por exemplo, na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), responsável pela discussão de propostas para a Política de Saúde Nacional que seriam encaminhadas à ANC.

Contudo, a manutenção deste arranjo durou até uma primeira fase de discussões na ANC (a partir de setembro/outubro de 1987) com a regulamentação do regimento interno da Constituinte e o desenvolvimento dos trabalhos das subcomissões e comissões

⁵⁵ **Comissões e Subcomissões na ANC 1987/1988: I - Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher: Subcomissões-** Da Nacionalidade; Dos Direitos Políticos e Coletivos; Dos Direitos Individuais; **II - Comissão da Organização dos Estados: Subcomissões-** Da União, Distrito Federal e Territórios; Dos Estados; Dos Municípios e Regiões; **III - Comissão da Organização dos Poderes e Sistemas de Governo: Subcomissões-** Do Legislativo; Do Executivo; Do Judiciário e Ministério Público; **IV - Comissão da Organização Eleitoral, Partidária e Garantia das Instituições: Subcomissões-** Do Sistema Eleitoral e Partidos Políticos; Da Defesa do Estado; Da Garantia da Constituição; **V - Comissão do Sistema Tributário, Orçamento e Finanças: Subcomissões-** Dos Tributos, Participação e Distribuição das Receitas; Do Orçamento e Fiscalização Financeira; Do Sistema Financeiro; **VI - Comissão da Ordem Econômica: Subcomissões-** Da Propriedade e Subsolo; Da Questão Urbana e Transportes; Da Política Agrária, Reforma Agrária; **VII - Comissão da Ordem Social: Subcomissões-** Dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos; Da Saúde, Seguridade e Meio-Ambiente; Dos Negros, População Indígena, Pessoas Deficientes e Minorias; **VIII - Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes e da Ciência e Tecnologia e da Comunicação: Subcomissões-** Da Educação, Cultura e Esportes; Da Ciência e tecnologia e Comunicação; Da Família, Menor e Idoso; **IX - Comissão de Sistematização.**

temáticas. Em um segundo momento (a partir de setembro de 1987), na finalização do relatório com as propostas para o texto constitucional pela Comissão de Sistematização, um cenário de instabilidade política, sobretudo econômica devido à falta de controle da inflação, propicia que a vertente mais conservadora da “Aliança Democrática” ganhe força e comece a rearticular importantes modificações em propostas progressistas, principalmente na área social.

A “reviravolta conservadora” interferiu nas negociações políticas ainda no contexto da Comissão da Ordem Social, na Comissão de Sistematização e, principalmente, na Plenária final, que reuniu todos os constituintes. A aliança consensual, entre progressistas e conservadores, que havia sustentado as negociações políticas na primeira fase da constituinte, começava a ser desfeita (FARIA, 1997, p.76).

Uma consequência desta reviravolta foi o descontentamento da ala social-democrata existente no MDB e o acirramento de disputas que culminariam na criação de um novo partido: o Partido da Social Democracia Brasileira⁵⁶ (PSDB), correspondendo a 10,7% de representação na ANC. Desse modo, a representação partidária no Congresso Nacional entre 1983 a 1989 se configurava da seguinte maneira (tabela 4):

Tabela 4- Bancadas partidárias representadas no Congresso Nacional, 1983-1989

| PARTIDOS | 1983 | 1987 | 1989 | 1983 | 1987 | 1989 |
|---------------------|--------|------|------|--------|------|------|
| | CAMARA | | | SENADO | | |
| ARENA/PDS | 235 | 32 | 29 | 46 | 5 | 2 |
| MDB/PMDB | 200 | 260 | 178 | 21 | 44 | 31 |
| PP (1980-82) | | | | | | |
| PTB | 13 | 18 | 19 | 1 | 1 | 4 |
| PDT | 23 | 24 | 28 | 1 | 2 | 3 |
| PT | 8 | 16 | 16 | 0 | 0 | 0 |
| PFL | | 118 | 91 | | 16 | 13 |
| PCB | | 3 | 3 | | | |

⁵⁶ A ideia de criação do PSDB surge após as eleições estaduais e do Congresso Nacional em 1986, com o surgimento em 1987 do Movimento de Unidade Progressista (MUP) dentro do PMDB. A partir de um encontro supra-partidário que reuniu o MUP, o PSB e outros políticos de esquerda e centro-esquerda. O PSDB foi formado pela confluência de diferentes pensamentos políticos contemporâneos como o trabalhista, a ética, a solidariedade e a participação comunitária. Em sua concepção inicial pretendeu-se atuar como um partido social-democrata, contudo críticos atribuem ao partido de caráter neoliberal, adotando medidas da Terceira via desde a sua formação. No entanto, possuía diferentes facções internas, como a social-democracia, liberais sociais, conservadores e democratas cristãos (GUIOT, 2010).

| PARTIDOS | 1983 | 1987 | 1989 | 1983 | 1987 | 1989 |
|----------|--------|------|------|--------|------|------|
| | CAMARA | | | SENADO | | |
| PC do B | | 3 | 6 | | | |
| PSB | | 1 | 6 | | 2 | 2 |
| PL | | 6 | 22 | | | |
| PDC | | 5 | 14 | | | |
| PSDB | | | 50 | | | 10 |
| PRN | | | 20 | | | |
| Outros | | | 13 | 0 | 2 | 10 |
| TOTAL | 479 | 487 | 495 | 69 | 72 | 75 |

Fonte: Adaptado de Fleischer (2004).

A dupla face do parlamento – no papel de Constituinte e Congresso – foi uma circunstância decisiva para o processo de elaboração da Nova Constituinte. Tal configuração deixou os constituintes expostos às oscilações da conjuntura, além da interferência do Executivo, de *lobbies* e grupos de pressão (ABRANCHES, 2018). De acordo com Abranches (2018),

a Constituição de 1988 apresentou progressos significativos na sua feição democrática, nos mecanismos do Estado democrático de direito, na proteção das minorias e dos direitos difusos. Ao avançar pelo campo das políticas públicas, porém, engessou-se nas limitações do momento em que seus capítulos econômico e social foram escritos (p. 85).

Portanto, evidencia-se uma contrariedade, que segundo Abranches (2018), resultou da oscilação dos constituintes entre um acerto de contas com o passado autoritário e a atualização da agenda de direitos que fora interrompida com o golpe de 1964. Uma atualização que, por sua vez, foi realizada “olhando também pelo retrovisor” (p.86) mais do que pensando no futuro e buscando acompanhar as mudanças estruturais pelos quais o país havia passado e aquelas pelas quais passaria em breve.

O que se observa de maneira ampla no processo de transição democrática no Brasil é que o governo da Nova República, embora tenha cumprido o seu compromisso de redemocratização, não conseguiu romper o caráter conservador, “negociado” e pelo “alto”, característico do regime político anterior (SILVA, 2005). A efetiva participação da sociedade civil no processo de construção da Constituinte foi secundarizada e à medida que os tensionamentos sociais e as manifestações populares ganhavam destaque no processo de reabertura política, optava-se por negociá-los no interior dos aparelhos

estatais, inviabilizando um avanço na direção de uma democratização social e de mudanças sociais estruturantes (SILVA, 2005; REGO, 2008).

Uma transição desse tipo – que poderíamos chamar de “fraca” – implicava certamente uma ruptura com a ditadura implantada em 1964, mas não com os traços autoritários e excludentes que caracterizam aquele modo tradicional de se fazer política no Brasil (COUTINHO, 1992).

4.2 PARTIDOS POLÍTICOS E A SAÚDE

De forma específica no campo da saúde, a conformação dos partidos políticos entre anos de 1964 à 1988 acima apresentada, nos auxiliará na compreensão de nosso objeto de estudo, na medida em que nos permite verificar os arranjos possíveis de articulação entre a pauta da saúde levada pelo Movimento da Reforma Sanitária e as instituições partidárias vigentes diante do contexto de repressão e clandestinidade das organizações de esquerda e progressistas.

O período que corresponde à gênese do Movimento da Reforma Sanitária, também é aquele que corresponde ao momento de implementação do bipartidarismo – ARENA e MDB – com o recrudescimento da repressão imposta pelo regime militar. Nesse cenário o MDB se destaca como uma “oposição consentida” ao regime agregando e acolhendo alguns militantes do PCB e dos demais partidos de esquerda nesse período. Luiz Umberto Pinheiro⁵⁷, que atuava no Legislativo como um militante do PCB dentro do MDB explica em entrevista realizada por Jacobina (2016) que “o MDB inicialmente era a única avenida eleitoral possível nos anos 70 para os membros dos partidos comunistas, já que a ARENA era o partido que apoiava a ditadura militar” (JACOBINA, 2016, p.89).

Somente a partir de 1979, com o fim do bipartidarismo e a abertura política para o processo de redemocratização, outros partidos entram em cena no contexto político institucional e, conseqüentemente, amplia-se um pouco mais a articulação do Movimento da Reforma da Saúde com o Legislativo. Além da importância do PCB – que permanece na clandestinidade mesmo após a implementação do pluripartidarismo – os novos partidos como PT, PDT, e PMDB, emergem nos documentos e discursos do Movimento da Reforma Sanitária e passam a aparecer como participantes em conferências e simpósios do campo (ESCOREL, 1999).

⁵⁷ Apêndice 2.

Em 1979, o I Simpósio Nacional de Saúde promovido pela Câmara dos Deputados, pode ser considerado uma primeira articulação relevante entre os parlamentares e Movimento Sanitário. De acordo com Nelson Rodrigues dos Santos em entrevista sobre a construção do SUS (BRASIL, 2006) este Simpósio foi realizado em meio a uma crise estrutural de financiamento da previdência, e resultava da adesão de deputados de diversos partidos sensibilizados pelas questões sociais e às questões de saúde. Sobre a organização e realização do Simpósio, o entrevistado relembra:

No início da organização, todos achavam que o simpósio não ia emplacar, porque a ditadura não ia deixar acontecer em pleno Congresso Nacional que, historicamente, nos 20 anos de ditadura esteve de joelhos. E esse Congresso Nacional, já no bojo do movimento pelas liberdades democráticas, em 1979 organizou o simpósio. Correu-se o risco e se jogou e se acertou, quer dizer, a ditadura não fechou o Congresso por causa disso, não impediu o simpósio, pressionou, mas não conseguiu impedir. E aconteceu o simpósio de política nacional de saúde, em que Max Mauro⁵⁸ do PMDB, Ubaldo Dantas⁵⁹ da ARENA e outros deputados federais o bancaram pela comissão de saúde (BRASIL, 2006, p.67).

Outro nome de parlamentar que se destaca nesse Simpósio é do então deputado Carlos Sant'anna⁶⁰(PMDB) que – embora não fosse originalmente do Movimento da saúde e se vinculasse partidariamente mais à direita – teve um papel articulador fundamental, sobretudo, para a questão da proibição da comercialização do sangue em meados de 1980. Assumiu o Ministério da Saúde em março de 1985 e trabalhou na elaboração de uma lei delegada para o programa de governo de Tancredo Neves, cuja proposta era reorganização do sistema de saúde através da unificação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde - uma das principais reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, como veremos mais adiante.

Sobre a atuação de outros parlamentares, Samara Rachel Vieira Nitão em entrevista cedida à pesquisa sobre a construção do SUS, enfatiza que o contato com os parlamentares e lideranças políticas era anterior aos Simpósios de saúde da Câmara dos

⁵⁸ Apêndice 3.

⁵⁹ Apêndice 2.

⁶⁰ De acordo com Faria (1997), Carlos Sant'anna era um político da Bahia conhecido pela sua articulação na área de educação. Era identificado no debate político como defensor de ideias conservadoras, tendo assumido como projeto político nos anos 1980 as propostas reformistas da saúde divulgadas pelo “Partido Sanitário”. Era casado com Fábíola da Aguiar Nunes, integrante do PCB e militante da saúde e se integrou às discussões da saúde até assumir o cargo de coordenador do grupo de saúde na formulação da proposta de governo de Tancredo Neves. “Como coordenador do grupo e auxiliado por uma equipe de grande expressão institucional e intelectual, apresentou um programa de governo para a saúde comprometido com os ideais da universalização e da equidade (entendida como igualdade)” (FARIA, 1997, p. 44). Para mais detalhes sobre sua trajetória ver Apêndice 2.

Deputados e à Constituinte. A entrevistada igualmente cita a figura de Ubaldo Dantas (ARENA). Eduardo Jorge⁶¹ (PT), Raimundo Bezerra ⁶²(PMDB), Carlos Mosconi⁶³ (PMDB), e Geraldo Alckmin ⁶⁴(PMDB), este relator da Lei Orgânica da Saúde.

Essas pessoas já sabiam do movimento sanitário, das propostas da saúde, a 8ª CNS tinha tido muita repercussão, quer dizer, elas já conheciam as questões da necessidade de integrar, da integralidade e das suas próprias vivências políticas nos estados. Então, não era uma coisa que elas não tivessem conhecimento. Tudo isso foi o coroamento de uma história de um longo processo de trabalho, dos movimentos sociais, de mais de uma geração, de várias gerações em que isso estava sendo trabalhado, discutido e por isso surgiu (Entrevista de Samara Rachel Vieira Nitão em BRASIL, 2006, p.92).

Carlos Mosconi, então deputado do PMDB e à frente a relatoria da subcomissão de Saúde da ANC, relembra também em entrevista acerca da construção do SUS a preparação do relatório da saúde. Segundo o entrevistado, houve um grande debate em torno do relatório pelo seu caráter estatizante. No entanto, na votação final os setores conservadores acabaram apoiando a criação do SUS, sobretudo pela influência de alguns parlamentares, como: Roberto Freire⁶⁵ (PCB-PMDB), Carlos Sant’anna (PMDB), Bonifácio de Andrada⁶⁶ (ARENA-PSD) e outros. Para Carlos Mosconi, outra justificativa para obtenção do apoio de parlamentares, seria a não radicalidade do relatório e da proposta do SUS ao permitir a participação de outros setores e abrir a porta para a população brasileira (BRASIL, 2006).

É presente na fala dos participantes do Movimento da saúde a identificação de lideranças parlamentares dos mais diversos campos políticos, ou seja, representantes de partidos políticos mais à direita, o chamado “Centrão” e de partidos de oposição, mais à esquerda. De acordo com Nelson Rodrigues dos Santos em entrevista (JACOBINA, 2016), o Movimento da Reforma Sanitária albergou lideranças militantes que não tinham partido nenhum, mas também aqueles que eventualmente estavam em partidos não progressistas. Segue trecho de sua entrevista a respeito destas lideranças políticas:

(...) o Ubaldo Dantas que é da Bahia, é da ARENA, liderança consistente, séria, coerente, confiável, da Reforma Sanitária. (...) ele foi deputado federal, ele estava por trás desses simpósios

⁶¹ Apêndice 3.

⁶² Apêndice 3.

⁶³ Apêndice 3.

⁶⁴ Apêndice 3.

⁶⁵ Apêndice 3.

⁶⁶ Apêndice 3.

retumbantes de 79 e 82, (...) e o Euclides Scalco⁶⁷ que era do MDB. Euclides Scalco é paranaense até ele virou tucano depois, ele foi presidente da Itaipu, Fernando Henrique [Cardoso] pôs ele lá, e o Euclides Scalco é um grande militante da Reforma Sanitária radical, ele foi deputado federal e ele bancou na comissão de saúde na câmara dos deputados (JACOBINA, 2016, p.121).

Para Nelson Rodrigues dos Santos em entrevista cedida em 2015, a justificativa para que o Movimento da Reforma Sanitária conseguisse agregar deputados da ARENA ou pessoas de fora do espectro mais radical de esquerda, é novamente atribuído ao seu caráter de partido, ou a ideia de “Partido Sanitário”, mesmo carecendo de elementos essenciais de uma organização de partido (JACOBINA, 2016). Somado a essa explicação o entrevistado alega que, em sua concepção, o quadro partidário oficial no Brasil já estava desde a ditadura em falência e isto se intensificaria no momento pós ditadura. Essa percepção é considerada Nelson Rodrigues dos Santos como umas das explicações possíveis para que o Movimento da Reforma Sanitária assumisse características partidárias – embora não tivesse um comitê central, comitês estaduais, ou mesmo dirigentes –, mas se assemelhasse a um partido político.

Essa justificativa, no entanto, é um ponto de controvérsia e de tensionamentos no interior do Movimento da saúde, pois a reprodução deste discurso por um grupo de atores reflete mais escolha de uma estratégia de condução do movimento do que um consenso. Mais adiante, no capítulo dedicado a aprofundar a influência, ou pontos de contato, do PCB na formação de bases de apoio ao Movimento da Reforma e na priorização de estratégias durante a elaboração do SUS, veremos mais amiúde que a ideia de “Partido Sanitário” representou a princípio uma aposta na coesão e unidade como forma de fortalecimento da pauta que, por sua vez, gerou consequências e deixou de fora aspectos importantes.

No pleito de 1982, a eleição direta de governadores em estados com importância política como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, possibilita a entrada de grupos políticos progressistas alinhados ao Movimento da Reforma Sanitária em órgãos chaves do governo tais como o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS), com o intuito de promover as transformações e reorganizações necessárias (LACAZ, 1992). Porém, esse grupo se depara com as

⁶⁷ Apêndice 3.

correlações de forças heterogêneas em disputa no interior do Estado. Os avanços no plano institucional não correspondiam às políticas e ações do executivo e as teses e projetos reformistas, combatidos por representantes do modelo privatista e pela burocracia previdenciária (BRASIL, 2006).

Dentro do grupo de reformistas no quadro institucional nos Ministérios da Saúde e da Previdência nesse período destacavam-se: Eleutério Rodrigues Neto⁶⁸ (secretário-geral no MS); Sérgio Arouca (como presidente da FIOCRUZ); Hésio Cordeiro⁶⁹ (presidência do INAMPS) e Raphael de Almeida Magalhães⁷⁰ (Ministro do MPAS). O debate reformista era norteador pela proposta de universalização da assistência à saúde, a maior abrangência dos benefícios sociais e a expansão do direito à Previdência social, contudo, o acirramento das disputas de poder, brigas institucionais e dificuldades operacionais no encaminhamento das reformas, inviabilizaram este plano na prática. Segundo Faria (1997),

os conflitos existentes entre os reformistas ligados à saúde e os reformistas ligados à previdência, velados no período pré-85 pela situação política do Estado e pela pouca mobilidade política dos grupos reformistas no âmbito institucional, explicitaram-se a partir de então. O conflito saúde-previdência ganhou uma dimensão política complexa e cada setor passou a divulgar um ideal político específico na condução da reforma (p.39).

De acordo com a autora (BAPTISTA, 1996), neste momento dois grupos de interesse se destacam. Os “reformistas da saúde”, relacionado ao MS e ao Movimento da Reforma Sanitária, defendiam como proposta uma política de universalização do direito à saúde, a descentralização dos poderes nas esferas federal, estadual e municipal, além da unificação da saúde no nível federal (incorporando o INAMPS ao MS), com a criação de um novo MS que deveria atender as ações de caráter curativo até ações de caráter preventivo. Já os “reformistas da previdência, representavam os interesses do MPAS/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com o engajamento de alguns representantes do Movimento da Saúde atrelados ao INAMPS, como Hésio Cordeiro e José Carvalho de Noronha⁷¹. Aqui a ideia de universalização também se fazia presente, mas através de estratégias de unificação sem a transferência imediata do INAMPS para a saúde. Por se tratar de um órgão com muita concentração de

⁶⁸ Apêndice 2.

⁶⁹ Apêndice 2.

⁷⁰ Apêndice 2.

⁷¹ Apêndice 2.

poder, a unificação do INAMPS ao MS resultaria em uma transferência de poder político e não apenas de recursos. Nesse sentido, as propostas desse grupo sugeriam uma modernização e a promoção de maior eficiência da máquina previdenciária, por uma unificação gradual à saúde a partir do INAMPS (BAPTISTA, 1996).

Essa classificação, fruto de uma análise realizada na década de 1990, auxilia na compreensão da existência de uma tensão no grupo reformista. Contudo, não indica a complexidade envolvida nesse processo, uma vez que as diferenciações entre os dois grupos não eram tão bem delimitadas e as linhas estratégicas, muitas vezes, pactuadas e discutidas por atores que circulavam nestes dois, simultaneamente ou não.

Em 1985, é encaminhado para Congresso Nacional a lei delegada⁷² apresentada pelo então Ministro da Saúde Carlos Sant'anna⁷³ indicando a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde no prazo de 90 dias. Segundo Fabíola de Aguiar Nunes⁷⁴ (BRASIL, 2006), Carlos Sant'anna já vinha trabalhando na elaboração desta lei delegada para o programa de governo de Tancredo Neves, no sentido de unificar o sistema de saúde que era uma reivindicação do Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Contudo, o MPAS juntamente com alguns sindicatos de trabalhadores recusaram a transferência imediata do INAMPS, sob o argumento de desconhecimento da população sobre a proposta de uma transferência imediata, além da falta de tempo suficiente para uma discussão cuidadosa da questão num período anterior ao reordenamento jurídico-político do país a ser proposto pela Assembleia Nacional Constituinte (PAIM, 1986). Por sua vez, o Ministro da Previdência, Raphael de Almeida Magalhães, pressiona o então Presidente Sarney para que tal lei não fosse sancionada e o mesmo não a remete à apreciação do Congresso Nacional para a aprovação (PAIM, 1986; FARIA, 1997).

A VIII CNS que é considerada um marco para o Movimento da saúde e se tornou a arena privilegiada para o debate das propostas de saúde no país – é convocada em 1986 pela Presidência e articulada estrategicamente no âmbito do MS, para compor um programa de discussões englobando todas as questões relativas à reforma do setor saúde, como o direito à saúde, a unificação do sistema de saúde e o seu financiamento (FARIA,

⁷²A lei delegada tem por função delegar poderes a um órgão ou sistema.

⁷³ Carlos Sant'anna era pediatra na Bahia, deputado estadual, secretário estadual de educação e não estava diretamente envolvido com o movimento da Reforma Sanitária. Conforme relato de Fabíola Aguiar Nunes, no momento em que ele foi notificado que viria para a saúde, e que assumiria a pasta ministerial da saúde, começou a estudar essas questões e se articulou com as pessoas que estavam no processo da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006).

⁷⁴ Médica; Sanitarista; Mestre em Saúde Pública; Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde (1985-1987). Foi esposa do Deputado Federal Carlos Sant'anna.

1997). Mais adiante veremos que a VIII CNS simbolizou um momento “divisor de águas” para o Movimento da Reforma sanitária e se tornou um campo de disputas dos sentidos da Reforma no interior do movimento, no entanto, neste capítulo é importante frisar que as propostas discutidas nesse evento subsidiaram o texto da saúde levado à ANC.

Para essa finalidade e como um desdobramento da Conferência, é criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CRNS), de natureza “consultiva”, cuja atribuição seria a formulação de sugestões para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde. Composta de forma paritária por 12 representantes governamentais e 12 representantes da sociedade civil – nestes se incluíam centrais sindicais, federações profissionais, confederações empresariais, entidades de prestadores privados – a CNRS funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987 (BRASIL, 2006). A partir do Relatório Final da VIII CNS, esta comissão buscou aprofundar a sistematização de propostas e a articulação nacional do Movimento da Reforma Sanitária, tendo como principal objetivo formular um texto sistematizado para o setor saúde que pudesse subsidiar as discussões da ANC (FARIA, 1997).

Contudo, o enfrentamento de um contexto político voltado para um fortalecimento de bases políticas mais conservadoras devido o fracasso dos planos de estabilização durante o governo Sarney, fez com que algumas propostas defendidas na Conferência e na CNRS não fossem acatadas, como a unificação do INAMPS ao MS – deliberação importante votada na VIII CNS e defendida pelo Movimento da Reforma. Segundo Faria (1997), as ameaças de substituição de líderes e Ministros apoiadores da reforma na saúde contribuíram como argumentos para a não transferência do INAMPS ao MS e como opção viável para evitar o retrocesso no encaminhamento dos avanços até então obtidos no setor saúde e previdenciário. É nesse contexto que surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como uma estratégia do grupo dos reformistas vinculados à previdência para garantia de uma unificação gradual do MS e INAMPS, através das experiências de descentralização ocorridas com as Ações Integradas de Saúde⁷⁵ (AIS) nos estados e municípios (BRASIL, 2006).

Finalmente na ANC, em 1987, as propostas para a Política de Saúde na Nova República foram discutidas na Comissão da Ordem Social que abrangia outras

⁷⁵ As Ações Integradas de Saúde (AIS) entre o MPAS, MS e as Secretarias Estaduais de Saúde, promovidas com a transferência financeira do governo federal aos demais entes federativos, possibilitaram uma nova relação entre união-estados-municípios e a criação de uma infraestrutura fundamental de rede física de cuidados básicos de saúde (BRASIL, 2006).

subcomissões tais como: Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos; Seguridade e Meio-Ambiente; dos Negros, População Indígena, Pessoas Deficientes e Minorias. Como já sinalizado anteriormente, a formação de comissões sobre os temas da área social foi majoritariamente composta por partidos e representantes progressistas e pelo chamado “Centrão”. Os tensionamentos e dificuldades de negociação apresentaram-se também na discussão da saúde da ANC, sendo, portanto, adotada como principal estratégia a construção de alianças entre os progressistas das diversas alas políticas e conservadores para que as propostas progressistas seguissem para o texto da Constituição, “compondo mecanismos de resistência, como a “fusão de emendas”, visando a aprovação em bloco das propostas apresentadas” (FARIA, 1997, p. 106).

A participação do Movimento da Reforma Sanitária, por sua vez, se deu através da Plenária Nacional de Saúde buscando ainda viabilizar a inserção de suas propostas no texto da nova Constituição. De certa forma, o seu posicionamento ia de encontro àquelas propostas mais conservadoras levantadas pelo Centrão. Essa Plenária composta por:

(...) parlamentares, entidades sociais, sindicatos, centrais sindicais, entidades profissionais, partidos políticos, secretários de saúde e de assistência social, desenvolveu um trabalho de mobilização, interlocução e pactuação com o Congresso Nacional para fazer avançar a linha reformista (BRASIL, 2006, p.51).

No entanto, a proposta da Seguridade Social, na qual a saúde estava inserida, foi então apresentada na Plenária final da ANC, como uma emenda coletiva articulada pelo Centrão, fazendo parte de um consenso estratégico para a sustentação da política social e da política de saúde. Da mesma forma, a abrangência do texto final e as conciliações realizadas pela estratégia das fusões de emendas nas discussões da saúde demonstraram a inexistência de um projeto institucional único e articulado para o setor (FARIA, 1997). O texto constitucional de 1988 incorporou as principais diretrizes da VIII CNS, sem detalhar, no entanto, pontos estratégicos e importantes como financiamento e regulação do setor privado. O detalhamento e regulamentação desses pontos estratégicos foram remetidos para a legislação complementar⁷⁶ junto às diretrizes.

A partir da breve apresentação da conformação dos partidos políticos e do seu contexto no período de 1964 a 1988, alcançamos subsídios para uma maior compreensão das condições de possibilidades que contribuíram para a emergência do Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Com essa descrição do contexto observamos uma questão

⁷⁶ Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990.

sinalizada no primeiro capítulo deste trabalho, que é a confirmação de uma tradição no Brasil de processos de transição de forma pactuada, “pelo alto”, ou seja, sem uma ruptura significativa do *status quo* da estrutura social brasileira e sem a participação popular de forma mais radical. Vimos que no processo de elaboração daquela que seria a Nova Constituinte depois de 21 anos de regime autoritário, embora a sociedade civil e os movimentos sociais tenham se mobilizado fortemente, diversos entraves e manejos burocráticos foram utilizados como tentativas de desmobilização e atenuação dessa participação. A Constituição Federal de 1988 ficou conhecida como a “Constituição Cidadã” e logrou incorporar uma gama de direitos civis até então não garantidos aos brasileiros, no entanto, a inclusão de tais direitos na legislação não pode ser compreendida como garantia de sua efetivação sem que haja uma base social forte e sem um contexto social e político-institucional que lhe dê suporte.

Além disso, a elucidação das modificações na conjuntura político-institucional do Legislativo brasileiro pela ditadura civil-militar, nos permitiu identificar as articulações possíveis entre o Movimento da saúde, partidos políticos e seus representantes no legislativo, já que os partidos de esquerda estavam impedidos de atuar legalmente. Vimos que, a fim de estabelecer negociações para inserção de suas pautas na agenda política e a institucionalização de suas demandas, o Movimento da saúde primeiramente estabelece essa articulação “oficial” com o partido da “oposição consentida” o MDB para, somente depois, se aproximar dos demais partidos no período de transição democrática.

No entanto, nessa breve elucidação já são apontados indícios de que mesmo na ilegalidade, o Movimento da Reforma Sanitária apoia-se e vincula-se fortemente ao PCB, sobretudo pelo reconhecimento da atuação de militantes, incluindo lideranças importantes, atuando em uma dupla inserção entre saúde e partido. No próximo capítulo, portanto, apresentaremos com mais detalhes o PCB, através da sua história e, principalmente, focaremos na compreensão das estratégias políticas elaboradas e adotadas pelo partido ao longo de sua trajetória.

5. O “PARTIDÃO”: TRAJETÓRIA DO PCB E SUAS ESTRATÉGIAS

Antes de aprofundarmos nossa análise nos pontos de contato existentes entre o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e o PCB a fim de identificar as possíveis influências ou mesmo convergências entre os dois, será de grande importância neste estudo conhecer um pouco da história pregressa do PCB, também conhecido informalmente como “Partidão”. “Partidão” por se tratar do partido de esquerda com maior influência no período marcado pelo regime militar e que, mesmo sob a clandestinidade, conseguiu agregar e angariar militantes de esquerda e exercer movimentos de resistência e oposição (SILVA, 2005).

Como vimos no capítulo anterior, o período que antecede o processo de redemocratização é marcado pela ditadura civil-militar e pelo bipartidarismo como composição político partidária vigente onde temos ARENA, como partido governista, e o MDB, como partido de oposição. Nesse contexto, o clandestino PCB – que por longos períodos em sua história esteve na condição de ilegalidade no Brasil – criaria estratégias e caminhos possíveis, mesmo que indiretamente, para o enfrentamento da ditadura e em prol da luta pela retomada da democracia.

Em leituras prévias sobre o Movimento da Reforma Sanitária brasileira, sobressalta aos olhos a forte atuação do partido, onde muitos de seus membros eram também seus militantes. Logo, o reconhecimento do seu *modus operandi*, a partir de um olhar atento a algumas de suas proposições políticas e, principalmente, de suas escolhas estratégicas ao longo de sua história, poderá nos auxiliar e nos dar embasamento para a compreensão da influência deste partido para o campo da saúde.

5.1 UMA BREVE HISTÓRIA DO PCB

Para iniciarmos essa breve retomada através da história do PCB, localizamos o seu contexto de criação, na década de 1920, marcado pela transição de uma economia agrária no Brasil para uma economia industrial, financiada pela introdução do capital estrangeiro e imperialista no país, pelo processo de industrialização nas grandes capitais e, conseqüentemente pelo crescimento do movimento operário brasileiro.

Oficialmente, o PCB nasce no ano de 1922, na cidade de Niterói, tendo como principal protagonista o movimento operário emergente, fortemente influenciado pela conjuntura da Revolução Russa de 1917 e pela divulgação das teses marxistas (SILVA, 2005, REIS, 2011). Seu modelo partidário baseava-se na intervenção política da

Internacional Comunista (IC)⁷⁷, atraindo a atenção de líderes dos movimentos operários - em suma maioria originários do movimento anarquista - e tendo como principal tarefa a reunião de esforços para a organizar e direcionar o proletariado em uma frente única proletária (REIS, 2011).

Diferentemente do movimento anarquista – cujo princípio fundamental era a oposição a qualquer autoridade, seja pelo Estado ou representação política – através do partido buscava-se a criação de uma nova cultura fundada no marxismo dentro do movimento operário, organizando as forças de trabalho em sindicatos unificados em torno de reivindicações de caráter econômico (DEL ROIO, 2007). Na conformação social brasileira daquele período, o socialismo era compreendido como “a conquista de condições civis essenciais para o mundo do trabalho urbano que apenas começava a se conformar” (DEL ROIO, 2007, p.15). Logo, para realizar uma transição socialista na sociedade brasileira, antes seria necessário conquistar a emancipação política de todas as classes da ordem burguesa em formação por meio de uma revolução de caráter democrático-burguês. Nesse sentido,

reconheceu-se que só o proletariado, “com o apoio das mais vastas massas”, poderia levar tal revolução até as últimas consequências, mas que, de início, a aliança do proletariado com a pequena burguesia urbana era imprescindível para o desencadeamento do processo (DEL ROIO, 2007, p.38).

Esse pensamento permearia o discurso do partido por muitos anos e tinha como objetivo estabelecer as condições necessárias para uma revolução socialista no Brasil através do cumprimento de etapas preparatórias. A justificativa para esta estratégia se daria pela percepção da ausência de uma revolução burguesa clássica no Brasil, capaz de elevar o grau de desenvolvimento das forças produtivas e de sua emancipação política, derivada de um passado colonial, e da presença de camadas sociais dominantes alinhadas às oligarquias, latifundiários e o imperialismo norte-americano (DANTAS, 2017).

⁷⁷ A Internacional Comunista foi criada em 1919, logo após a vitória dos comunistas na Revolução Russa. Seu principal objetivo era criar uma União Mundial de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Dominada pelo Partido Comunista da União Soviética, a Internacional emitia diretrizes que deveriam ser seguidas por todos os seus filiados, inclusive o Partido Comunista do Brasil. Em 1943, em plena Segunda Guerra Mundial, a Internacional Comunista foi dissolvida com a finalidade de tranquilizar os aliados ocidentais da União Soviética (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, s/ data). Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/RadicalizacaoPolitica/InternacionalComunista>

A condição necessária para a eclosão de uma revolução socialista no Brasil exigiria primeiro o seu ingresso na modernidade capitalista através de uma revolução burguesa, pois, segundo Vianna “a dominação imperialista não só mantém a burguesia nacional oprimida, como agrava ainda mais as condições de vida do proletariado e de todo o povo” (VIANNA, 2007 apud DANTAS, 2017 p.94). Da mesma forma, a via democrática e a luta por dentro da institucionalidade eram preconizadas e se tornariam um traço marcante e característico do partido nas décadas seguintes, até mesmo em períodos de ilegalidade ou em refluxo. Como veremos mais adiante, essa estratégia passa a ser denominada mais sistematicamente como Estratégia Nacional Democrática (EDN) a partir da década de 1950.

A “revolução brasileira”, portanto, deveria ser anti-imperialista e antifeudal, nacional e democrática, articulando assim

(...) uma ampla frente única de forças sociais, compreendendo o proletariado, os camponeses, a pequena burguesia urbana, a burguesia e até mesmo “setores latifundiários descontentes com o imperialismo norte-americano e grupos da burguesia ligados a monopólios imperialistas rivais (AARÃO REIS, 2007, p. 91).

Os anos subsequentes foram marcados por movimentos de crise no contexto econômico, político e social e de um processo de rearranjo das classes dominantes. A decadência dos negócios da agro exportação do café, o acirramento político entre oligarquias dissidentes e jovens militares insurgentes, o despontar do movimento fascista e ao mesmo tempo a emergência de organizações político ideológicas de classes subalternas tal como o proletariado, são fatos que ilustram o processo de transformação social brasileiro, sobretudo a partir da década de 1930 (BRANDÃO, 1997).

No campo da esquerda e do movimento operário, o PCB passa a desempenhar um papel hegemônico, induzindo iniciativas de enfrentamento a essas crises. Ao vocalizar um programa antilatifundiário, anti-imperialista e antifascista, consegue aglutinar forças nacionais populares e propor uma alternativa democrática para o desenvolvimento da revolução burguesa (DEL ROIO, 2007). Nasce assim a chamada Aliança Nacional Libertadora (ANL) em 1934, como uma das mais importantes iniciativas do partido e cujas propostas giravam em torno de ações de nacionalização de empresas imperialistas, a suspensão de dívidas externas, o fim do latifúndio e a instauração de um governo popular (DEL ROIO, 2007, VAIA, 2013). Teve como presidente de honra Luiz Carlos

Prestes⁷⁸ e contou com figuras importantes no cenário da esquerda, do PCB, além de intelectuais e militares - entre os quais Caio Prado Júnior⁷⁹ e João Saldanha⁸⁰ - angariando diversos filiados entre 1934 e 1935.

Contudo, a mobilização em torno da campanha alavancada pela ALN e o crescimento do discurso de insurreição popular, levam a frente à ilegalidade. Para o PCB, esse período é igualmente marcado pela oscilação entre momentos de legalidade e clandestinidade, com sedes fechadas, proibições de manifestações, perseguição às lideranças e tentativas de resistência fracassadas (REIS, 2011). Ao mesmo tempo, enfrenta-se no cenário internacional o avanço global do fascismo e o fracasso de experiências de frente popular, alterando a linha de atuação proposta pela União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS)⁸¹ para os partidos comunistas para uma ideia de preservação de Estados nacionais, ainda que de classe burguesa, em detrimento de

⁷⁸ Militar e político brasileiro, liderança da Coluna Prestes na década de 1920. Durante a ditadura do Estado Novo foi perseguido e preso. Foi secretário-geral do PCB de 1943 a 1980, defendendo a revolução comunista. Durante a ditadura militar de 1964 exilou-se na União Soviética após ter os seus direitos políticos cassados, retornando ao Brasil depois da promulgação da Lei da Anistia em 1979. Mesmo assim foi aclamado presidente de honra da organização e desfrutava de enorme prestígio devido ao seu papel de líder da Coluna Prestes, que na década anterior havia tentado derrubar o governo federal pelas armas. O grupo tinha 1 milhão de membros em seu auge (ABREU e CARNEIRO, s/data).

⁷⁹ Pertencente a uma das famílias mais ricas e influentes de São Paulo, iniciou-se na política ainda jovem, integrando o Partido Democrático (PD) fundado em 1926, que reunia parte da elite de São Paulo, descontente com a hegemonia do Partido Republicano Paulista (PRP), um dos principais sustentáculos da “política do café-com-leite. Ingressa no então Partido Comunista do Brasil, em 1931. Em 1933, escreveu *A evolução política do Brasil* onde o método do materialismo histórico foi utilizado de forma conseqüente no tratamento da história do Brasil, rechaçando a leitura mecanicista da história como sucessão universal dos modos de produção, comum aos marxistas da época, que reproduziam na América Latina as teses da III Internacional sobre os países coloniais, semicoloniais e dependentes. Assumiu a vice-presidência regional da ANL em São Paulo e essa seria a função de maior destaque nos anos iniciais de sua militância no PCB. Em de elegeu-se para deputado estadual, em São Paulo mas a curta duração de seu mandato adveio da perda dos direitos políticos de todos os parlamentares comunistas, em decorrência da cassação do registro do PCB. Ao lado de intensa militância política, manteve arguta produção intelectual Nos anos 1940 publicou *Formação do Brasil contemporâneo* no qual se buscava a compreensão histórica da incapacidade brasileira de superar o seu passado colonial. Em 1945, publicou *História econômica do Brasil* onde procurou resumir as características da colonização brasileira, assinalando em sua base a existência de um tripé alicerçado no latifúndio, na monocultura e na escravidão. Em 1966, publicou o seu livro mais polêmico: *A revolução brasileira*, que abordaremos mais adiante. (MONTALVÃO, s/ data).

⁸⁰ Militante político do PCB, jornalista, escritor e treinador de futebol brasileiro no Botafogo no Rio de Janeiro. Filiou-se ao Partido Comunista Brasileiro na década de 1930, engajou-se em muitas campanhas do partido e tornou-se uma figura de destaque no "Partidão". Tornou-se secretário-geral da União da Juventude Comunista, chegando a ser mantido preso e fichado no DOPS em 1947. Tinha popularidade como treinador, e não deixou de atacar a ditadura de 1964, principalmente após a ascensão do general Emílio Garrastazu Médici ao poder e endurecimento da repressão a integrantes do Partido Comunista. “No fim de 1969, o assassinato de Carlos Marighella, um amigo de longa data, despertou de vez a ira do treinador da seleção. Ele montou um dossiê, em que citava mais de 3.000 presos políticos e centenas de mortos e torturados pela ditadura brasileira, e o distribuiu a autoridades internacionais em sua passagem pelo México na ocasião do sorteio dos grupos da Copa, em janeiro de 1970”. (PIRES, 2017) Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/07/01/deportes/1498862110_086687.html

⁸¹ União de repúblicas soviéticas subnacionais governada pelo regime unipartidário centralizado no comando do Partido Comunista. Sua capital era a cidade de Moscou foi um Estado e existiu entre 1922 e 1991.

movimentos insurrecionais. No Brasil, isso significou a retomada do discurso em prol do fortalecimento de uma burguesia industrial nacional como principal força motriz da revolução brasileira, deixando a questão agrária e a via da insurreição em segundo plano (DEL ROIO, 2007).

De 1937 a 1943, a intensa repressão e desmantelamento de sua organização pelo Estado Novo⁸² de Getúlio Vargas⁸³ mantém o PCB em situação de ilegalidade. Apenas com o fim do regime ditatorial recupera algum espaço na vida política com a posse de Eurico Dutra em 1945-1946 e consegue eleger quatorze deputados para Assembleia Constituinte e um Senador para o Rio de Janeiro: Luiz Carlos Prestes, na época Secretário Geral do PCB. No entanto, mesmo com a ampliação de efetivos e de militantes nesta retomada, a conjuntura internacional de Guerra Fria empurra novamente o partido para clandestinidade⁸⁴ em 1947 (REIS, 2011).

Posto mais uma vez na clandestinidade, um novo posicionamento emerge no partido no sentido de uma radicalização revolucionária. A ideia de união nacional é substituída pela necessidade de uma revolução agora sim agrária, anti-imperialista,

⁸² Com a Revolução de 1930 é constituído e empossado o Governo Provisório. Com a promulgação da Constituição de 1934 a Assembleia Constituinte elege Getúlio Vargas, até então no exercício provisório do poder como chefe da Revolução de 1930, para presidente constitucional do Brasil, com mandato de quatro anos. A partir de 1935 um contexto de sucessivas concessões do Congresso ao Executivo, de julgamento do Tribunal de Segurança, de inquietação militar e de conflitos de rua inéditos no país entre comunistas e integralistas (tiroteio no centro de São Paulo, 13 mortos na cidade fluminense de Campos) que se abriram no início de 1937 as articulações políticas que levarem ao golpe de Getúlio. O chamado Estado Novo, foi o período ditatorial comandado por Vargas, que teve início com o golpe de estado de 10 de novembro de 1937 e se estendeu até a deposição em 29 de outubro de 1945. Tinha em comum com o fascismo a mesma crítica à democracia parlamentar, à pluralidade de partidos e à representação autônoma de interesses, assim como tinha em comum com ele a mesma valorização do “Estado forte”, tutor da sociedade civil. Contudo diferia do fascismo europeu no plano das práticas políticas concretas, como, por exemplo, na inexistência de partido único, na ausência de intensa mobilização política de massas e na não-uniformização da elite dirigente. (MARTINS, s/data).

⁸³ Getúlio Vargas foi advogado, militar e político brasileiro, líder da Revolução de 1930. Foi presidente do Brasil em dois períodos. O primeiro período foi de 15 anos ininterruptos, de 1930 até 1945, e dividiu-se em 3 fases: de 1930 a 1934, como chefe do "Governo Provisório"; de 1934 até 1937 como presidente da república do Governo Constitucional e de 1937 a 1945, como ditador durante o Estado Novo após um golpe de Estado. No segundo período, em que foi eleito por voto direto na legenda do PTB, Getúlio governou o Brasil como presidente da república, por 3 anos e meio: de 31 de janeiro de 1951 até 24 de agosto de 1954, quando se suicidou. Conhecido por seus simpatizantes de "pai dos pobres", pela legislação trabalhista e políticas sociais adotadas sob seus governos, sua doutrina e seu estilo político foram denominados de "getulismo" ou "varguismo". Cometeu suicídio no ano de 1954, no Palácio do Catete, na cidade do Rio de Janeiro, então capital federal. (BRANDI, s/ data).

⁸⁴ Empossado em janeiro de 1946, Dutra aproximou-se dos setores conservadores, incluindo aqueles representados pela UDN, através do chamado Acordo Interpartidário, o que acarretou a marginalização de Vargas e do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), que acabaram por romper com o presidente. Em 1947, apesar da abertura democrática em desenvolvimento, mantinha-se um grupo reacionário e conservador, formado por vários militares e políticos fascistas que desde a década de 1930 participavam do grupo governante. Os comunistas, que haviam obtido resultados eleitorais expressivos nas eleições de 1945 e 1947, foram vítimas de uma feroz perseguição por parte do governo, que assim se integrava no contexto internacional da Guerra Fria, e tiveram sua atuação política legal novamente proibida. (FGV, 2001).

conduzida por uma Frente Democrática de Libertação Nacional, sob a direção do proletariado e do PCB (AARÃO REIS, 2007). Essas ideias foram expressas no manifesto de janeiro de 1948 e no programa do partido em agosto de 1950, trazendo um tom de crítica às antigas classes aliadas e ao abandono dos objetivos revolucionários em prol da tendência reformista no interior do partido (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1980).

Contudo, nestes documentos a sociedade brasileira ainda é caracterizada como “semifeudal e semicolonial”, de “estrutura econômica atrasada” e submetida ao imperialismo. Ao mesmo tempo, a defesa da via democrática para o alcance da revolução socialista ainda aparece como proposta essencial, gerando assim uma contradição:

A aposta na democracia, no entanto, que em fundamento significa a afirmação da necessidade de uma etapa revolucionária democrática-burguesa como condição da revolução socialista, comprometeu a ácida crítica pretendida contra a burguesia nacional, que oscilou entre a condenação do seu caráter antidemocrático e antinacional e a denúncia de sua subjugação, suposta como involuntária, ao imperialismo norte-americano (DANTAS, 2017, p.95).

Outra contradição, é que se por um lado os programas posteriores aos manifestos de 1948 e 1950 consolidam os posicionamentos enunciados nos documentos, por outro, a participação dos comunistas nos movimentos sociais sindicais e nacionalistas, em torno de plataformas claramente reformistas, se intensificam (AARÃO REIS, 2007). A conjuntura crítica que se estende até a posse de Juscelino Kubitschek⁸⁵ em 1956, permeado por episódios determinantes para a política brasileira – como o suicídio de Getúlio Vargas, as eleições de 1955 e as tentativas de golpe e contragolpe de novembro do mesmo ano – evidencia ainda mais essas contradições.

⁸⁵ Foi Médico, oficial da Polícia Militar e político brasileiro, ocupando a Presidência da República entre 1956 e 1961. Em uma aliança formada por seis partidos, seu companheiro de chapa foi João Goulart. Na presidência, foi o responsável pela construção de uma nova capital federal, Brasília, executando assim um antigo projeto para promover o desenvolvimento do interior e a integração do país. O país viveu um período de notável desenvolvimento econômico e relativa estabilidade política. No entanto, houve também um significativo aumento da dívida pública interna, da dívida externa, e, segundo alguns críticos, seu mandato terminou com crescimento da inflação, aumento da concentração de renda e arrocho salarial. Com o golpe militar de 1964, foi acusado pelos militares de corrupção e de ser apoiado pelos comunistas e como consequência teve seu mandato cassado e seus direitos políticos suspensos. A partir de então passou a percorrer cidades dos Estados Unidos e da Europa, em um exílio voluntário. Em março de 1967, voltou definitivamente ao Brasil e uniu-se a Carlos Lacerda e Goulart na articulação da Frente Ampla, em oposição à ditadura militar, que foi extinta pelos militares um ano depois, levando JK à prisão por um curto período. Em 22 de agosto de 1976, morreu em um acidente automobilístico (PANTOJA, s/ data).

Além das contradições percebidas no interior do próprio partido, o impacto gerado pelo XX Congresso do Partido Comunista da União Soviética⁸⁶ (PCUS) em 1956 e as denúncias de crimes cometidos durante o governo de Stálin, exigem uma revisão das estratégias até então traçadas pelo PCB, sobretudo, de seu forte centralismo burocrático como um obstáculo para a articulação com os movimentos sindicais e o proletariado (SEGATTO; SANTOS, 2007). As denúncias oriundas da PCUS, sem dúvida, acirram ainda mais as divergências e conflitos internos no PCB, e culminam na saída de um número expressivo de militantes, de importantes dirigentes e quadros intelectuais (DANTAS, 2017; REIS, 2011).

É diante desta conjuntura de instabilidade, que o partido buscará uma redefinição estratégica que o conduzisse como força auxiliar de sustentação da democracia, garantindo não só a sua permanência na legalidade, mas que também fortalecesse o bloco comunista no plano internacional (DANTAS, 2017). Neste contexto, é publicada em 1958 a “Declaração sobre a política do Partido Comunista Brasileiro”, conhecida também como “Declaração de marco”. Nela há um forte apelo à democracia e à ideia de conquista do socialismo vinculada à formulação de uma estratégia de revolução de longo prazo, à ampliação dos espaços democráticos e a manutenção da unidade interna da organização partidária (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1980; REIS, 2011).

Na mesma perspectiva, a Resolução Política do V Congresso do Partido, em 1960, reiterava a estratégia democrática e a meta de manutenção da legalidade do partido no cenário político (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1980). O reconhecimento do atraso do desenvolvimento brasileiro, expresso pelas péssimas condições de vida da população nos centros urbanos, e, sobretudo no campo – consequência da concentração de terra, das desigualdades socioeconômicas e a exploração imposta pelo imperialismo – permaneceu como problema central a ser superado. Contudo, a partir desse momento, já era possível identificar um desenvolvimento capitalista crescente engendrado em uma pequena burguesia nacional. Burguesia essa que potencialmente contribuiria para a superação do subdesenvolvimento brasileiro junto a classe trabalhadora, atuando no campo de forças contrário ao latifúndio e o imperialismo (CARONE, 1982) e no cumprimento das etapas necessárias à revolução socialista brasileira. O trecho da

⁸⁶ Após a morte de Stálin (líder da URSS) em 1953, ocorre em 1956 o XX Congresso do PCUS, onde Nikita Krushev, secretariado-geral do partido e comandante do governo soviético, pronunciou o discurso secreto em que denunciava crimes de Stálin durante as três décadas em que esteve à frente do poder na União Soviética (DANTAS, 2017). O acontecimento atingiu os partidos comunistas pelo mundo implicando em uma série de críticas, revisões e o desligamento de militantes e dirigentes.

Resolução Política do V Congresso do PCB ilustra bem este posicionamento, ao propor a realização de tarefas que implicassem em transformações na correlação de forças políticas e na aliança entre a classe operária, os camponeses e a pequena burguesia nacional.

(...) Para isso a realização de tarefas implicaria em transformações revolucionárias na sociedade brasileira, exigindo uma profunda mudança na correlação de forças políticas e a passagem do poder estatal às mãos das forças anti-imperialistas e antifeudais - a classe operária, os camponeses, a pequena burguesia e a burguesia ligada aos interesses nacionais – entre as quais o proletariado, como força revolucionária mais consequente, deverá ter o papel dirigente (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1980, p.48).

O documento explicita ainda que a viabilização desta transformação revolucionária na sociedade brasileira deveria ocorrer por meios pacíficos e pela conquista de um governo nacionalista e democrático angariado pela pressão das massas e pela vitória da frente única nacionalista e democrática pelas vias eleitorais (DANTAS, 2017). Essa opção não significaria “a conciliação de classes, passividade ou espontaneísmo. Significa unicamente a realização das tarefas revolucionárias sem que seja inevitável a insurreição armada ou a guerra civil” (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1980, p.62).

A essa altura clivagens importantes dentro do Partido geravam tensionamentos que desencadearam mais um processo de dissidência, seja pela expulsão de membros ou pela saída dos que discordavam com a linha de atuação firmada no documento do V Congresso. Nasce dessa cisão o Partido Comunista do Brasil (PC do B)⁸⁷, em 1962, a partir de uma vertente descontente com o posicionamento do PCB e que propunha mudanças mais limitadas em defesa da ortodoxia partidária. Criticavam a nova política adotada pelo partido e as teses apresentadas sobre o desenvolvimento do capitalismo no Brasil “acusada de ser excessivamente otimista” e a opção pacífica como caminho adequado para a revolução brasileira (SALES, 2007). Ou seja, uma tendência de mediação e acomodação para conquista gradativa de espaço político.

⁸⁷ De acordo com Sales (2007) a gota d'água para a cisão aconteceu no ano seguinte, quando a direção do PCB modificou os estatutos do partido alegando a necessidade de viabilizar a legalização da legenda ao Tribunal Superior Eleitoral. O grupo opositorista redige a “Carta dos cem”, um abaixo assinado ao Comitê Central, reclamando que este havia retirado as referências ao marxismo-leninismo de seu programa, criando assim um partido que nada tinha de revolucionário. Os militantes que assinaram foram expulsos e formaram o PC do B. Pertenciam a esse grupo antigos dirigentes: João Amazonas, Maurício Grabois, Pedro Pomar, Diógenes Arruda Câmara, Sérgio Holmos, Carlos Danielli entre outros.

Apesar dos conflitos internos, o PCB experienciou um breve período de hegemonia no campo da esquerda, tanto na intelectualidade quanto no movimento sindical. No entanto, a conjuntura política iniciada durante o mandato do Presidente João Goulart⁸⁸ passa a exigir do partido a articulação com alianças amplas. O governo de Goulart era composto pela frente nacionalista e democrática, formada por partidos progressistas (PCB, PTB e PSB), alas nacionalistas de outros partidos, movimentos sindicais e estudantis, além de algumas correntes de opinião pública como católicos progressistas, a intelectualidade democrática e setores das forças armadas. De 1961 a 1964, este governo angariou antigas reivindicações dos comunistas e na política interna experimentou-se um período de movimentação com medidas econômicas de sentido anti-imperialista e democrático, o fortalecimento do movimento operário e sindical e o movimento dos trabalhadores do campo, a participação mais ativa das camadas médias urbanas no jogo democrático e, destacadamente, a campanha pelas reformas de base (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1980).

No entanto, este não era um governo homogêneo e encontrou em seu interior e no aparelho estatal forças conservadoras que conduziam o governo à uma posição mais ao centro. Parte dessa pressão vinha da relação com o governo norte-americano e com as empresas imperialistas, mas também de movimentos dentro das Forças Armadas, de uma maioria reacionária no Congresso e de setores conservadores da sociedade brasileira. As amplas alianças estabelecidas pelo governo de Goulart mostraram-se fragilizadas durante o contexto de crise, e em uma tentativa pela via conciliatória acabou desmobilizando a resistência de uma frente ampla progressista. Para o PCB,

Tais alianças, contudo, justamente por sua amplitude, muitas vezes colocaram o Partido a reboque do interesse de outras classes, fragilizando seu papel de vanguarda política do proletariado. Foi neste sentido que o golpe de abril de 1964, articulado pelas frações hegemônicas da burguesia monopolista brasileira, não encontrou nem as forças populares, nem o Partido

⁸⁸ Formado em direito, foi lançado a candidato a deputado estadual e eleito senador em 1947. Em 1951 assume a Secretaria do Interior e Justiça. Em 1953 é nomeado para Ministério do Trabalho. Em 1956 foi empossada a chapa vencedora do pleito presidencial, com Jango na vice-presidência da República e a presidência do Senado. O período é marcado por crises políticas com o então Presidente, Jânio Quadros. Em 1961 o Congresso aprova Emenda Constitucional que instalou o parlamentarismo, limitando os poderes presidenciais e Goulart empossado na presidência da República em 1961. Ao assumir o cargo, ampliar a base política do novo governo, buscando o apoio do centro sem abrir mão da sua relação com setores de esquerda, de maneira a realizar uma política de conciliação marcada pelo diálogo com os diversos partidos representados no Congresso. Em 1º de abril, com o golpe militar, Jango viajou para o Rio Grande do Sul com o objetivo de organizar a resistência e defender o poder legal. Faleceu em 1976, em sua fazenda La Villa, no município argentino de Mercedes, sem ter conseguido regressar ao Brasil (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2001).

em condições de resistência imediata, impondo ao PCB e ao conjunto das forças democráticas e de esquerda mais um duro período de repressão e clandestinidade (COMITÊ DO PCB, s/ data)

A partir da instauração do regime totalitário em 1964, o PCB atua na clandestinidade buscando articular movimentos de resistência e de propostas alternativas no campo da esquerda. De acordo com Silva (2005), desde o princípio da ditadura o PCB optou pelo enfrentamento pacífico adotando a ideia de “**Frente Democrática**”⁸⁹, não para “derrubar” a ditadura, mas derrotá-la através de soluções politicamente negociadas, do envolvimento da sociedade, da população e dos movimentos políticos com intuito de isolá-la e pressionar a sua saída. Esta orientação foi ratificada no VI Congresso do PCB realizado em dezembro de 1967, com a divulgação de documento elaborado desde 1964, onde o “Partidão” realiza um balanço sobre a conjuntura política e reavalia as estratégias e os possíveis erros de avaliação cometidos no enfrentamento do período de crise. Dentre os pontos discutidos nessa reavaliação estavam: o foco na crítica à política conciliadora de Goulart impossibilitando a compreensão do real quadro político e o fortalecimento do próprio partido na luta pela legalidade; o subjetivismo na direção do partido idealizando a força do movimento de massas, a sua combatividade, nível de organização e sua influência na frente nacionalista e democrática; a influência do movimento anti-imperialista nas Forças Armadas e na burguesia nacional que foi igualmente exacerbada; o reconhecimento da falta de preparo do partido e das massas, do ponto de vista ideológico e político, para o enfrentamento da reação violenta disparada pelo golpe (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1980). Contudo, de acordo com Carone (1982) apud DANTAS, 2017), as estratégias e táticas apresentadas mantiveram pontos que não diferiam em essência das propostas enunciadas no documento do V Congresso:

liquidação do imperialismo e do latifúndio - o que continuava impondo a revolução brasileira um caráter nacional e

⁸⁹ A concepção de Frente Democrática presente nas obras de Giorgi Dimitrov, exerceram uma forte influência no pensamento do PCB. Em discurso de encerramento antes do Sétimo Congresso Mundial da Internacional Comunista em 1935 intitulado “*Unidade da classe trabalhadora contra o fascismo*” [tradução nossa] aponta como elementos fundamentais a criação de uma frente ampla de atuação (DIMITROV, 1972). Dimitrov foi líder sindical e um dos fundadores do Partido Comunista Búlgaro em 1919. Em 1929 foi eleito para chefiar a seção da Europa Central da Internacional Comunista. Em 1945 com a derrota dos nazistas e a vitória da Revolução na Bulgária, assumiu o cargo de Primeiro Ministro e em 1946 proclamou a formação da República Popular da Bulgária. Fonte: <https://www.marxists.org/portugues/dimitrov/index.htm>

democrático, em aliança com a burguesia progressista. Tratava-se, então, de promover o acúmulo de forças no combate à ditadura, por meio de uma frente democrática que congregasse todas as forças contrárias ao regime de exceção - proletariado, campesinato e burguesia nacional (CARONE, 1982 apud DANTAS, 2017, p. 101).

Como apontado anteriormente nesse capítulo, até este período podemos observar o quanto a Estratégia Nacional Democrática (EDN), ou seja, a ideia de criação de condições necessárias para a revolução socialista através de etapas preparatórias que incluem a composição de alianças pluriclassistas, a realização de uma revolução burguesa e a manutenção do processo democrático, marca profundamente o modo de fazer política do PCB, mesmo quando este esteve em períodos de ilegalidade. Para Dantas (2017) embora contivesse elementos de originalidade, a EDN representava uma transposição de modelos prontos e acabados que visualizavam na formação social do país, um passado próximo ao europeu vislumbrando um caminho clássico para o Brasil, tanto para a revolução burguesa quanto para a transição socialista.

Contudo, a partir da crise política e da forte repressão sofrida pelos movimentos de esquerda após o golpe militar de 1964, essa estratégia passa a ser amplamente criticada e nos documentos elaborados pelo partido após o VI Congresso, torna-se evidente na fala de alguns dirigentes e membros a necessidade de revisão da estratégia e a produção de alternativas mais consistentes com a realidade da nova conjuntura que se apresentava (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1980). De acordo com Martins (1970 apud STOTZ, 2019), o PCB se caracterizou pela estratégia de subordinação dos interesses da classe operária aos da burguesia, entendida pelo partido como antagônica ao imperialismo e ao latifúndio. Essa subordinação teria se mantido inclusive quando a burguesia abandona as suas aspirações reformistas e apoia abertamente o golpe militar de 1964, desencadeando uma crise ideológica e política no seio do Partido com a perda de influência junto às classes trabalhadoras e camadas que conduziram muitos membros para luta armada.

No início dos anos 1970 muitos membros do partido se aliam às organizações da chamada “esquerda armada” ou esquerda revolucionária. Uma delas é a Ação Libertadora Nacional (ALN), que nasce em 1968 como principal dissidência do PCB, tendo como coordenadores importantes quadros expulsos do Partido, como Carlos Marighela⁹⁰. A

⁹⁰ Engenheiro civil, baiano, ingressa no PCB no início da década de 1930, ainda estudante. Tornou-se um dos principais articuladores do partido no estado até ser convocado pela direção nacional em 1936 para

organização atuava como uma espécie de federação de grupos armados de esquerda em combate a estrutura centralizada dos partidos comunistas – considerada um obstáculo à ação revolucionária. Além disso, criticava a suposta submissão do partido à liderança da burguesia, atribuindo ao proletariado e ao campesinato a liderança do processo de guerra revolucionária. Outras organizações guerrilheiras⁹¹ também tiveram origem no “Partidão” como o Partido Comunista Brasileiro Revolucionário (PCBR)⁹², coordenado por Mário Alves, Apolônio de Carvalho e Jacob Gorender e dissidências estudantis como o Movimento Revolucionário 8 de Outubro (MR-8)⁹³, liderado por Vladimir Palmeira, Daniel Aarão Reis, Franklin Martins entre outros (RIDENTI, 2007).

No entanto, os anos 1970 foram igualmente marcados por um processo de desmantelamento de diversas destas organizações de esquerda pelo aparelho repressivo. O Ato Institucional nº 5 (AI-5)⁹⁴, de 13 de dezembro de 1968 que vigorou até dezembro

atuar no Rio de Janeiro. Foi preso e torturado por diversas vezes durante o período da Era Vargas. Foi eleito deputado à ANC em 1945 pelo estado da Bahia, tornando-se um dos 14 membros da bancada comunista na Assembleia. Foi segundo suplente de secretário da mesa diretora dos trabalhos, iniciados em fevereiro de 1946. Ainda em 1947, foi o primeiro diretor da revista *Problemas*, órgão teórico do comitê central do PCB. Atuando novamente na clandestinidade, Marighella instalou-se em São Paulo, tornando-se, até 1952, o dirigente máximo do partido na capital paulista. No entanto, o golpe de março de 1964 foi, para Marighella, a confirmação de sua descrença no caminho pacífico para o socialismo. Segundo ele, a ausência de uma preparação para enfrentar pelas armas as forças conservadoras havia sido o grande erro cometido até então. Em 1966, tornava pública sua disposição de “lutar revolucionariamente, junto com as massas” e fora expulso do partido. Em 1968, é criada a Ação Libertadora Nacional (ALN), que deflagrou a guerrilha urbana através de uma série de assaltos a bancos para conseguir fundos. Marighella foi morto por uma equipe policial em novembro de 1969 em São Paulo (MALIN, s/ data).

⁹¹ Nessa época, outras organizações também adotaram a luta armada: a Vanguarda Popular Revolucionária (VPR), resultante da união de militares, antigos adeptos de Leonel Brizola, com grupos estudantis e intelectuais provenientes da organização trotskista Política Operária (Polop) (RIDENTI, 2007)

⁹² Mário Alves, jornalista e intelectual em oposição ao posicionamento de Luís Carlos Prestes no Comitê Central do PCB forma junto à Apolônio de Carvalho e Jacob Gorender- militantes importantes do quadro do PCB- a chamada Corrente Revolucionária, com força no Rio e no Nordeste, a partir de 1968, no Rio de Janeiro. A proposta geral do PCBR consistia na constituição de um novo partido marxista que reformulasse a linha tradicional do PCB. Sua estratégia consistia na defesa da guerrilha rural e trabalho de massas nas cidades, ocupando-se de operações armadas urbanas, essencialmente voltadas para a propaganda revolucionária (RIDENTI, 2007)

⁹³ O MR-8 resultou de uma cisão de universitários com o PCB a partir de 1967 e atuou em várias ações do movimento estudantil e do início da luta armada, em 1968. Desarticulado pela ação do exército brasileiro no início de 1969, seus sobreviventes ainda em liberdade juntaram-se aos integrantes da Dissidência Comunista da Guanabara (DI-GB), atuante desde 1966 nas manifestações políticas sob a liderança de Vladimir Palmeira, e juntas, reconstituíram um "novo" MR-8. Atuando como um grupo de guerrilha urbana, tornou-se nacional e internacionalmente conhecida com o sequestro do embaixador norte-americano no Brasil, Charles Burke Elbrick, em setembro de 1969, realizado em conjunto com a Ação Libertadora Nacional (ALN), de São Paulo. A ação foi realizada, em princípio, para libertar o líder estudantil Vladimir Palmeira, preso desde o ano anterior. A maioria dos militantes se exilou no Chile em 1972, sendo o grupo reestruturado posteriormente com outras orientações. A atuação política foi priorizada e o MR8 foi abrigado no MDB (CAMURÇA e AARÃO REIS, 2007).

⁹⁴ O AI-5, autorizava o presidente da República, em caráter excepcional e sem apreciação judicial a: “decretar o recesso do Congresso Nacional; intervir nos estados e municípios; cassar mandatos parlamentares; suspender, por dez anos, os direitos políticos de qualquer cidadão; decretar o confisco de bens considerados ilícitos; e suspender a garantia do habeas-corpus” (D'ARAUJO, s/ data).

de 1978, produziu uma série de ações arbitrárias marcando o momento mais duro do regime e dando poder de exceção aos governantes para punir arbitrariamente os que fossem inimigos do regime ou como tal considerados. Entre os anos de 1973 e 1975, um terço do Comitê Central do PCB foi assassinado pela repressão, muitos militantes foram submetidos à tortura ou à morte e outros exilados no exterior. A mesma violência e repressão foi empregada nas organizações e membros dissidentes do partido integrantes da “esquerda revolucionária” (SILVA, 2005; COMITÊ PCB, s/ data). Diante deste cenário, portanto, estas organizações da luta armada se vêm enfraquecidas e isoladas no combate e, embora tenham desenvolvido sua identidade se contrapondo às ideias difundidas pelo PCB, iniciam um processo de revisão do seu posicionamento e uma inflexão política para um enfrentamento possível com o regime (SILVA, 2005).

Como veremos com mais detalhe no capítulo subsequente, o ano de 1974 representou um primeiro passo a uma retomada da vida política no país com a abertura gradual e lenta imposta pelo governo de Ernesto Geisel. Desde a reforma partidária imposta pelo Ato Institucional nº 2 de 1965, que dissolveu todos os partidos e implantou um sistema bipartidário, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) desempenhava o papel de oposição na legalidade, mas sofria influência de partidos de esquerda como o PCB e PC do B. As eleições de 1974 marcaram um avanço da oposição representada pela MDB no Senado e na Câmara dos Deputados (REGO, 2008; SILVA, 2005).

O ano de 1978 reforçou ainda mais uma mudança de cenário, no sentido de um enfraquecimento do regime militar, com a expressiva vitória de parlamentares da oposição, o avanço do movimento pela Anistia, o fim do AI-5 e o crescimento de um movimento sindical potente representando os setores mais modernos da indústria brasileira, conhecido como “novo sindicalismo”⁹⁵. Nesse contexto, no entanto, a postura do PCB foi de cautela frente aos avanços, pois, no seu entendimento, apesar das concessões o regime não havia perdido o seu caráter fascista. Na “Resolução política de maio de 1979” o Partido propunha a criação de um bloco parlamentar de oposição, a anistia ampla e irrestrita, a unidade do movimento sindicalista e a convocação da Assembleia Nacional Constituinte (ANC). Entretanto, no quesito reforma partidária,

⁹⁵ Movimento sindical nascido com as greves de 1978 no ABC paulista. Os trabalhadores impulsionaram a luta pela redemocratização não somente por meio de greves: iriam criar seu próprio partido, o PT, em 1980, e a Central Única dos Trabalhadores, a CUT, em 1983. Articulado com outros movimentos sociais, o Novo Sindicalismo levaria a pauta dos trabalhadores às ruas e à Assembleia Constituinte (1987-1988), conferindo nova qualidade à luta política na transição da ditadura para o regime democrático (SECCO, 2011).

posicionavam-se contra a proposta oferecida pelo regime de fim do bipartidarismo, já que representaria uma divisão da oposição até então agrupadas no MDB (SILVA, 2005).

O processo de legalização dos partidos ocorrido em 1979, através da Lei Orgânica dos Partidos Políticos, foi, contudo, incompleto e incongruente ao impedir que partidos tradicionais e históricos como o PCB e Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) pudessem voltar à vida política. O PCB manteve, assim, sua defesa ao MDB que agora se chamava Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), como o partido ideal para a manutenção de uma frente de luta contra a ditadura até o processo completo de abertura política e onde muitos pecebistas atuaram nos anos seguintes (REGO, 2008; SILVA, 2005; STOTZ, 2019).

Outro ponto em destaque foi a conquista da anistia em setembro de 1979, com o retorno ao Brasil de dirigentes e militantes dos partidos de esquerda exilados no exterior e que passam a ser elementos centrais na dinamização da luta pela redemocratização. No PCB, esse retorno torna público o tensionamento interno existente até então velado pelo cenário de exílio e de repressão. Duas correntes passam a disputar a direção do partido: os “prestistas” e os “renovadores”. O primeiro grupo posicionava-se contra a proposta de transição negociada do regime militar e reivindicavam um resgate do caráter revolucionário da luta contra a ditadura militar defendida Luiz Carlos Prestes (STOTZ, 2019; SILVA, 2005). O segundo grupo composto por intelectuais como Carlos Nelson Coutinho, Leandro Konder e Luiz Werneck Vianna, propunham a adoção, no país, da concepção eurocomunista da democracia como valor universal. Embora críticos à linha majoritária do partido, os posicionamentos deste segundo grupo teriam muito em comum com a proposta vigente no PCB, divergindo substancialmente no tocante à radicalização da democracia como um caminho para o socialismo, em detrimento da ideia de democracia como “condição” para a luta pelo socialismo – pensamento da maioria do Comitê Central do partido (CARONE, 1982; STOTZ, 2019; SILVA, 2005).

De acordo com Silva (2005), o núcleo dirigente do Partido optou por uma oposição “centrista” em relação às linhas de atuação em disputa ao longo dos primeiros anos de 1980, gerando uma dubiedade entre o temor de um retrocesso e a necessidade de enfrentamento com o regime, e também buscando contemplar os diferentes posicionamentos a fim de evitar uma fragmentação partidária já notória. No VII Congresso do Partido realizado em dezembro de 1982, constava na atualização do projeto a tarefa de “torná-lo um partido nacional de massas vinculando organicamente o objetivo socialista a uma democracia de massas, construída no respeito ao pluralismo e nos valores

fundamentais da liberdade” (COMITÊ DO PCB, s/ data). Contudo, embora não fosse majoritário o número de dirigentes e militantes assumidamente eurocomunistas, as formulações centrais desta vertente acabam permeando as teses elaboradas neste congresso e sendo divulgada no documento elaborado em 1984, intitulado “Uma Alternativa Democrática para a crise brasileira” (COMITÊ DO PCB, s/ data). A vertente eurocomunista será mais bem detalhada logo a frente já que a formulação de sua proposta estratégica alternativa para o PCB marcará profundamente o modo de operar de alguns movimentos sociais progressistas que ganharão corpo a partir do período de redemocratização iniciado em meados de 1970, como foi o caso do Movimento da Reforma Sanitária, objeto deste estudo no qual dedicaremos mais atenção para essa articulação em capítulo adiante.

No percurso da transição democrática que se segue o Partido não consegue de afirmar como organização de massas e se destacar nas principais lutas e greves operárias que surgem no decorrer dos anos 1980 (SILVA, 2005). O Partido dos Trabalhadores (PT)⁹⁶, partido criado a partir da reforma política de 1979 diretamente ligado à luta do “novo sindicalismo”, vai ganhando terreno no campo de disputa política e angariando cada vez mais militantes e apoiadores. Para Silva (2005) nenhuma das organizações de esquerda, no entanto, havia conseguido disputar a hegemonia das esquerdas e dos movimentos sociais com o PCB em igualdade de condições. Mesmo com as diversas dificuldades orgânicas e tensionamentos internos, ao longo dos anos de repressão o “Partidão” permaneceu como o principal referencial de esquerda no país. Situação essa, que somente foi alterada com o surgimento dos novos partidos de esquerda na legalidade, embora estes não fossem necessariamente vinculados ao ideário comunista.

Somente em 1985 o PCB teria o seu programa, estatuto e manifesto publicados no Diário Oficial. Em 1987, realiza-se o VIII Congresso do PCB de caráter extraordinário cujo objetivo era discutir a orientação futura do partido e eleger uma nova direção nacional. Nesse mesmo congresso já se discutiam a débil inserção do PCB no movimento operário e às questões ligadas à democracia e à luta de classes, mas o posicionamento dos comunistas permanecia na luta pela democracia, pela manutenção, ampliação e

⁹⁶ A organização do PT inicia-se em 1979 e sua fundação é datada em 10 de fevereiro de 1980. Logo, se tornou uma agremiação hegemônica no campo das esquerdas (SILVA, 2005). Fruto do encontro entre o “novo sindicalismo”, setores progressistas da Igreja Católica (integrantes das comunidades eclesiais de base – CEB’s), grupos oriundos da “esquerda revolucionária” e dos movimentos sociais.

aprofundamento das conquistas alcançadas no Estado de Direito Democrático como parte integrante da luta pelo socialismo pela via da democracia de massas (ABREU, s/ data).

Em 1991, é realizado o IX Congresso onde iniciou-se o debate sobre a dissolução do PCB. Essa discussão foi agravada pela crise dos países comunistas do Leste europeu e às transformações em curso na União Soviética, provocando internamente uma incerteza quanto os rumos do comunismo e do partido no Brasil. Nos dias 25 e 26 de janeiro de 1992, o PCB realiza seu X Congresso em São Paulo, em caráter extraordinário, onde o partido é declarado extinto. No fim deste Congresso é criado o novo partido denominado Partido Popular Socialista (PPS), que deveria ser o herdeiro do velho PCB. No entanto, para alguns antigos comunistas a decisão de extinguir o PCB não havia sido legítima e por essa razão, em 1993 organizam um novo congresso, decidindo pela manutenção do nome, da sigla e do símbolo do partido. Em maio de 1996, o PCB conseguiu seu registro definitivo no TSE, cumprindo a exigência de criar diretórios em 20% dos municípios de pelo menos nove estados da Federação – conseguindo, segundo seus dirigentes, representação em 20 estados (ABREU, s/ data).

5.2 “RENOVADORES”: A ESTRATÉGIA ALTERNATIVA APRESENTADA PELOS EUROCOMUNISTAS PARA O PCB (E POR QUE ISSO IMPORTA AO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA)

Uma vez apresentado o contexto e a linha histórica do Partido, iremos nos debruçar mais amiúde nos conceitos apresentados pelas ideias estratégicas de renovação dentro do partido. As propostas estratégicas surgidas no PCB após o golpe militar de 1964 como expressões de resistência e possibilidade de organização no campo da esquerda, influenciariam os movimentos sociais, que por sua vez, também emergiam no contexto da ditadura como uma possibilidade de resistência e oposição, como ocorreu no caso da saúde. Neste estudo, a apresentação de estratégias alternativas à EDN será uma pista importante para a compreensão das bases que influenciaram o nascimento do Movimento da Reforma Sanitária brasileira como veremos nos capítulos adiante.

Dentre as críticas apresentadas três delas se destacam e serão aqui brevemente apresentadas. A primeira é a de Caio Prado Jr. que em seu trabalho intitulado “*A Revolução Brasileira*” de 1966 (PRADO JÚNIOR, 2004) descontrói duas teses centrais da teoria da revolução brasileira até então propagada pelo Partido. Em primeiro lugar ele afirma não haver no Brasil resquícios feudais a serem superados e nem uma burguesia

nacional, pois mesmo com características de dependência, o país já teria alcançado o estágio de sociedade capitalista. Portanto, não haveria uma revolução burguesa clássica a ser realizada. Em segundo lugar, a efetivação de uma transição socialista se daria pela superação do atraso brasileiro, já que esta era a razão de sua não congruência com a modernidade ocidental capitalista. A superação deste atraso seria impulsionada pela massa trabalhadora rural, sob a liderança dos trabalhadores urbanos. O Estado, em função da ausência de uma burguesia nacional, orientaria a tarefa revolucionária, pela via democrática (DANTAS, 2017).

Já na leitura de Florestan Fernandes⁹⁷, em “*A Revolução Burguesa no Brasil*” de 1975 (FERNANDES, 2005) a revolução burguesa brasileira já havia ocorrido e de maneira não clássica, mas “sim assumida por um aglomerado de frações de classe (as elites cafeeiras e os imigrantes, que teriam tomado para si a tarefa de instituir um determinado padrão burguês de civilização” (DANTAS, 2017, p.111). O autor criticava, assim, os modelos fechados de compreensão da realidade e da formulação de estratégias da classe trabalhadora que não levam em consideração as peculiaridades nacionais e os mais distintos contextos. Frente às peculiaridades da formação social brasileira, a transição para uma sociedade socialista exigia estratégias alternativas e não clássicas, o que para Florestan significava uma ruptura revolucionária da ordem capitalista. Logo, se para Caio Prado Jr., o Estado poderia atuar em benefício das massas e dos interesses da

⁹⁷ Cursou a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, da Universidade de São Paulo (USP) em 1941. Em 1943, bacharelou-se em ciências sociais, completando a licenciatura no ano seguinte. Sua trajetória intelectual foi profundamente marcado pelo contexto de transformações sociais, econômicas e políticas desencadeadas a partir dos anos 1940-1950, quando a urbanização, a industrialização e as migrações internas resultaram na emergência de novos atores e na reestruturação das hierarquias. Em 1943, durante a ditadura do Estado Novo, se aproxima do Partido Socialista Revolucionário (PSR), no qual passou a exercer uma militância em prol do socialismo. Em 1944 e 1945 frequentou o curso de pós-graduação em sociologia e antropologia na Escola Livre de Sociologia e Política (ELSP) de São Paulo, e a partir de 1945 atuou como pesquisador e professor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP. Obteve título de mestre em ciências sociais em 1947 e de doutor em 1951 em sociologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP trabalhos que investigaram a sociedade Tupinambá. Envolvido no Programa de Pesquisa sobre Relações Raciais no Brasil, desenvolveu pesquisa que desmentiu a tese sobre a inexistência de preconceito e discriminação em nosso país, inaugurando uma nova fase do estudo do negro. Em 1955, a publicação de *Negros e brancos em São Paulo*, contesta o mito de que vigorava no Brasil uma democracia racial. Em 1964, com a tese *A integração do negro na sociedade de classes*, Florestan questionou a modernização, acoplada à constituição do capitalismo moderno no Brasil, e a democratização, demonstrando como a desigualdade de acesso dos negros e mulatos ao mercado de trabalho constitui obstáculo à realização de uma sociedade democrática no Brasil. Formulou uma noção chave, a ordem social competitiva, em contraposição à ordem social aquisitiva, própria da civilização burguesa, que envolve ética racional e igualdade legal-formal como parâmetros das disputas. A partir do golpe militar utilizou os instrumentos da sociologia para denunciar e lutar contra o regime militar, realizando palestras em diferentes estados do país sempre em defesa da democratização da sociedade. Florestan atuou como professor visitante na Universidade de Colúmbia. Posteriormente, lecionou na Universidade de Toronto, até 1972 durante o exílio (XAVIER, s/ data).

nação sob a direção dos trabalhadores, mas ainda dentro da ordem burguesa, para Florestan o Estado apenas faria sentido fora da ordem burguesa e não capturado pelos interesses imperialistas e de suas burguesias locais (DANTAS, 2017).

Outro autor que se destaca na elaboração de críticas ao modelo da EDN é o cientista político Carlos Nelson Coutinho⁹⁸. Como veremos mais adiante nesse estudo, muito de sua análise crítica e de suas propostas estratégicas para o PCB irão influenciar o pensamento da esquerda brasileira da década de 1970 em diante. Em “*Democracia como um valor universal*” (1979) ele identifica problemas na formulação da EDN e igualmente propõe alternativas que viabilizassem uma transição para a sociedade socialista. Ao tecer críticas ao caráter etapista da EDN, elabora uma proposta de transição a partir de um novo socialismo, buscando, assim, superar o totalitarismo das experiências do socialismo real, a ditadura empresarial-militar no Brasil e a estratégia fracassada de seu partido (DANTAS, 2017; COUTINHO, 1979).

Como o nome da obra sugere, a democracia se tornaria ponto essencial da nova estratégia, sendo algo indissociável ao socialismo. Essa afirmação por si só já refutaria a ideia de socialismo que vigorava na União Soviética e no Leste Europeu, pois, no pensamento difundido por Carlos Nelson Coutinho, “uma vez que democracia e socialismo eram considerados indissociáveis, apenas uma democracia de massas poderia fornecer a base de luta pela democracia que, nesses termos, já seria a própria luta pelo socialismo” (DANTAS, p.116, 2017).

Carlos Nelson Coutinho inspirava-se na vertente do eurocomunismo, corrente difundida pelo Partido Comunista Italiano (PCI) através das ideias de Gramsci⁹⁹ cujo princípio era a “mudança na continuidade” com a chegada do socialismo ao poder através da disputa pela direção ético-política da sociedade (VAIA, 2013). Outro expoente do partido italiano com grande influência para esta vertente no PCB foi Giovanni

⁹⁸ Carlos Nelson Coutinho foi um intelectual marxista brasileiro, que articulou reflexão teórica com a prática militante. Dedicou-se à crítica cultural nos anos 1960 e 1970 e teve papel destacado na divulgação das obras de Lukács e Gramsci no Brasil. Graduiu-se em Filosofia na Universidade Federal da Bahia em 1965 e foi militante do PCB desde jovem. Devido à ditadura nos anos 1970, exilou-se em Bolonha (Itália) onde recebeu forte influência político-teórica PCI. Posteriormente morou em Paris, na França. Foi um importante militante dentro do PCB que encabeçou a proposta de renovação no comunismo brasileiro, a partir da questão democrática. Nos anos 1980, aproxima-se de outros partidos de esquerda como o novo Partido Socialista Brasileiro e posteriormente do recém criado Partido dos Trabalhadores (PT). Migra em 2004 para o o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) com dissidentes do PT (NETTO, 2012).

⁹⁹ Antonio Gramsci, nascido em 1891 na ilha de Sardenha, foi um dos fundadores do Partido Comunista Italiano, em 1921. Em 1926 foi preso pelo regime fascista italiano e escreveu “Cadernos do Cárcere”. Foi libertado apenas em 1934, antes de morrer aos 46 anos (VAIA, 2013).

Berlinguer¹⁰⁰, médico, professor e deputado do PCI na década de 1970. Teve um papel de liderança no processo da Reforma Sanitária italiana e, como veremos nos próximos capítulos, se aproximou fortemente do Movimento da Reforma Sanitária brasileira que se esboçara em meados dos anos 1970. Sua produção acadêmica esteve voltada para a luta política, sobretudo às condições de saúde dos trabalhadores e à questão da desigualdade sanitária (FLEURY, 2015). Dentre os partidos comunistas o PCI era conhecido por alguns integrantes do partido brasileiro como aquele que possuía a visão mais aberta das questões colocadas pelo movimento comunista internacional (SILVA, 2005).

Portanto, em sua proposta a democracia possuiria um valor estratégico e não meramente tático. Sendo assim, não apostava na luta imediata pelo socialismo, “mas sim com um combate árduo e provavelmente longo pela criação dos pressupostos políticos, econômicos e ideológicos que tornarão possível o estabelecimento e a consolidação do socialismo em nosso País” (COUTINHO, 1979, p.35).

Para o autor, a condução da política brasileira havia sido conformada pelo alto, numa espécie de via prussiana¹⁰¹, pelas classes dominantes e dirigentes. Esse reconhecimento vai ao encontro do conceito de “revolução passiva¹⁰²” trazido por Gramsci. Nela os processos de transformação ocorrem através de uma conciliação entre as frações modernas e atrasadas das classes dominantes, em uma tentativa de excluir as camadas populares de uma participação mais ampla. As revoluções passivas provocariam mudanças na organização social, mas conservariam elementos da velha ordem, resultando em um Estado caracterizado por “ditaduras sem hegemonia” (COUTINHO, 2006).

Em geral, todos os Estados que resultam de revoluções passivas – era um Estado no qual a supremacia da classe no poder se dava por meio da dominação (ou da ditadura) e não da direção político-ideológica (ou da hegemonia). Recordo brevemente que, para Gramsci, hegemonia é um modo de obter o consenso ativo dos governados para uma proposta abrangente formulada pelos governantes. Ao contrário, o que caracteriza aquilo que Gramsci chamou de ‘ditadura sem hegemonia’ é o fato de que, nesse tipo de Estado, existe certamente uma classe dominante, que controla

¹⁰⁰ Médico italiano, professor de Medicina Social na *Università La Sapienza* em Roma, militante e deputado do PCI na década de 1970.

¹⁰¹ O conceito de ‘via prussiana’, elaborado por Lenin- revolucionário russo- busca conceituar processos de modernização que ele chamou de ‘não clássicos’, ao comparar o caso da Prússia com os casos ‘clássicos’ dos Estados Unidos, da Inglaterra e da França. Partindo sobretudo do modo pelo qual o capitalismo resolveu (ou não resolveu) a questão agrária, Lenin chamou de ‘via prussiana’ um tipo de transição ao capitalismo que conserva elementos da velha ordem e, nessa medida, tem como pressuposto e como resultado um grande fortalecimento do poder do Estado (COUTINHO, 2006).

¹⁰² Gramsci formula o conceito de ‘revolução passiva’ tomando como base a análise do processo de unificação nacional italiano do século passado, conhecido como *Risorgimento* – mas generalizando o conceito também para outros eventos históricos, como, por exemplo, o fascismo (COUTINHO, 2006).

direta ou indiretamente o aparelho governamental, mas o projeto político dessa classe não tem o respaldo consensual do conjunto ou da maioria da sociedade. Nesse caso, lembra ainda Gramsci, pode-se falar de hegemonia de uma fração da classe dominante sobre as outras frações, mas não do conjunto dessa classe sobre o conjunto das classes subalternas (COUTINHO, 2006, p.82).

Ainda sobre o conceito de hegemonia em Gramsci, em sociedades complexas, a chegada ao poder deveria se dar mediante intensa atividade cultural capaz de impregnar de novas orientações as instituições da sociedade civil – como o sistema de ensino, as associações religiosas e os meios de comunicação – e não pela tomada violenta do aparelho de Estado (VAIA, 2013). Para Coutinho (1979), a ausência de uma revolução democrático-burguesa clássica no Brasil, com a conquista de direitos e liberdades civis através de uma forte participação popular, deixou marcas de fragilidade na democracia e não foi capaz de gerar mudanças estruturais na organização social que rompessem com a ordem dominante. A superação dessa lacuna, portanto, exigiria um intenso processo de socialização da política e uma mudança no padrão de interação da sociedade civil com a sociedade política. A socialização da política é aqui entendida como um processo de socialização dos meios de produção, mas que também abre a possibilidade de disputa do Estado para fins não apenas econômicos, consistindo em uma progressiva socialização dos meios de governar (COUTINHO, 1979). Nesse sentido,

A socialização política – que se expressaria na articulação da democracia representativa com formas de democracia direta – deve constituir-se na base sobre a qual serão buscados os pressupostos para a luta do socialismo: a conquista de um regime de democracia política não é uma etapa no caminho do socialismo a ser posteriormente abandonada em favor de tipos de dominação formalmente não democráticos. É, antes, a criação de uma base, de um patamar mínimo que deve certamente ser aprofundado (tanto em sentido econômico como em sentido político), mas também conservado ao longo de todo o processo. (COUTINHO, 1979, p. 43).

Seguindo o direcionamento político presente na estratégia pcbista, Coutinho também rejeita o que, segundo ele, seriam as estratégias “golpistas”. Para ele, qualquer tentativa de imposição de modificações radicais – tanto por conservadores quanto por setores da esquerda ou progressistas – significaria o truncamento do processo de renovação democrática e a repetição de modelo “prussiano” de direção “pelo alto” (COUTINHO, 1979).

De acordo com Dantas (2017), a aposta na força do movimento da sociedade civil, era também uma tentativa de renovar a estratégia política do PCB – onde Coutinho era militante – e retomar o posto de liderança pela classe trabalhadora organizada perdida desde o golpe de 1964. O autor oferece, assim, a proposta de uma aliança que ocorra de “baixo para cima”, incorporando novos sujeitos políticos e impondo às forças populares a opção de uma “guerra de posição” enquanto método de batalha política para a consolidação da democracia e da socialização política (COUTINHO, 1979). Se a hegemonia requer o deslocamento de um bloco de forças em torno de propostas consensuais, a chamada “guerra de posição” seria o seu prolongamento em uma longa luta de persuasão na sociedade civil (GALLO; NASCIMENTO, 1989).

Além do método da “guerra de posição”, outra ideia que aparece como essencial para a efetivação da renovação democrática é o reconhecimento da unidade como valor estratégico. Para o autor, quando não se verifica um processo de unificação política mediado por organismos representativos de âmbito nacional, o pluralismo dos sujeitos coletivos de base degenera-se em forma de corporativismo. A conquista de hegemonia, por sua vez, se daria através da obtenção de consenso majoritário das correntes políticas e das classes e camadas sociais (COUTINHO, 1979).

Talvez não seja inútil lembrar que maioria implica minoria, cujos direitos — na medida em que sua ação oposicionista não viole a legalidade constitucional democraticamente fundada — terão de ser respeitados. Mas essa afirmação do valor estratégico da unidade ganha um traço concreto específico quando referido ao Brasil: a tarefa da renovação democrática implica a crescente socialização da política, a incorporação permanente e “anti-prussiana” de novos sujeitos individuais e coletivos ao processo de transformação da realidade. Como a autonomia e a diversidade desses sujeitos deverão ser respeitadas, a batalha pela unidade — uma unidade na diversidade — torna-se não apenas um objetivo tático imediato na luta pelo fim do atual regime, mas também um objetivo estratégico no longo caminho para “elevar a nível superior” a democracia (COUTINHO, 1979, p.45)

Se no contexto da ditadura militar o Estado atuava de forma restrita, ou seja, como um aparelho coercitivo, a nova proposta era que este atuasse de forma ampliada. No conceito de Estado ampliado em Gramsci, diversas instituições surgem como responsáveis pela difusão de valores simbólicos, de ideologias e normas de comportamento, tais como sistema de ensino, partidos políticos, sindicatos, meios de comunicação, entre outros (GALLO; NASCIMENTO, 1989). Da mesma forma, a transição para uma sociedade socialista se daria gradualmente se conformando através de

um “reformismo revolucionário” com a implementação de uma série de políticas de reformas estruturais pelo Estado que viabilizassem a construção de uma nova lógica de acumulação e de investimento não centrada no lucro e na satisfação do consumo meramente privado e que a longo prazo seriam incompatíveis com a lógica da acumulação capitalista (COUTINHO, 2008). Na análise de Dantas (2017), há uma aposta em Coutinho de que uma vez ampliado, o Estado deixaria de ser o instrumento exclusivo de uma classe para se converter em uma arena privilegiada da luta de classes em seu interior, com a tomada dos espaços burocráticos. Há, portanto, uma escolha pela disputa e a transformação do Estado, que no caso brasileiro, se alinhava ao momento de redemocratização e ao movimento de reconstrução de um Estado controlado pelas forças populares (DANTAS, 2017).

Uma vez apresentados os valores estratégicos e o método, a efetivação da renovação democrática implicaria na execução de dois planos principais. O primeiro seria a conquista da democracia, em um regime de liberdades fundamentais, sustentada por uma unidade com todas as forças interessadas e amparada por uma Assembleia Constituinte dotada de legitimidade. O segundo seria a construção de alianças para o aprofundamento de uma democracia organizada de massas, com a crescente participação popular, onde a busca da unidade teria como meta a conquista do consenso para a implementação de medidas antimonopolista e anti-imperialista e, posteriormente, uma sociedade socialista fundada na democracia política (COUTINHO, 1979).

Em síntese, os três autores destacados ¹⁰³– Caio Prado Jr, Florestan Fernandes e Carlos Nelson Coutinho – nos ajudam a sistematizar a inflexão ocorrida a partir de 1964 nas propostas de estratégia política até então difundidas pelo PCB. Embora cada autor traga uma interpretação específica para a questão da revolução burguesa no país, é convergente entre estes intelectuais a ideia de que a mesma já havia ocorrido sem a participação de uma burguesia nacional anti-imperialista e antilatifundiária. Portanto, o socialismo estaria no horizonte estratégico de luta, não mais através de alianças com uma burguesia nacional (não existente no Brasil), mas sim pela conquista gradual e por etapas, através da garantia de um Estado democrático e do aprofundamento de alianças com as massas populares. Assim, o Estado é quem “assume o centro da estratégia como elemento

¹⁰³ Como sinalizado nas notas de rodapé dos respectivos autores, é importante destacar que, embora tenha se aproximado das ideias socialistas Florestan Fernandes atuava como intelectual independente e não como militante de partidos. Já Caio Prado Jr. e Carlos Nelson Coutinho, foram intelectuais e ao mesmo tempo dirigentes/militantes atuantes no PCB, porém em épocas distintas.

que, embora reconhecidamente de classe, pode acelerar o processo de acúmulo de forças no sentido do socialismo” (DANTAS, 2017, p. 132).

Essa nova proposta passa ser nominada de Estratégia Democrática Popular (EDP) e vai ganhando força ao longo da década de 1980 como parte de um processo de assimilação do novo e de um contínuo afastamento da EDN liderada pelo PCB. Vai se delineando nesse cenário a intenção de criação de um partido capaz de organizar as massas e, assim, realizar um movimento duplo onde se desenvolvesse o trabalho de base e também disputasse o plano institucional, equilibrando o compromisso da democracia plena e exercida diretamente pelas massas (DANTAS, 2017).

A criação do Partido dos Trabalhadores (PT) – já mencionado neste capítulo como elemento de contextualização da história do PCB – nasce, portanto, diante deste contexto de transição estratégica no campo da esquerda. Segundo Iasi (2006), embora sua base fosse oriunda do novo movimento sindical, o PT conseguiria alcançar um conjunto variado de frações da classe trabalhadora de diversos segmentos, incluindo membros de partidos que permaneceram clandestinos como o caso do PCB. O recém-criado partido, se posicionava

(...) em defesa do poder popular, com maior participação dos trabalhadores na política e na gestão dos serviços públicos, bem como sobre questões gerais mais candentes acerca daquela conjuntura específica: pelo fim da ditadura, pela reforma agrária, pelo combate à fome, direito à educação, à cultura e à habitação, contra a discriminação racial, étnica e sexual, e também a favor de uma saúde pública e gratuita (DANTAS, 2017, p. 135).

A principal crítica do novo partido ao “Partidão” referia-se à tentativa de importar um modelo de revolução socialista que impunha a necessidade de cumprimento da etapa democrático-burguesa para o alcance da transição para o socialismo. Assim como os autores críticos à EDN, para o PT a revolução burguesa já havia se dado e o Estado já era capaz de garantir as condições de dominação da burguesia dependente. A luta revolucionária seria promovida de forma antimonopolista, anti-imperialista e antilatifundiária, através da ocupação dos espaços institucionais conjugados ao poder popular e à luta de base organizativa e conscientizadora das classes trabalhadoras da cidade e do campo (DANTAS, 2017).

Essa movimentação de trabalhadores se tornou um importante instrumento de pressão à transição democrática, mesmo sendo realizada pelo alto e de forma negociada. Mas, segundo Iasi (2006), o acúmulo de forças ali experimentado indicava que o processo

de revolução para uma sociedade socialista se daria por um processo longo, gradual, cumulativo e na aposta na luta institucional ainda sob as regras do jogo da burguesia. De acordo com este autor, como se confirmou posteriormente, essa proposta ajudou a dissolver uma série de tensões no interior do recém-nascido partido, silenciou os críticos da institucionalização e distanciou o debate estratégico e revolucionário do cotidiano da luta.

A breve exposição da história do PCB e sua principal estratégia política, seguida pela apresentação da proposta alternativa que se desenvolve a partir do período de ditadura militar no campo da esquerda nos ajuda a sedimentar, portanto, o terreno sob o qual o Movimento da Reforma Sanitária irá construir os seus alicerces, tanto teóricos quanto práticos e estratégicos. Levaremos como pista para a leitura dos próximos capítulos que esse Movimento, por nascer de forma tão engendrada ao campo político da esquerda brasileira, irá acompanhar os caminhos (e, inevitavelmente, os descaminhos) percorridos e também as mudanças estratégicas desdobradas pelos acontecimentos históricos no país e pelo próprio entendimento sobre o papel da esquerda brasileira como agente de transformação social.

6. TRAJETÓRIA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: DA GÊNESE À IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Uma vez apresentada brevemente a história e as estratégias políticas e organizativas do chamado “Partidão”, agora nos dedicaremos a (re)conhecer o Movimento da Reforma Sanitária brasileira e algumas das narrativas existentes em torno da sua trajetória. A revisita ao contexto de nascimento e ao percurso traçado pelo Movimento até a construção do SUS possibilita, primeiro entendê-lo e reverenciá-lo em suas virtudes e pelo papel crucial para a institucionalização da saúde como um direito universal no país. Contudo, ao lançarmos nosso olhar às controvérsias e aos diferentes enunciados em disputa dentro do próprio movimento, esperamos identificar as possíveis brechas, falhas, apagamentos e silenciamentos resultantes de escolhas pregressas que possam nos auxiliar no reconhecimento de elementos e nós críticos que ainda hoje dificultam ou impedem a efetivação do direito à saúde no Brasil.

A partir da literatura pesquisada sobre a gênese do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, tratada neste estudo como documentos de base, além de identificarmos uma narrativa “oficial” sobre a sua história, visualizamos pistas, identificamos elementos não bem delineados e pouco discutidos que, por sua vez, nos ajudaram a conduzir o percurso de análise. Além disso, identificamos e elencamos para entrevistas alguns atores-chaves para que contribuíssem para o desvelamento de pontos “turvos” da história do Movimento da saúde e nos auxiliassem na compreensão das diferentes nuances, disputas e tensionamentos existentes.

Para começarmos, é interessante trazer um pensamento de Jacobina (2016) que afirma que o conceito de Movimento da Reforma Sanitária no Brasil pode ser definido de diferentes formas, apresentando diferenças e divergências quanto a sua compreensão, seu processo de criação, abrangência, consolidação e seu possível esgotamento.

O termo Reforma Sanitária adotado pelo movimento brasileiro é inspirado no projeto de reforma italiano conduzido pelo Partido Comunista Italiano (PCI) em conjunto com outros partidos, sindicatos e movimentos populares na década de 1970¹⁰⁴. Giovanni

¹⁰⁴ Segundo Possas (1988), a conquista da Reforma Sanitária italiana se deu pela aprovação da Lei nº 833 de 1978 que garantiu a sua instituição no país, mas também pela intensa mobilização popular e dos trabalhadores pelo PCI na década anterior.

Berlinguer¹⁰⁵, militante do PCI e importante influência para criação do movimento no Brasil define que:

A Reforma Sanitária não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros dos movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, técnicos e enfermeiros. Como isso poderá acontecer, se prevalecer um clima político confuso ou reacionário, se for rompida cada forma de unidade democrática, se dominarem os egoísmos de partido e os particularismos de categoria, de grupo, de zona? (BERLINGUER; TEIXEIRA; CAMPOS, 1988, apud FLEURY, 2015, P.3557)

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária nasce em consonância com a luta contra a ditadura e tem como tema fundante a Saúde e Democracia, abarcando um conjunto de proposições para mudanças e transformações na área da saúde, que iam desde a reformulação do sistema de saúde até a melhoria das condições de vida da população. Esse movimento ganha força, a partir do processo de reabertura política em 1974 e de redemocratização, como enfrentamento de um cenário marcado pelo autoritarismo do regime ditatorial e, de forma mais específica no setor saúde, por um grave quadro de desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde e da evidência de que o quadro de adoecimento da população resultava das más condições de vida da população. Segundo Paim (1994), o movimento no Brasil emerge como reflexo de uma nova dinâmica da sociedade civil e de movimentos sociais progressistas que em seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais comprometiam-se com a questão da democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. A partir de críticas ao modelo de saúde vigente, portanto, propunha-se uma reformulação do padrão de proteção à saúde do país a partir da ideia de democratização da saúde (PAIM, 2008). Contudo, cabe ressaltar que o Movimento no Brasil inicia a sua atuação na contramão das

¹⁰⁵ No Brasil, participou de diversos encontros como os do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e participou do processo de construção da Reforma Sanitária brasileira. Sua produção acadêmica esteve associada à luta política, e as condições de saúde dos trabalhadores e as desigualdades sanitárias entre os bairros de Roma (FLEURY, 2015).

reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social (LACAZ, 2011)

Para Sônia Fleury Teixeira (1989), em texto clássico onde busca criar uma teoria para o movimento brasileiro, a Reforma Sanitária é descrita como um processo de mudança na norma legal e do aparelho institucional de proteção à saúde, enfatizando a importância da criação de um sistema de saúde sob a responsabilidade do Estado e o reconhecimento da saúde como um direito universal. Em suas palavras a Reforma Sanitária é:

(...) um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, 39).

Escorel (1999), por sua vez, caracteriza o “movimento sanitário” – assim designado pela autora – como um modelo alternativo de propostas de organização dos serviços de saúde baseadas em estudos teóricos e experiências de projetos institucionais, construindo assim um “paradigma sanitário”. Considera-o, portanto, um movimento, já que – diferente dos lobbies, que defendem seus interesses baseados em interesses particulares – possui um caráter permanente e não apenas uma movimentação pontual dentro de seu contexto.

Cohn (1989) reitera esse entendimento ao afirmar ser essa uma especificidade do caso brasileiro denotando a ideia de um processo ou fenômeno dinâmico e inacabado que permanece em curso e sem final predeterminado. Da mesma forma, José Gomes Temporão¹⁰⁶ em entrevista à Jacobina (2016) também caracteriza a Reforma Sanitária brasileira como um processo político de longo prazo de construção de uma consciência política sobre as questões da saúde na sociedade brasileira.

Na perspectiva desses autores, portanto, para além da indicação de transformações das normas e das políticas de saúde implementadas, como, por exemplo, a criação do SUS, a Reforma sanitária se define pela proposição de ações que transcendiam às políticas estatais. Ou seja, mais do que reformas setoriais que privilegiam mudanças nos serviços de saúde, era necessário intervir de forma ampla no atendimento das necessidades de

¹⁰⁶ Apêndice 2.

saúde, visando à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população (PAIM, 2008).

Para alguns autores, como Escorel (1999) e Teixeira et al. (1988), o ponto de partida e de formação de um pensamento crítico ao modelo de saúde vigente serão as universidades, principalmente os departamentos de Medicina Preventiva (DMPs). A construção de uma base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e a incorporação das teorias das ciências sociais na saúde possibilitaram o reconhecimento de que a doença é também socialmente determinada, tecendo assim críticas à Medicina Preventiva¹⁰⁷ e à Medicina Comunitária¹⁰⁸.

Duas teses se destacam nesse cenário: “O dilema preventivista”, de Sergio Arouca (1975) e “Medicina e sociedade”, de Cecília Donnangelo¹⁰⁹ (1975). A primeira por realizar uma crítica ao discurso preventivista analisando a formação de seu discurso e destrinchando as condições de possibilidades para a existência dos elementos que o compunham. De acordo com a análise de Arouca (1975), a Medicina Preventiva trata-se de um discurso no interior da Medicina que de um lado considera as condições de ocorrência das doenças e de outro, uma prática ideológica de uma consciência preventiva incorporada na prática cotidiana do médico. No entanto, representaria uma leitura liberal e civil dos problemas relacionados à questão da saúde e uma proposta alternativa à intervenção estatal, incapaz de provar mudanças já que não inclui uma prática teórica capaz de produzir um conhecimento das reais determinações das condições de saúde e

¹⁰⁷ A Medicina Preventiva tem sua origem na década de 1920 com a introdução dos DMPs nas Escolas Médicas dos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá (TEIXEIRA et al, 1988).

¹⁰⁸ A Medicina Comunitária surge através das experiências de sistemas de saúde desenvolvidas em países africanos, como parte da estratégia de expansão capitalista dos países colonizadores e torna-se a base técnica de uma Medicina simplificada utilizada nos EUA através de órgãos governamentais e universidades como políticas sociais de combate à pobreza nos anos 1960 (TEIXEIRA et al, 1988).

¹⁰⁹ Maria Cecília Ferro Donnangelo cursou Pedagogia, que concluiu em 1962. Exerceu o magistério secundário (Psicologia e Sociologia) em Escola Normal; e ingressou, em 1969, no Departamento de Medicina Preventiva/FM/USP, onde permaneceu até a sua morte em 1983. Defendeu o doutorado em 1973 e a livre-docência em 1976. Destacam-se suas duas teses, onde propõe o estudo das práticas médicas, na primeira, e a reflexão ampliada sobre a saúde, na segunda. Em “Medicina e sociedade” realiza um estudo sobre a profissão médica como segmento do sistema social global e urbano industrial que se configurava no Brasil a partir da segunda metade do século XX e, no caso específico de São Paulo, procurou identificar as relações estabelecidas entre a profissão e a sociedade em questão. Em “Sociedade e Saúde” procurou desenvolver um quadro teórico mais preciso sobre a medicina comunitária, que deveria ser entendida como: projeto de organização da prática médica, para uma modalidade particular de articulação entre as diferentes agências e instituições encarregadas das práticas de saúde, bem como com os grupos sociais aos quais as práticas de saúde são destinadas. (NUNES, 2008).

dos sistemas de saúde e por não incorporar uma prática política que gerasse mudanças necessárias.

Já a tese de Donnangelo (1975), apresenta uma crítica à Medicina comunitária, que embora tenha angariado espaços importantes para experiências de participação popular no setor saúde, expressaria ainda a prestação de serviços de saúde a categorias excluídas de cuidado médico isolando-as como objeto de uma prática diferenciada. Foi utilizada, portanto, como uma tentativa de atenuar tensões sociais e dentro de uma racionalidade econômica de diminuição de custos dos sistemas de saúde.

Nesse sentido, vai se construindo um conhecimento alternativo¹¹⁰, apoiando-se na identidade do discurso da Medicina Social como base para a teoria do movimento da Reforma Sanitária. De acordo com Scorel (1999)

Os contatos entre os ‘núcleos críticos’ levaram à constituição de uma rede onde há uma difusão do pensamento, de práticas, conceitos e estratégias. Essa rede e essa identidade do discurso teceram a organicidade do movimento, que passou a ter “condições concretas de existência em sua singularidade (SCOREL, 1999, p.187).

Lacaz (2011), Paim e cols. (2011) e Laurell (1995) acrescentam ainda que, na concepção política e ideológica do movimento que vai sendo construído, a saúde é defendida não apenas como uma questão biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas também como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Houve, portanto, uma tentativa de ampliação do conceito de Saúde Pública que, segundo Jaime Oliveira¹¹¹ tinha a intenção não só de estender o campo:

(...) mas a ideia de que o trabalho nessa área não era exclusivamente um trabalho técnico, que visava reorganizar administrativa e tecnicamente o campo da Saúde Pública e as instituições e sistemas de saúde. Mas a ideia que estava presente, em maior ou em menor grau, em todo mundo dessa época é que isso fazia parte de uma luta política mais ampla né? Aí essa

¹¹⁰ As teses de Arouca e de Donnangelo podem ser consideradas teses inaugurais de um debate que vinha ocorrendo no Brasil e também em diálogo com um debate internacional. Tambellini (2003), cita a contribuição de Juan César Garcia, na época representante da Organização Pan-americana da Saúde, que possibilitou o desenvolvimento de uma forma científica de ler, interpretar e propor objetos, métodos, técnicas e filosofias que ultrapassavam o campo médico e da saúde e incluíam as ciências sociais e humanas. A mesma autora, destaca que desde 1969 a 1973 ocorreram os Encontros dos Departamentos de Medicina Preventiva, discutindo publicações científicas que reafirmavam a falência do modelo Preventivista e avançavam em ensaiar novas possibilidades críticas à esse pensamento, criando assim um grupo crítico a essa disciplina, expondo suas fragilidades, incompletudes, deformações de seus conceitos e da construção de objetos e métodos que tornavam obscuras as realidades que pretendiam dar conta. Neles as “causas” estruturais atreladas as condições sociais passam a ser relevantes para o campo.

¹¹¹ Apêndice 2.

discussão sobre Reforma Sanitária brasileira, italiana e tal (Entrevista realizada em 2017, cedida por Leandro Gonçalves e autorizada por Jaime Oliveira).

A singularidade do movimento da Reforma no caso brasileiro reside, portanto, na delimitação de sua área de conhecimento e na adoção do conceito de Saúde Coletiva¹¹² em detrimento de outras definições amplamente difundidas na época - Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária. A ideia de Saúde Coletiva tem como especificidade o coletivo como objeto e como método o histórico estrutural.

O coletivo tomado como objeto pode ser referido como: “o meio objeto privilegiado das práticas de saneamento ambiental e do específico conhecimento que as fundamenta; o agente patogênico e seu campo de expansão e contenção reconstruídos a partir do saber biológico; o social como efeito do coletivo estruturador de práticas (TEIXEIRA, 1988, p. 196).

Realizando uma análise dos processos de trabalho e utilizando o conceito-chave de organização social da prática médica, a Saúde Coletiva buscava trazer uma leitura socializante dos problemas do sistema de saúde vigente – marcado pela crise da medicina mercantilizada, pela ineficiência, pela ausência de uma organização democrática de sua gestão e planejamento (TEIXEIRA, 1988).

Seguindo a lógica discursiva que apresenta a gênese do movimento da Reforma Sanitária brasileira pela academia e pela construção de um saber – a saúde coletiva – três vertentes de atores são destacadas. De acordo com Escorel (1999) e Teixeira (1988), a primeira é a academia e seu papel na construção daquilo que para as autoras seria um novo paradigma sanitário, como já assinalado. A segunda refere-se ao movimento estudantil, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); e o terceiro aos Movimentos de Médicos Residentes e o Movimento de Renovação Médica (REME).

O papel do movimento estudantil teria sido fundamental para a disseminação das análises e propostas apresentada pelo movimento da Reforma. Os eventos tais como as Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas desde 1974, e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, principalmente entre 1976 e 1978, foram

¹¹² É importante destacar que essa construção mais conceitual do termo Saúde Coletiva vai se desenvolver a partir do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, com a criação da ABRASCO. No entanto, até esse período o debate esteve em torno do conceito de Medicina Social latino-americano, o mesmo que contou com a contribuição de Juan César Garcia.

essenciais como lugares estratégicos para driblar a repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões sobre temas como saúde comunitária. Em entrevista Ziadir Coutinho¹¹³ (Entrevista realizada em 2019) descreve brevemente sobre os eventos estudantis ocorridos na década de 1970 – no caso de sua experiência na cidade de Curitiba no estado do Paraná – e como estes contribuíram para a discussão da Reforma.

(...) eu acabei coordenando, acho que no terceiro ano de faculdade, para a minha quarta, o SESAC, Semana de Estudos de Saúde Comunitária. Foi um movimento importante (...) Então de repente estava eu liderando o encontro de quatrocentas pessoas vindas de todo o Brasil, que eram pessoas estudantes, mas eram pessoas ligadas no movimento, e era um movimento de esquerda. E isso também acabou dentro da universidade agregando muitas pessoas e fortalecendo um grupo dentro da universidade, porque o pessoal das ciências sociais, o pessoal das exatas vieram ajudar a gente a fazer o movimento (Entrevista realizada em 2019).

Ainda nessa vertente, a necessidade de alinhamento entre prática política e a construção de um saber, toma forma com a criação de duas importantes instituições de Saúde Coletiva: CEBES, em 1976, e a ABRASCO, em 1979. A criação destas instituições é considerada por diferentes autores (COHN, 1989; NETO, 2003; PAIM, 2008; TEIXEIRA, 2011) como marco importante do movimento da Reforma Sanitária contando com a participação de diferentes atores como: estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde.

A criação do CEBES é identificada como instrumento fundamental para a difusão, representação, estudo e articulação do movimento da saúde com os movimentos sociais (ESCOREL, 1999). O centro de estudos foi fundado em São Paulo e lançado oficialmente na 28ª Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC)¹¹⁴ em julho de 1976 em Brasília. Entre seus colaboradores¹¹⁵ iniciais estavam figuras pertencentes a instituições paulistas, vinculadas ao Departamento de Medicina Preventiva e Social de universidades paulistas e de faculdades de Medicina, especialmente da Universidade de

¹¹³ Apêndice 2.

¹¹⁴ A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) foi criada em 1968 por um grupo de cientistas e exerce um papel importante na expansão e no aperfeiçoamento do sistema nacional de ciência e tecnologia, bem como na difusão e popularização da ciência no país (SOPHIA, 2012). Durante o período de ditadura militar (1964-1984), foi um dos poucos locais onde era possível um debate crítico sobre a situação política do país. O movimento Sanitário participou dos congressos por intermédio do CEBES e da ABRASCO (VIERA-DA-SILVA, 2018, p. 114).

¹¹⁵ Dentre os seus fundadores estão: José Ruben, Sérgio Arouca, David Capistrano, José Augusto Cabral de Melo, Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho e Emerson Merhry (SOPHIA, 2012). Alguns desses personagens serão melhor apresentados no próximo capítulo deste trabalho.

São Paulo e da Universidade Estadual de Campinas (SOPHIA, 2012). O objetivo da criação do CEBES naquele momento era a criação de uma entidade capaz de alicerçar a divulgação de experiências na área da saúde e promover uma releitura da situação da saúde no Brasil através de uma base marxista (FRANCO NETTO; ABREU, 2009).

Segundo relato de Ary Miranda¹¹⁶ (Entrevista realizada em 2019) antes do CEBES a discussão em torno do campo da saúde e de luta da Reforma Sanitária desenvolvida era ainda muito difusa. Nesse sentido, a sua construção contribuiu para uma certa sistematização e organização do campo. Além disso, nasce como uma frente contra a ditadura, tornando-se um palco estratégico de luta no debate político através da pauta da saúde.

E a luta política então da Reforma Sanitária era uma luta que se dava numa frente contra a ditadura, de participação da luta geral da sociedade contra a ditadura e, a partir 1976- isso é um dado importante- é criado o CEBES. O CEBES lança a rede de Saúde em Debate, que era um palco de debate político. Isso foi muito importante porque não tinha. Essa discussão era difusa. Você tinha ainda alguns departamentos de Medicina Preventiva, de Saúde Preventiva. Agora quando o CEBES é fundado e cria a revista, isso foi importantíssimo (Entrevista realizada em 2019)

A criação do CEBES culminou na criação da Revista “Saúde em Debate” que se torna um veículo de disseminação e discussão das ideias do Movimento da Reforma. Nela são apresentados os projetos do movimento e esboçadas as primeiras propostas para a criação daquilo que mais tarde seria o novo sistema de saúde no país. De acordo com Ary Miranda, é um fato relevante que o primeiro documento lançado pelo CEBES seja o documento sobre democracia e saúde¹¹⁷, associando a luta contra a ditadura e o projeto de saúde (Depoimento em entrevista realizada em 2019).

Além do núcleo de São Paulo, foram sendo criados outros CEBES em diferentes cidades, apresentando diferenças quanto à composição e atuação. De acordo com Sophia (2016), os outros núcleos locais foram criados em 1977 nos estados de Pernambuco, Paraíba, Bahia, Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro. A autora destaca nesse período o trabalho realizado nos estados de Minas Gerais - com núcleos em Ponte Nova, Montes Claros e Belo Horizonte - e São Paulo - com

¹¹⁶ Apêndice 2.

¹¹⁷ O documento intitulado “A questão democrática na saúde” (CEBES, 1979) foi produzido pelo CEBES, publicado na Revista Saúde em Debate e apresentado no I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados no ano de 1979.

núcleo na cidade de Campinas. No Rio Grande do Sul, o Centro nasce diretamente ligado à história da medicina comunitária como uma antítese da medicina liberal. Já em Santa Catarina, o CEBES buscou alianças com os setores populares e com a Igreja (Pastoral de Saúde) publicando o Cadernos de Educação Popular e distribuindo cópias para reflexão nas Comunidades Eclesiais de Base (DA ROS, 1991 apud ESCOREL, 1999). No Rio de Janeiro, o CEBES ganha outro contorno, não tão diretamente ligado ao ensino médico, mas à uma ideia de construção de uma consciência sanitária, com ênfase na organização e na prática política.

Quando vem aqui para o Rio, já entram outras pessoas, como eu, que já não estão tão ligadas ao ensino médico e começa a fazer daquilo a ideia da ‘consciência sanitária’, da organização, da prática política, da discussão (Entrevista realizada em 2017 cedida por Leandro Gonçalves e autorizada por Sônia Fleury).

A linha de orientação do trabalho dos núcleos teria por essência a função de buscar unir as lutas desenvolvidas no setor saúde por melhores condições de saúde da população e às lutas pela democratização geral da nação através da conquista das liberdades democráticas (CEBES, 1978, apud SOPHIA, 2016). Durante os primeiros anos, eles funcionavam, geralmente na casa dos próprios coordenadores, onde se organiza as atividades de interesse do CEBES, divulgava-se o periódico e angariava-se sócios para a entidade. Em 1978, existiam 26 núcleos regionais espalhados por 14 estados e o Distrito Federal; e no início de 1980, 32 núcleos regionais estavam em funcionamento por todas as regiões do País (SOPHIA, 2016).

Porém, as diferentes narrativas em torno da criação do CEBES é um ponto importante a ser apresentado neste trabalho, pelo seu papel fundamental na disseminação das ideias do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Retomaremos e aprofundaremos este ponto no capítulo a seguir quando analisaremos o centro de estudos também como um aparelho de articulação entre o movimento da saúde e os partidos políticos, fundamentalmente o PCB. Por hora, é importante destacar e já observar que, as diferentes composições e direções que vão tomando os núcleos do CEBES ao longo do país, traçaram estratégias de atuação, de ênfase e de articulação distintas, influenciadas por múltiplos fatores, mas principalmente, pela atuação de determinados atores e pela perpetuação de narrativas específicas acerca do movimento.

A ABRASCO é formalmente fundada em 1979, envolveu três encontros: um em Salvador (1978), um em Ribeirão Preto (1978) e por fim, em Brasília. A expressão Saúde

Coletiva já vinha sendo usada em alguns DMPs, mas somente a partir da criação da ABRASCO é que foi construída teoricamente como um conceito voltado para designar um campo e um projeto de práticas e saberes (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Dando continuidade a descrição das vertentes que compuseram o Movimento da Reforma Sanitária segundo a narrativa apresentada por Escorel (1999), o Movimento dos Médicos Residentes e de Renovação Médica (REME) parecem possuir uma atuação política mais concreta, para além da construção de um saber teórico, já que estavam na arena do mundo do trabalho.

Os movimentos médicos trouxeram para o conjunto do movimento sanitário as relações de trabalho e as regras colocadas na sociedade brasileira durante o regime militar para o controlar. Esses movimentos caracterizaram uma nítida divisão de pensamentos (e alianças) no interior da categoria médica, entre os liberais, os empresários e os assalariados (ESCOREL, 1999, p.70).

De acordo com Ary Miranda (Entrevista realizada em 2019), o REME é formado a partir da luta do movimento de sindicatos dos médicos, pelos conselhos regionais de medicina de linhas mais progressistas e depois alcança outras corporações da saúde como a enfermagem, a assistência social, etc.

Então você tem uma crescente de capilarização no conjunto da sociedade em que as organizações da sociedade civil, que de uma certa forma tinham na sua agenda a questão da saúde, se mobilizando para participar desse processo, que vai do sindicato, como eu falei, aos movimentos de reintegração dos hansenianos, etc (Depoimento de Ary Miranda em entrevista realizada em 2019).

É também nesse momento que ocorrem as primeiras experiências de ampliação e de ocupação dos serviços de saúde baseadas nas ideias desenvolvidas pelo Movimento da Reforma em municípios do país. Durante a década de 1970, essas experiências institucionais puderam colocar em prática um primeiro esboço de diretrizes que posteriormente seriam pilares do SUS tais como: descentralização e participação.

Realizado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em Vitória de Santo Antão, em Pernambuco o Projeto Vitória, voltava-se para ações de Saúde Comunitária (MELO, 2013). Já na faculdade de Medicina de Londrina no Paraná, desde 1970 a proposta de integração das Medicinas Curativa e Preventiva culminou na execução de um programa de atenção médica à população de baixa renda em unidades periféricas e rurais, experimentando ações de integração institucional com Secretárias Municipais e Estaduais

de saúde e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e ampliando a cobertura dos serviços a baixo custo, pela regionalização e hierarquização dos serviços. No Rio Grande do Sul, a faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) cria, em 1972, o sistema de saúde comunitária propondo a participação popular, integração docente-assistencial baseados nos cuidados primários de saúde e mais tarde criando a Residência em Saúde Comunitária. Em Brasília, foi criado em 1974 na Universidade de Brasília (UNB) o programa integrado de saúde comunitária que propunha a regionalização de serviços de saúde (TEIXEIRA et al, 1988)

Em Minas Gerais, o Projeto Montes Claros foi considerado um laboratório da democratização da saúde em 1975, com a implantação de uma rede de 40 postos de saúde e recrutamento e treinamento de 625 agentes de saúde, servindo de base para a concepção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS¹¹⁸) – considerado a maior experiência de extensão de serviços de Medicina simplificada em escala nacional (VIERA-DA-SILVA, 2018). Já no Rio de Janeiro, a criação, em 1973/74, da pós-graduação em Medicina Social do Instituto de Medicina Social da UERJ, com recursos da Fundação Kellog, Finep e CNPq, o convênio entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) em 1975, realizou uma série de projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias como o Programa de Estudos Sócio- Econômicos em Saúde (PESES) e o Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (PEPPE), que realizaram pesquisas de investigação nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva e Medicina Comunitária (TEIXEIRA et al, 1988).

Em São Paulo, municípios como o de Campinas, com Nelson Rodrigues¹¹⁹, e Bauru e Santos, com David Capistrano¹²⁰, como secretários de saúde durante a década de 1970, também experimentaram algumas iniciativas inovadoras de ampliação, democratização e participação nos serviços de saúde (VIERA-DA-SILVA, 2018). Em Campinas o Projeto de Saúde Comunitária da UNICAMP ficou conhecido como Projeto Paulínia e foi financiado pela Fundação *Kellogg* entre 1971 e 1972. No mesmo período ocorria o projeto de área programática para serviços integrados de saúde, no Vale da

¹¹⁸ O PIASS surge no nordeste, como o primeiro programa de extensão de cobertura a nível federal, abrangendo a região de jurisdição na - Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) uma autarquia especial, administrativa e financeiramente autônoma, integrante do Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal, criada originalmente em 1959 (BRASIL, 2006).

¹¹⁹ Apêndice 2.

¹²⁰ Por tratar-se de uma liderança no Movimento da Saúde e no PCB, a atuação deste ator se destacará ao longo do próximo capítulo. Apêndice 2.

Ribeira, patrocinado pela Universidade de São Paulo (USP), através do Departamento de Medicina Preventiva, em convênio com a Secretaria de Saúde de São Paulo (MELO, 2013).

Segundo Emerson Merhy¹²¹ (Entrevista realizada em 2019) a atuação de médicos e sanitaristas na periferia de São Paulo, como a Zona Leste e Zona Oeste, já acontecia antes mesmo do movimento da saúde “ganhar corpo” e se estruturar.

Pra você ter uma ideia a gente chegou a organizar assembleias no bairro com 400 pessoas, por exemplo, discutir o combate aos ratos que tinham no bairro. Então como é que nós vamos combater rato? [risos]. Então a gente tinha que reivindicar serviços, vigilância e ações autônomas dentro do bairro. A gente fazia assembleia com a participação de 400 pessoas, 500 pessoas... Isso é muito antes de qualquer reforma sanitária (Depoimento de Emerson Merhy em entrevista realizada em 2019).

Para Sônia Fleury Teixeira (1988) a luta dos profissionais de saúde e pelos movimentos de renovação médica nos seus respectivos sindicatos e conselhos se deu em um segundo momento do Movimento.

A consciência sanitária aumentava ao incorporar aos movimentos profissionais a perspectiva mais ampla referente à política nacional de saúde. Entre o movimento médico, o movimento sanitário de origem acadêmica e o movimento popular pela saúde foram estabelecidas alianças históricas, capazes de transcender os limites corporativos dos profissionais, a cultura elitista dos cientistas e a ausência de uma visão mais abrangente do movimento popular (TEIXEIRA, 1988, p. 96).

De acordo com a autora, foi necessário que o projeto saísse de uma crítica genérica ao sistema de saúde e incorporasse os problemas colocados pelos movimentos profissionais e populares, como as condições de trabalho dos profissionais ou a ausência de alternativas para o saneamento ambiental das favelas e periferias, por exemplo. Contudo, a autora admite que, embora o fortalecimento dos movimentos sociais iniciado na redemocratização tenha propiciado um revigoramento dos movimentos sindical, popular e sanitário, não foi possível aprofundar as relações orgânicas entre eles.

Scorel (1999), por sua vez, afirma que durante o período mais repressivo da ditadura militar o movimento sanitário pôde representar “a voz” na saúde dos derrotados e silenciados pelo regime, que segundo ela, eram as classes populares e seus representantes. E continua:

¹²¹ Apêndice 2.

Enquanto os derrotados (as classes populares e seus representantes) eram silenciados pelo regime, foi sendo construída a sua ‘voz’, a voz dos derrotados, dos silenciados (...). A construção de um novo marco teórico no pensamento médico-social no Brasil iniciou um movimento à procura de seu personagem (as classes populares), existindo antes que essas próprias classes organizadas procurassem criá-la. Em um primeiro momento, o movimento não encontra seu sujeito social porque este está silenciado, mas com a eclosão dos movimentos sociais, o movimento sanitário encontra seu referencial: desde seus primórdios está referido às classes trabalhadoras e populares. Foi esse desenvolvimento teórico que deu sustentação ao movimento sanitário (SCOREL, 1999).

Para a autora, durante a conformação do movimento da Reforma Sanitária, a classe operária não aparecia no cenário político e nem setorialmente, sendo assim a “classe ausente” neste processo. Para ela, o discurso médico-social em que se baseava o movimento abrigava esse ponto de tensão já que, mesmo sem a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática da Reforma era feito para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela) (SCOREL, 1999). O termo “fantasma da classe ausente” foi empregado por Arouca (1987 apud SCOREL, 1999) para designar este conflito no interior do Movimento da Reforma que, mesmo se denominando coletiva e organicamente ligado às classes populares, precisou buscar seus sujeitos sociais.

Podemos perceber até aqui que esta é uma leitura sobre a criação do Movimento da Reforma Sanitária brasileira que enfatiza o papel de uma “intelectualidade orgânica” como propulsora do ideário proposto pela Reforma e do desenvolvimento das experiências realizadas nas décadas de 1970 e 1980, com a participação das Universidades e DMPs. Contudo, outros autores apontarão a contribuição de diferentes componentes, extrapolando a esfera dessas três vertentes apresentadas. Paim (2008), por exemplo, sinaliza que o movimento da Reforma conseguiu articular diferentes agentes em torno do projeto para o setor saúde no país e Jaime de Oliveira¹²²(em entrevista realizada em 2017, cedida por Leandro Goncalves e autorizada por Jaime Oliveira), destaca que a composição do movimento era formada, sobretudo, por pessoas que além da atuação acadêmica também eram oriundas da militância política, que passaram a ver o movimento como um campo para o trabalho político, para além do técnico e vinculado à uma ideia de transformação social mais global. Segundo o entrevistado:

¹²² Apêndice 2.

“Eram pessoas que vinham da militância política e que passaram a ver o trabalho nesse campo como um trabalho político, um trabalho, pra além do técnico um trabalho político. Que se vinculava a uma ideia de transformação social mais global.” (Depoimento de Jaime Oliveira em entrevista realizada em 2017).

Já na perspectiva de Lacaz (2011), o movimento nasce alinhado ao crescimento de um amplo movimento social no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade, desde movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos – incluindo sindicatos associados aos partidos de esquerda clandestinos na época, militantes partidários, líderes comunitários, profissionais de saúde, professores, estudantes, trabalhadores.

A discussão sobre a participação dos movimentos sociais na Reforma Sanitária brasileira, portanto, pode ser percebida como um dos seus “nós críticos”, principalmente quando são ofertadas narrativas diferentes daquelas vocalizadas pelos próprios intelectuais do movimento. Uma das críticas conhecidas à essa questão é aquela apresentada por Campos (1988), onde o autor atribui como grave a separação estabelecida entre o grupo de intelectuais do movimento e o conjunto de forças, que segundo ele, potencialmente seria capaz de impulsionar verdadeiras reformas: sindicatos de trabalhadores, parcelas dos profissionais de saúde, partidos políticos que advogam reformas ou o socialismo e outras forças organizadas da sociedade brasileira. De acordo com Campos (1988), a composição de forças políticas que então se apresentavam, tanto a nível federal quanto na maioria dos estados, não seria o suficiente para a abertura de uma nova perspectiva de Reforma, mas apenas a sua concepção de forma restrita. Na sua visão, os intelectuais preferiam ocultar, ou pelo menos não problematizar, a inclinação que o poder executivo nos últimos anos e também na Assembleia Constituinte, demonstravam em realizar reformas limitadas aos interesses econômicos ou políticos das elites sendo, portanto, um equívoco político apostar em uma alteração radical do sistema de saúde sob essas circunstâncias.

Nesse caso, deveriam apostar no acirramento do debate, na possibilidade de uma mudança na correlação de forças através de lutas sociais e políticas, por exemplo, organizando uma campanha ancorada em propostas tecnicamente plausíveis e em forças politicamente comprometidas com as reformas, objetivando o isolamento e o enfraquecimento político da iniciativa privada na área da assistência médico-hospitalar. Ocorreu, contudo, o contrário. Não só não foram organizadas tais campanhas, como surgiu todo um discurso empolado para justificar a continuidade

da prestação privada de serviços, teorizando-se até sobre a possibilidade de vir a organizar-se um sistema onde houvesse uma compatibilidade entre o funcionamento regulado de “leis de mercado” e o bem estar comum (Campos, 1988, p.186).

Recentemente Stotz (2019) retoma essa discussão ao analisar de forma crítica o conflito da chamada “classe ausente” do Movimento da Reforma Sanitária, indagando a narrativa proeminente de não participação e a suposição de inexistência política do movimento sindical no período. Segundo ele, no processo de desenvolvimento deste movimento houve aproximações, mas não enraizamentos na articulação, uma vez que o Movimento da Reforma Sanitária

desenvolveu-se à margem do movimento operário, tendo inclusive estado de costas para iniciativas como a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), fundado em agosto de 1980 (LACAZ, 2011 apud STOTZ, 2019, p.55).

Segundo o autor, o movimento acabou optando pela manutenção da coalizão política (Aliança Democrática) que, sob hegemonia burguesa, promoveu a transição do poder dos militares para os civis e propiciou a participação dos quadros do PCB e de sua área de influência no governo do general Figueiredo, por meio do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)¹²³, em 1981. A escolha pela estratégia de ocupação dos espaços intraburocráticos adotada - estratégia esta que revela a forte influência do *modus operandi* do PCB no movimento, como veremos no capítulo seguinte de forma mais detalhada – afastou-os, portanto, do que seria reconhecido como movimento operário (STOTZ, 2019; LACAZ, 1994).

Além da questão do movimento sindical no processo de desenvolvimento na Reforma Sanitária brasileira é importante destacar a presença de movimentos populares como o Movimento Popular de Saúde (MOPS), criado em 1981. Segundo Eymard Vasconcellos¹²⁴ (VASCONCELLOS, 2018), o MOPS nasce a partir dos Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária no final da década de 1970, como resultado de práticas de medicina baseadas em saberes populares e locais, somadas às

¹²³ Criado no contexto da crise da previdência com a intenção de buscar respostas que explicassem a crise do setor, o CONASP em seu diagnóstico definiu um conjunto de problemas presentes no modelo de saúde vigente, a saber: 1) serviços inadequados à realidade; 2) insuficiente integração dos diversos prestadores; 3) recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto; 4) desprestígio dos serviços próprios; 4) superprodução dos serviços contratados (BAPTISTA, 2007).

¹²⁴ Professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e atual presidente da Rede de Educação Popular em Saúde.

lutas e reivindicações ao poder público, nas cidades, por melhorias nos serviços de saúde e saneamento. As reivindicações do MOPS também iam na direção de um enfrentamento da ditadura e da política de saúde vigente, mas não necessariamente havia uma proposta de criação de um novo sistema de Saúde. A sua articulação sempre foi heterogênea, rejeitando, assim, as tentativas de enquadrá-lo como um movimento unificado, com decisões e políticas unitárias (VASCONCELLOS, 2018).

A articulação com o movimento sanitário era um ponto que apresentava algumas tensões. Segundo Vasconcellos (2018), a discussão da estratégia política era muito fechada no grupo de intelectuais e, embora muitos dos seus componentes tenham se formado nas experiências comunitárias, alguns foram abandonando a ênfase nessa relação. Houve, no entanto, uma busca de aproximação durante a organização da VIII CNS, em 1986, onde se formou uma articulação entre agentes comunitários e o grupo de intelectuais do Movimento da Reforma. Para o MOPS, essa foi uma oportunidade de ocupar um espaço e contribuir com pontos importantes como o papel das experiências autônomas, de fora do Estado e a eficácia de um trabalho em saúde integrado à população. Ainda assim, Vasconcellos (2018) aponta que, na sua percepção, essa ainda era uma relação um pouco instrumental, ou seja, “se procurava os movimentos quando se precisava” (p.15). A própria compreensão sobre os movimentos sociais era um fator que divergia entre o Movimento da Reforma e o Popular pois,

Muitos intelectuais da área da saúde têm uma visão de movimento social a partir de um modelo mais europeu, de movimentos organizados. Mas na saúde nunca foi isso: eram movimentos fragmentados. No entanto, era uma fragmentação que tinha uma potência geradora. Alguns deles achavam que ‘não existia’ movimento social realmente atuante, então acabavam se aproximando quando convinha (VASCONCELLOS, 2018, p. 15).

Os argumentos de Vasconcellos (2018), Stotz (2019) e Campos (1988) vão de encontro, portanto, à narrativa “clássica” do Movimento da Reforma que justifica a dificuldade de articulação e ampliação da base de apoio com os movimentos populares e sindicais devido a frágil conformação destes no período. Fleury e Mendonça (1989) defendem essa retórica identificando a fragilidade do Movimento na incapacidade de ampliação de suas bases de apoio com os principais interessados na mudança política de saúde, ou seja, as camadas populares da sociedade, como demonstra o trecho a seguir:

A população mais pobre, além de estar voltada para a busca imediata da sua sobrevivência, apresentava um baixo nível de

organização e participação política. Apenas pequena parcela distinguia-se dessa massa pouco politizada, estando organizada nas Comunidades Eclesiais de Base vinculada à Igreja católica progressista, adepta da Teologia da Libertação. Neste caso, porém, em geral predomina uma ideologia radical que rejeita qualquer possibilidade de alteração na política pública como estratégia de mudança social.

O Movimento Sanitário, embora carecendo de um apoio substancial por parte dos usuários do sistema de saúde, não abriu mão de sua estratégia de politização da discussão da saúde, ao lado da organização de um bloco de forças oposicionistas em torno de um projeto reformador cada vez mais detalhado e abrangente, além da ocupação progressiva dos espaços políticos que vão se tornando disponíveis (FLEURY; MENDONÇA, 1989).

A citada VIII CNS, representou para o Movimento da Reforma Sanitária brasileira um marco político e, de acordo com Campos (1988), uma das ocasiões em que o grupo de intelectuais do Movimento buscou apoios para seus projetos junto a setores da sociedade civil interessados na transformação do *status quo* na área da saúde. A Conferência trouxe pela primeira vez a questão da saúde para uma arena mais ampla de debate público e sua elaboração e realização contou com a participação de diferentes atores envolvidos com o debate da saúde dentre eles trabalhadores, sociedade civil, gestores, etc. (FARIA, 1997; NETO, 2003; GUIZARDI et al, 2004).

Nela foi defendida a ideia de saúde como direito do cidadão e traçadas mudanças administrativas que alicerçaram a construção do SUS (LACAZ, 2011) como a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS com participação de 50% de usuários e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS)¹²⁵ que formulou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8080 em 1990. Além disso, propiciou um avanço inicial para o embate público sobre saúde que ocorrera com a instalação da

¹²⁵ De acordo com Campos (1988), embora pareça heterogênea, a composição dessa comissão era predominantemente formada por setores progressistas da burocracia governamental, caracterizando, assim, as suas produções pelo pensamento oficial. Participavam da CNRS : nove representantes de ministérios do governo federal; dois representantes das secretarias estaduais, um representante por todas as secretarias municipais de saúde- um total de doze técnicos governamentais; dois representantes do poder legislativo; três representantes dos trabalhadores - um da Central Única de Trabalhadores (CUT), Comando Geral dos Trabalhadores (CGT) e Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) ; dois representantes dos prestadores privados de serviços de saúde e três para o patronato. Os profissionais de saúde estavam representados pelos médicos pela Federação Nacional de Médicos (FNM) e os usuários uma vaga através da representação do Conselho Nacional das Associações de Moradores (CAMPOS, 1988).

Assembleia Nacional Constituinte (ANC) em 1988. (FARIA, 1997; GUIZARDI *et al*, 2004)

Contudo, da mesma forma que representou um marco político e divisor de águas para o movimento sanitário, a VIII CNS também trouxe à tona as principais contradições e tensões presentes no próprio movimento (FARIA, 1997; ESCOREL, 1999). Se de certa forma a Conferência possibilitou uma aproximação do Movimento com os movimentos sociais e populares, para Cohn (1989) chama atenção à recusa dos representantes do setor privado da saúde em participar do evento, bem como a pequena participação do Legislativo e a quase nula participação de partidos políticos que em princípio compartilhavam os preceitos reformistas. Com relação à análise dos tensionamentos e conflitos revelados entre os atores do movimento, a mesma autora pontua que:

O enigma começa a ser deslindado quando se atenta para a não identificação dos atores sociais envolvidos no movimento enquanto os opositores da Reforma Sanitária são identificados com maior precisão - o setor privado da saúde e suas instituições representativas, o governo, a tradição privatista do Estado brasileiro. Mas em ambos os casos existe um grande ausente: os partidos políticos (COHN, 1989, p.131).

Como pudemos observar nas narrativas sobre o nascimento do Movimento até então, além do tensionamento referente a participação dos movimentos populares e movimentos sindicais, a questão da participação dos partidos políticos também é identificado como um “nó crítico”, mas com uma diferença fundamental: a utilização da estratégia do suprapartidarismo como justificativa para a lacuna causada pela ausência da participação dos partidos.

Para Escorel (1999) a questão dos partidos seria um ponto permanente de tensão no Movimento, que ao envolver-se na luta pelo fortalecimento da sociedade civil precisou lidar com as classes sociais e as representações partidárias emergentes no cenário que, por sua vez, tendiam a “corroer” a unidade do movimento sanitário e partidariza-lo. Já Eleutério Rodrigues Neto (2003), em análise realizada no início dos anos 2000, qualifica a estratégia do suprapartidarismo como umas das virtudes do Movimento, já que possibilitou a união de diferentes agentes através do critério de compromisso com a plataforma da democracia. Por essa razão, segundo ele, as divisões partidárias que comprometeram a ação mais unificada das esquerdas a partir da “abertura” não afetou diretamente o movimento de Saúde.

Nesse mesmo sentido Arlindo Fábio Gómez de Sousa, em entrevista à pesquisa acerca da construção do movimento da Reforma Sanitária no Brasil (BRASIL, 2006) assinala que em sua conformação o Movimento possuía uma base comum diferentemente de outras áreas como a educação, a questão agrária, etc.

Até porque existia uma coisa chamada Partido Sanitário Brasileiro, e não se pode fazer nenhum tipo de análise nessa época sem que o Partido Sanitário seja considerado, ele que era um espaço de articulação das organizações [...] Cebes [...] Abrasco [...] as lideranças, de forma plural (BRASIL, 2006, p.65).

O termo “Partido Sanitário” surge em um seminário da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em 1981, como um apelido de cunho pejorativo para designar um grupo coeso do Movimento da Reforma Sanitária cujos componentes eram majoritariamente militantes ou simpatizantes do PCB. Não se tratava, portanto, de um partido político de profissionais de saúde. Na definição de Escorel (1999), o Partido Sanitário era, na realidade, um movimento de profissionais de saúde, mas também de pessoas vinculadas ao setor saúde “que usa um referencial médico social na abordagem e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, querendo promover uma Reviravolta na Saúde” (p. 189).

Na leitura de Fleury Teixeira e Mendonça (1989) o caráter suprapartidário e policlassista presente no Movimento da Reforma Sanitária tornou-se a condição essencial para a manutenção de uma unidade política em favor de uma reforma no setor saúde. Por outro lado, também sinalizam que a ausência de partidos e organizações sindicais na base de apoio à reforma deslocou a luta para dentro do aparelho de Estado, reduzindo as possibilidades de fortalecer o Movimento como uma organização autônoma.

Uma crítica bem conhecida sobre essa estratégia de atuação do Movimento da Reforma é aquela apresentada por Campos (1988) onde o autor aponta que – ao contrário das experiências de reforma na saúde em outros países capitalistas onde os intelectuais progressistas se uniram ao movimento sindical e aos partidos apoiados na classe trabalhadora – no caso brasileiro o principal agente de transformação teria sido o “Partido Sanitário”, que segundo ele, estaria encastelado no aparelho estatal e apoiado por autoridades constituídas. E o autor prossegue:

(...) a discussão agora tem que ser travada com uma parcela do “Partido Sanitário”, instituição imaginada para reforçar a aparência de que essa linha de pensamento ou até mesmo esse movimento teriam um afastamento e uma independência das

classes dominantes. Na verdade, esse movimento é composto por um conjunto de intelectuais que pensa elabora políticas de saúde segundo diferentes perspectivas, que poderão corresponder, pelo menos potencialmente, aos interesses de diversos blocos sociais. Esses planos e programas, elaborados pelos intelectuais de saúde, poderão ser apropriados por diferentes forças, conforme seu conteúdo realmente se identifique com certos interesses, segundo a capacidade de iniciativa e amadurecimento político desses agentes coletivos. Não existe, portanto, um “partido de saúde” colocado acima das classes, supostamente capaz de elaborar políticas em nome de e para “a sociedade (CAMPOS, 1988, p.182)

Para Stotz (2019), o argumento de suprapartidarismo não permite avaliar o papel desempenhado pelos partidos políticos e legitima a ideia de que o caráter político da Reforma Sanitária seria dado pela natureza da transição democrática experimentada no país, o que significa no caso brasileiro uma transição para a democracia formal como uma “pactuação pelo alto” (entre as elites políticas) sem a mobilização das energias populares (PAIM, 2008), conferindo à “coalizão reformadora” um papel decisivo na formulação e implementação do SUS.

Dantas (2017), em análise mais recente sobre as estratégias de atuação da Reforma Sanitária no Brasil, faz uma crítica à postura do Movimento ante os partidos políticos e à sua relação com os receios da partidização da luta. De acordo com este autor, embora quase todas as suas lideranças tivessem vinculação partidária, havia o entendimento de que a aproximação com os partidos colocaria em risco a unidade do movimento e poderia acarretar o estreitamento de suas bases de sustentação. Contudo, para o autor o que se verificou na prática foi a defesa de um perfil suprapartidário e policlassista, que desconsiderou as desigualdades de condições de participação dos setores da dita sociedade civil nos espaços institucionais (DANTAS, 2017). “Ao que parece, os sanitaristas fizeram tabula rasa dos antagonismos de classe em nome de conciliações e consensos possíveis na política partidária do Parlamento” (DANTAS, 2017, p.200).

Jacobina (2016), em estudo acerca da participação dos partidos de vertente marxista no movimento da Reforma Sanitária, aponta que mesmo entendendo o movimento como suprapartidário, ou seja, onde a proposta de Reforma na saúde colocava-se acima das diretrizes emanadas dos partidos, é necessário considerar as filiações e as trajetórias políticas dos agentes participantes para melhor compreendê-lo. Em sua pesquisa o autor destaca que durante as entrevistas a visão suprapartidária do

movimento nem sempre se manifestava e as diferentes filiações partidárias e os distintos pontos de vista tornaram-se de extrema relevância.

Na literatura pesquisada sobre a gênese do Movimento da Reforma Sanitária brasileira pudemos identificar que a participação dos partidos políticos: primeiro, aparece como uma problemática, ou seja, a pouca atuação dos partidos justifica a atuação de um “Partido Sanitário”, ou movimento suprapartidário, em prol de uma unidade que garantisse uma reforma na saúde; segundo, emerge através de citações de atores participantes do Movimento ligados ou filiados à partidos políticos. José Carvalho de Noronha aponta para a existência de uma vertente do Movimento da Reforma Sanitária que dizia respeito à estruturação da vida política, dos partidos políticos, onde praticamente todos os envolvidos militavam em algum partido, alguns clandestinos. Segue trecho da entrevista em que cita alguns importantes atores e suas filiações partidárias:

O partidão – PCB, por exemplo, tinha o Arouca, o Eric Jenner Rosas, o Eleutério Rodriguez Neto, o Temporão, etc. Outros, como eu, o Hésio Cordeiro, militantes ativos do MDB, da 17ª Zona, diretório Rubens Paiva, presidido pelo Carlos Lessa [...] Depois, mais perto de Carlos Sant’anna, deputado federal do Centrão, em que ele faz uma coalizão à esquerda com uma composição em que o Eleutério é o principal ator, sai um documento do PMDB. Então, passamos a ter uma política, digamos, formal e partidária (BRASIL, 2006, p.61).

Os partidos mais relevantes no período de emergência do movimento sanitário foram aqueles de matriz marxista – ilegais durante o contexto de ditadura militar – destacando-se especialmente a atuação de militantes do PCB (JORGE, 1991; PAIM, 2008; SOPHIA, 2012, JACOBINA 2016). Cohn (1989) destaca já na década de 1980, a predominância de militantes do PCB no processo de construção de bases políticas para a saúde. Da mesma forma, José Gomes Temporão em entrevista para pesquisa acerca da construção do SUS destaca que

A Reforma Sanitária (...) teve tudo a ver com a ditadura e a luta pela redemocratização, com uma forte participação estratégica do PCB. A minha base no partido pensava e trabalhava no Cebes como projeto do partido, percebendo a importância dessa relação de democracia e saúde no sentido bastante amplo (BRASIL, 2006, p.59).

É diante, portanto, da elucidação dessa lacuna que é a participação dos partidos políticos e, ao mesmo tempo, perante as pistas que nos indicam a relevância do PCB na

construção da dinâmica do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, que o próximo capítulo buscará aprofundar e verificar a influência deste partido e de algum de seus atores na luta pela Reforma Sanitária. Se no quinto capítulo pudemos olhar mais de perto *o modus operandi* do PCB trazendo para o debate pontos importantes da sua história, desde a fundação até o período de construção da política de saúde no Brasil, afim de identificar as principais características que o constitui; e neste buscamos trazer um pouco da gênese do Movimento da Reforma Sanitária apresentando seus componentes e já trazendo à luz alguns de seus conflitos e tensionamentos; no próximo capítulo buscaremos, através da análise de diferentes narrativas e pelo entrecruzamento de histórias, identificar, as principais estratégias, ou modos de operar, se assim podemos dizer, confluentes entre esses dois agentes: o Movimento da Reforma Sanitária e o PCB.

7. A INTERAÇÃO ENTRE MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E PCB: UM ENTRECruzAMENTO DE HISTÓRIAS

Uma vez apresentada brevemente a história do PCB e do Movimento da Reforma Sanitária brasileira e suas respectivas características e contextos, seguiremos agora na tentativa de compreender a articulação existente entre estes dois agentes. A identificação do papel dos partidos políticos como uma lacuna nas narrativas referentes ao nascimento do Movimento da Reforma nos instigou a investigar o tema através de vestígios e pistas em registros e na literatura mais “clássica”, chegando à constatação da relevância do PCB, tanto na sua construção, quanto no desenvolvimento de seus objetivos, características e trajetória. Logo, não poderíamos compreender as estratégias e escolhas adotadas pelo Movimento sem levar em conta e reconhecer o *modus operandi* do próprio PCB – considerando-o como fruto das inúmeras contingências que o atravessaram ao longo de sua caminhada, e de características do modo de fazer política nele arraigadas.

As narrativas aqui analisadas foram obtidas tanto em entrevistas elaboradas especificamente para este trabalho, quanto entrevistas previamente realizadas e cedidas à essa pesquisa. Além disso, capturamos histórias em literatura cinza – entrevistas em jornais, revistas e vídeos –, recorrendo, quando necessário, aos textos “clássicos” publicados sobre o Movimento da Reforma Sanitária.

A partir desses registros foram encontradas algumas categorias de análise, que na verdade, refletem os pontos de contato, as histórias entrecruzadas e o reconhecimento da influência entre o modo de operar do PCB e o Movimento da saúde. Não se trata, portanto, do reconhecimento de estratégias explícitas ou oficiais destes agentes, mas sim de inferências resultantes das percepções e de olhares de diferentes atores-chaves do campo da saúde. Nessa mesma perspectiva, serão também elucidadas as diferentes leituras, as contradições e as disputas narrativas acerca da temática.

Uma vez identificada a relevância do PCB para o processo formativo e de condução do Movimento da Reforma Sanitária, observaremos mais amiúde quais elementos permitiram que o partido imprimisse, de maneira intencional ou não, seus traços, características e modo de operar no Movimento da saúde. Como veremos a seguir, este não era um modo único e nem estático, e sim multifacetado e permeável às transformações decorrentes do contexto.

7.1 CONSTRUINDO OS ALICERCES: O PCB E A ORGANIZAÇÃO DE BASES DE APOIO NO CAMPO DA SAÚDE

A partir da década de 1970, e novamente posto na clandestinidade, o “Partidão” se depara com a necessidade de criar alternativas de resistência para o enfrentamento do contexto repressor instaurado pela ditadura. É nesse cenário que o campo da saúde passa a ser percebido como possibilidade de atuação, de criação de bases de apoio e também de disseminação das ideias do PCB. Três espaços no campo da saúde foram identificados nas narrativas e depoimentos de atores-chaves como pontos de partida para a criação de bases de apoio ao partido e sua capilarização, são eles: as Escolas e Faculdades de Medicina e seus Departamentos de Medicina Preventiva (DPMs); os Sindicatos de Médicos; e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). A seguir examinaremos detalhadamente cada um destes espaços e buscaremos compreender de que maneira o PCB contribuiu para a escolha de cada ponto de partida.

O primeiro ponto que nos salta aos olhos se refere à perspectiva crítica que vai se desenvolvendo nos DPMs, a partir da década de 1970, junto ao movimento de procura por espaços de resistência pelos partidos de esquerda postos na clandestinidade, com destaque para o PCB. Ao examinarmos o processo de gênese do Movimento da Reforma Sanitária brasileira no capítulo anterior, vimos que a narrativa mais conhecida e “clássica” sugere que este Movimento nasce através da crítica ao modelo preventivista de saúde se desenvolvendo e se desdobrando em novos núcleos, centros de estudos até se capilarizar através dos movimentos sociais e sociedade civil (ESCOREL, 1999; TEIXEIRA, 1988). Contudo, os depoimentos analisados nos deram pistas de que muitas nuances do *modus operandi* do PCB estavam presentes no momento de conformação desse pensamento crítico e, principalmente, na forma de organização desses espaços.

De acordo com Eduardo Levcovitz¹²⁶ (Entrevista realizada em 2017, cedida por Leandro Gonçalves e autorizada por Eduardo Levcovitz), uma estratégia do PCB durante o período da clandestinidade era estimular o movimento de médicos a fim de angariar militantes para o partido. Assim como a Engenharia, a Medicina era percebida como uma cadeira capaz de gerar uma importante base de apoio para o partido. Segundo o entrevistado, no Direito, por exemplo, a predominância de partidos e movimentos de direita era mais evidente.

¹²⁶ Ver em Apêndice 2.

O partido [PCB] tinha essa coisa que Medicina era o lugar mais importante. Inclusive, eu tinha a minha turma, nas outras turmas também, gente que já tinha terminado Biologia, terminado essas coisas [outras graduações] e o partido mandava voltar para fazer Medicina de novo para poder fazer uma base muito potente. (Depoimento de Eduardo Levcovitz em entrevista realizada em 2017).

No Rio de Janeiro, mais especificamente, três locais foram identificados como uma base forte do PCB dentro das Faculdades de Medicina: a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade do Estado da Guanabara, atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e a Escola de Medicina e Cirurgia que depois tornou-se a Escola de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

(...) os mais tradicionais, que eram Letras e Filosofia e tal, tinham sido muito dizimados. Não tinha mais a base interna, porque, na Medicina, você tinha professores, professores antigos que, se não eram formalmente militantes, eram simpatizantes. E na Medicina era assim, era UFRJ, aqui [FCM/UERJ e IMS/UERJ] e UNIRIO que, na época, chamava ainda Escola de Medicina e Cirurgia. Eram três bases do Partido super, super, superpotentes. (Depoimento de Eduardo Levcovitz em entrevista realizada em 2017).

Dentre as narrativas da gênese do Movimento da Reforma Sanitária é vocalizado com muita frequência a importância que os Encontros de Estudantes de Medicina e de Medicina Comunitária desempenharam na organização de espaços de discussão e na criação de centro de estudos que impulsionaram o pensamento crítico da Reforma. De acordo com Eduardo Levcovitz (Entrevista realizada em 2017) esses encontros também são reflexos de uma estratégia disparada por grupos do PCB, uma vez que, com o fechamento de Diretórios e Centros Acadêmicos do movimento estudantil pelo regime ditatorial, somente nesses espaços havia uma possibilidade de atuação e discussão dos partidos de esquerda sem repressão.

Eu já vinha bastante próximo do colegial e, na época da faculdade, comecei a militar bastante ativamente. E aí tinha uma série de tarefas, atividades. Uma delas era organizar o ECEM, o Encontro Científico de Estudante de Medicina, que foi uma alternativa formulada predominantemente pelos grupos do PCB que na Medicina eram muito importantes. A Medicina era dominante mesmo nessa época. Ficar falando de 1973 e 1974, você já tinha a maioria dos grupos que tinha optado pela luta armada, dizimada. Pelo menos, os que tinham sobrevivido era

uma turma que era MR8¹²⁷ e PCB e uma pequena turma que, na época, era POLOP¹²⁸. Eram MEP, POLOP e tal. E aí eu percebia que tinha muito uma linha de legalidade, de atuação explícita, não clandestina num espaço possível. Como não tinha Centro Acadêmico, não tinha Diretório, tudo estava fechado, uma das coisas formuladas dentro do grupo da Medicina foi construir um Encontro que tinha o nome de Encontro Científico, mas juntava bastante gente. Engraçado porque a tendência, os rachas eram tão explícitos, que enquanto o PCB com certa aliança com o MR8 e em outros estados com o PCdoB, levava a coisa do ECEM; o pessoal da POLOP inventou a SESAC, a Semana de Saúde Comunitária. O SESAC veio depois, veio uns três anos depois, mas, assim, para não identificar, porque a proposta do ECEM era a proposta de trazer todo estudante, independente de adesão política e tal que era muito a linha do PCB (Depoimento de Eduardo Levcovtiz em entrevista realizada em 2017).

No estado de São Paulo, o PCB possuía também forte presença nas Faculdades de Medicina. Na Universidade de São Paulo (USP), a criação do curso de formação de em Saúde Pública em 1976, marca o encontro de vários militantes de partidos de esquerda. Além de militantes do PCB também havia os do PCdoB oriundos de diversos estados, como Rio de Janeiro, Bahia, Brasília. Emerson Merhy em entrevista realizada em 2019 faz um relato sobre esse curso:

Quando eu entro nesse curso e encontro as pessoas, a gente toma um susto quando a gente começa a se apresentar. Porque dos cinquenta, sem tirar nem pôr, quarenta eram militantes de esquerda. E a gente não se conhecia. Quer dizer, eu conhecia cinco, seis... E aí que eu vou conhecer os quadros do PCB que não eram da minha frente (Entrevista realizada em 2019).

De acordo com o entrevistado, em São Paulo muitos atores que posteriormente participaram do Movimento da Reforma Sanitária já atuavam junto aos movimentos sociais nos bairros periféricos da Zona Leste e Zona Oeste do estado. Emerson Merhy, por exemplo, – que havia deixado a luta armada e neste período não era filiado a nenhum partido – cita que mesmo antes de se formar em Medicina já tinha proximidade com os movimentos sociais que atuavam nas periferias abrindo lutas por melhores condições de vida e contra a pobreza (MERHY, 2013).

¹²⁷ Citado no quinto capítulo deste estudo.

¹²⁸ Fundado em 1961 em Jundiaí, São Paulo, a Organização Revolucionária Marxista- Política Operária (ORM-POLOP) como uma dissidência revolucionária do PCB, de grupos como a Juventude Socialista da Guanabara, Juventude Trabalhista de Minas Gerais, membros da Liga Socialista e do PSB. MEP (Movimento de Emancipação do Proletariado), grupo voltado à luta armada originado das divisões do PCB na década de 70 (MATTOS, 2007).

Então, eu não estou organizado partidariamente, mas eu estou organizado em termos de ativismo. Só que eu faço uma mudança no meu ativismo. Eu saio desse contexto mais da luta urbana, militarizada da esquerda, e vou para outro contexto de ativismo político muito próximo de uma ideia – eu não era nada ligado à igreja – mais muito mais próximo de uma comunidade Eclesiais de Base¹²⁹. Ou seja, eu vou viver minha vida nas periferias. E vou viver como ativista militante na periferia de São Paulo. Militância política, movimento operário, movimento de bairro, essas coisas... Vou fazer isso. Vou viver isso. Antes de formar médico ainda. Então, a ideia de investir na formação de coletivos, a ideia de formar grupos de reflexão, e aí eu me enfiio bastante como um militante na periferia com coletivos de mulheres, coletivos de homens, na luta contra a carestia, luta pela democracia (Depoimento de Emerson Merhy em entrevista realizada em 2019).

Nessa experiência, portanto, havia a aposta em um movimento coletivo mais heterogêneo composto por militantes do PCB, PCdoB, ex-militantes de organizações armadas e de grupos vinculados a entidades de base da Teologia da Libertação, atuando no campo organizacional da política estadual de saúde através do envolvimento com múltiplos movimentos sociais que além de lutar por melhores condições de vida também lutavam contra a ditadura (MERHY, 2013). Nesse sentido, para Emerson Merhy, a narrativa do nascimento do Movimento da Reforma Sanitária ganha um outro contorno em São Paulo com a intercessão entre os movimentos populares e a atividades acadêmicas desenvolvidas pelos estudantes e profissionais do campo da Saúde Pública. Segue trecho em que o entrevistado fala sobre a composição do grupo paulista neste primeiro momento:

O que que eu encontro nessa frente dos bairros, dos movimentos sindicais, dos movimentos operários, das mulheres? Eu vou encontrar muitos organizados do PCdoB e organizados do PCB. Os grupos mais trotskistas¹³⁰ organizados eram muito poucos

¹²⁹ As Comunidades Eclesiais de Base (CEB) são comunidades à Igreja Católica que, incentivadas pela Teologia da Libertação nos anos 1970 e 1980 se multiplicaram no Brasil e na América Latina. São comunidades reunidas geralmente em função da proximidade territorial e de sua carência, sendo compostas por membros insatisfeitos das classes populares e despossuídos, vinculadas a uma igreja ou a uma comunidade com fortes vínculos, cujo objetivo é a leitura bíblica em articulação com a vida, com a realidade política e social. São de base porque são integradas por pessoas que trabalham com as próprias mãos, ou seja, das classes populares (FREI BETTO, 1981). De acordo com Secco (2011), as CEBs se constituíram a segunda mais importante base social do PT na década de 1980, abaixo no movimento sindical apenas.

¹³⁰ De acordo com Marques (2007) a história da organização dos trotskistas no Brasil se inicia com a expulsão de Mário Pedrosa - escritor, jornalista, crítico de arte e militante- e outros militantes do Partido Comunista, em 1929. Em 1931, fundam a Liga Comunista Internacionalista (LCI), seção da Oposição de Esquerda Internacional, centralizando suas atividades em São Paulo. Posteriormente, em 1936 é fundado o Partido Operário Leninista (POL), que depois se torna Partido Socialista Revolucionário (PSR) como resultado da aproximação da dissidência do Partido Comunista do Brasil. Em 1952 o PSR se afasta da IV Internacional e se dissolve. Muitos militantes trotskistas e anarquista se articularam, posteriormente na Organização Revolucionária Marxista-Política Operária/ORM-Polop, criada em 1966, cujo objetivo era criar

nesses lugares, eram mais presentes nos sindicatos, mas eu vou encontrar muita gente que nem eu, que foi de alguma organização mais militarizada e que tá sem partido nenhum e que tá enfiada nos movimentos sociais e de diferentes tipos. (...) Então, não me atraía me organizar, essa ideia de voltar para dentro de um partido, que era uma coisa...muito enclausuradora...eu não cabia dentro. Eu não me via dentro dessas regras, dessas normas disciplinares...não me atraía. Mas eu tinha uma vivência, o que me dava uma folga, porque eu não fazia disputa. Então, se eu encontrasse alguém do PCB ou do PCdoB, eu sentava do lado. Não me interessava fazer disputa porque eu não tinha partido pra defender (Depoimento de Emerson Merhy em entrevista realizada em 2019).

Outro espaço identificado como ponto de partida para a construção de alicerces de apoio ao PCB na saúde foram os sindicatos de profissionais de saúde, mais destacadamente os sindicatos da categoria médica. Embora o posicionamento do partido tenha sido o de contenção no movimento sindical e de não radicalização de greves e lutas populares pra evitar a desestabilização do processo de transição democrática (STOTZ, 2019), no campo da saúde pudemos observar uma tentativa, ainda que mais tímida – ou talvez menos registrada na literatura clássica do Movimento da Reforma Sanitária – de inserção e de articulação de quadros e militantes do “Partidão” nos sindicatos. Essa articulação, contudo, se expressaria através do tensionamento existente na base de apoio do partido na saúde entre “prestistas” e “eurocomunistas” – as mesmas linhas de atuação em disputa no interior do PCB. Segundo Lacaz (1994), militante do PCB e do Movimento da Reforma Sanitária, as:

disputas internas ao PCB ocorreram em função de visões diferentes quanto ao que priorizar nesta empreitada: a atuação junto a uma instância intersindical ou junto a sindicatos específicos. Aqui vale dizer que os chamados “eurocomunistas” que compunham a direção do PCB à época optaram pela atuação por dentro de alguns sindicatos e os “prestistas” lançaram-se na construção de um órgão de assessoria intersindical (p.50).

No nível de atuação em sindicatos específicos da saúde, o PCB se aproxima dos Sindicatos Médicos – que naquela época estavam sob a tutela e direção dos empresários da saúde – a partir da análise da realidade enfrentada pelos médicos no cotidiano do sistema de saúde vigente e da condição destes enquanto trabalhadores assalariados da

um programa para um partido operário; recrutar jovens militantes operários para a organização; e influir sobre o desenrolar da luta de classes no país (AARÃO REIS, 2007).

iniciativa privada (LACAZ, 2011). Esse grupo de articulação era composto por médicos que trabalhavam no campo da saúde coletiva e pessoas que trabalhavam na militância médica nos sindicatos e associações médicas, que foram se envolvendo de forma crescente com o sindicato. Assim, segundo Jaime Oliveira (em entrevista realizada em 2017) nasce no sindicato médico um departamento médico-científico com as pessoas da área de saúde coletiva, que impulsiona o movimento chamado: Renovação Médica (REME).

O REME tem o seu início em São Paulo, como fruto de um processo de reunião de forças da “esquerda médica”, com hegemonia do PCB, entre os anos de 1975 a 1977. A sua criação possibilitou a conquista de sindicatos médicos em grandes estados brasileiros como no Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo, por meio da defesa de seus direitos como trabalhadores assalariados e pela representação de militantes ou simpatizantes do “Partidão” na presidência de sindicatos de São Paulo e Rio de Janeiro (LACAZ, 2011). De acordo com Lacaz (2011) esse movimento não significou, no entanto, uma mudança ideológica no corporativismo médico, mas possibilitou uma aproximação da categoria junto à luta dos demais trabalhadores. Segue trecho:

Isto não quer dizer que, ideologicamente, os médicos transformaram-se em proletários, considerando sua origem de classe, mas sua situação de assalariados trouxe-os para perto das lutas dos demais trabalhadores assalariados brasileiros, as quais foram representadas pelas grandes greves do final dos anos 1970, em que os Sindicatos Médicos tiveram um importante papel em termos de solidariedade numa perspectiva de “aliança de classe” e de apoio logístico. Ademais, esta marcante mudança no órgão de representação médica alinhou os Sindicatos Médicos na corrente que fortaleceu a luta pela Reforma Sanitária (LACAZ, 2011, [online]).

Por outro lado, uma tentativa de criação de uma frente intersindical no campo da saúde foi a criação da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), em 1978, composta por médicos, advogados, sociólogos, psicólogos e dirigentes sindicais. A I Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT) em 1979, organizada pela comissão, deu origem ao Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)¹³¹, em 1980 (LACAZ, 2011). O CISAT contou com a participação

¹³¹ O DIESAT criou ainda a revista Trabalho & Saúde como instrumento de comunicação e divulgação de suas propostas e ideologia.

de intelectuais oriundos do Movimento da Reforma Sanitária e tinha como estratégia o seu aparelhamento para a luta pela saúde nos locais de trabalho. A intenção desta estratégia era desempenhar um papel semelhante aos blocos de partidos de esquerda na experiência da Reforma Sanitária Italiana, promovendo a discussão acerca das condições de exploração do trabalho e seus reflexos sobre a saúde das classes trabalhadoras e ampliando a base social pelo protagonismo dos partidos políticos de esquerda. Como veremos mais adiante, militantes da vertente eurocomunista do PCB se inspirariam fortemente na trajetória do Partido Comunista Italiano (PCI), que se tornou o condutor principal da ampliação das bases de apoio à Reforma Sanitária Italiana junto aos trabalhadores na luta pela saúde nas fábricas (LACAZ, 1994).

O próximo ponto de partida identificado refere-se à criação do CEBES, no ano de 1976, em São Paulo. O centro de estudos nasce como um reflexo da necessidade de sistematização e divulgação das discussões e das ideias novas trazidas pelo Movimento da Reforma Sanitária que ia se engendrando nos polos de resistência no campo da saúde tais como as universidades, os DMPs, das experiências locais de Medicina Comunitária e Preventiva nos estados. No entanto, mais do que se tornar um espaço de alinhamento entre a prática política e a criação de um saber, em diferentes narrativas a idealização do CEBES é compreendida como a construção de um espaço estratégico de participação e organização entre militantes de esquerda e como instrumento de base de apoio e articulação entre o movimento da saúde e os partidos de esquerda, em destaque o PCB.

A reconstrução narrativa acerca da criação do CEBES, contudo, apresenta algumas divergências, principalmente, quanto ao protagonismo de determinados atores e lideranças e também em relação à intencionalidade e objetivos da entidade. Emerson Merhy, por exemplo, em entrevista em 2019, descreve que a criação do CEBES emerge como fruto das discussões realizadas pela primeira turma de Saúde Pública da USP.

Como era uma turma muito de tradição de esquerda a gente discutia muito o papel da esquerda a partir daquele momento. Diante da falência da esquerda. E nós todos éramos muito influenciados por um certo olhar gramsciano. E nessa turma que é a primeira turma de sanitaristas de São Paulo, a gente fez uma discussão antes da SBPC em 1976, que ia ter em Brasília – e a gente já sabia que a SBPC ia ser um grande evento anti-ditadura dos cientistas (Depoimento de Emerson Merhy, em entrevista realizada em 2019).

Segundo o entrevistado, a reunião de apresentação da proposta do CEBES acontece no Congresso da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência¹³² (SBPC), em 1976, tendo como representantes da turma: Emerson Merhy, David Capistrano Filho e José Ruben de Alcantara Bonfim¹³³. Nesta turma, cuja participação de militantes de esquerda do PCB e PCdoB era bastante expressiva, também participavam profissionais não filiados a partidos, mas envolvidos no trabalho nos centros de saúde da periferia de São Paulo.

A gente resolveu fazer um debate na nossa turma antes da SBPC sobre o que a gente achava, que do ponto de vista do Gramsci, seria uma grande invenção. E a gente chegou a uma conclusão que seria criar uma revista. Foi aí que nasceu a Revista *Saúde em Debate* e o CEBES. (...) Ali a gente lança a proposta e rapidamente N lugares do Brasil nos convidam para falar da proposta. Então a gente se divide em missão pelo Brasil (Depoimento de Emerson Merhy, em entrevista realizada em 2019).

Nessa perspectiva, a criação do CEBES e de sua revista, além de propiciar a divulgação das ideias e debates em curso, também acompanhava um movimento de experimentação de estratégias e de articulação política no campo da esquerda mais alinhado à vertente do eurocomunismo e das teorias de Gramsci. Isso significava conceber a utilização do centro de estudos e sua revista como instrumentos capazes de impregnar novas orientações à sociedade civil, realizando um processo de socialização da política, tal como elucidado por Coutinho (1979), a partir da temática da saúde. Da mesma forma, o conceito de Estado ampliado aqui se esboçaria, na medida em que o objetivo fundante da estruturação do CEBES, enquanto instituição, era a difusão de valores, ideologias e conceitos capazes de produzir uma intelectualidade no campo da saúde preparada para disputar espaços no campo de força nas diversas arenas da política. Segue trecho do entrevistado em que explica a intenção da proposta:

A proposta nossa era, na ideia Gramsciana, uma ideia de uma produção de um intelectual coletivo que apresentasse uma nova possibilidade de discussão do conhecimento na área da saúde muito inspirado pelo que já estava sendo fabricado por Cecília

¹³² A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) é uma sociedade científica que congrega pesquisadores de diversas áreas do conhecimento. Durante o período de ditadura militar (1964-1984), foi um dos poucos locais onde era possível um debate crítico sobre a situação política do país. O movimento Sanitário participou dos congressos por intermédio do CEBES e da ABRASCO (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

¹³³ Ver em Apêndice 2.

Donangelo, por Madel Luz¹³⁴, por Sérgio Arouca¹³⁵, por Hésio Cordeiro (Depoimento de Emerson Merhy, em entrevista realizada em 2019).

A fala de Emerson Merhy apresenta uma versão sobre a idealização do CEBES menos impregnada pela influência direta do PCB, sugerindo que este movimento se desencadeia de maneira mais orgânica e mais fluida, em confluência com as crescentes experimentações de participação popular e de reorganização dos serviços de saúde, somados às críticas em relação às condições de saúde da população e do regime político vigente. Circunstâncias estas que igualmente alicerçavam a construção do Movimento da Reforma Sanitária brasileira. No entanto, as forças em disputa já estavam ali presentes e podiam ser facilmente identificadas. No episódio da inauguração da proposta de criação do CEBES, Emerson Merhy, revela que:

Provavelmente o PCB já tinha se articulado nacionalmente. Fomos todos no SBPC participar da reunião. Só que também tinha muita gente que nem eu, não ligado a partido. Então sempre era um clima de balanço de forças. O PCdoB não disputava essa frente porque ele disputava sindicato e coisas desse tipo. O PCB disputava e nós, independentes, não disputávamos. A gente queria construir uma organicidade do movimento (Depoimento de Emerson Merhy, em entrevista realizada em 2019).

De acordo com estudo elaborado por Sophia (2012), a proposta editorial inicial da *Revista Saúde em Debate*, em parte, já se alinhava ao posicionamento do PCB, pois centrava-se na apresentação de propostas que corroboravam com a luta pela conquista da democracia de forma progressiva. Contudo, ao passo que a sua estrutura vai se consolidando, mais evidente tornava-se a presença do partido, acirrando as disputas em seu interior.

Eu não pactuava com a ideia de que o CEBES e a revista fossem o instrumento do partido [PCB]. Eu achava que era um instrumento de um movimento e o movimento era uma

¹³⁴ Madel Luz cursou Filosofia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1962), mestrado em Sociologia - Université Catholique de Louvain (1969) e doutorado em Ciência Política pela Universidade de São Paulo (1978). Em *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia* (1979) analisa o poder institucional médico e sua inserção nas conjunturas de 1960-1964 e de 1968-1974 em quatro etapas: (1) análise das políticas de saúde; (2) condições de saúde da população; (3) imagem das instituições de saúde nos jornais; e (4) prática médica na instituição (produção e reprodução do saber médico), mais especificamente, o hospital universitário. A hipótese desse trabalho é que as instituições estatais de saúde são portadoras de um discurso técnico-científico e praticam esse discurso-saber sob a forma de intervenção maciça e organizada na vida de diversos setores da população, tornando-se, assim, agências políticas de contenção e controle da doença coletiva (MARQUES et al, 2018).

¹³⁵ Mais adiante será apresentado detalhadamente a biografia deste ator e a sua importância para o Movimento da Reforma Sanitária brasileira e o PCB. Ver também em Apêndice 2.

multiplicidade que tinha que caber eu e eles. Esse é um confronto pesado, eu vou ficar muito isolado, eles vão me isolar. O problema é que eu sou um militante, então não me isola. Me pega daqui e eu saio pra lá (Depoimento de Emerson Merhy, em entrevista realizada em 2019).

Em uma outra perspectiva, Eduardo Levcovitz (em entrevista realizada em 2017), endossa a versão de que o CEBES foi idealizado como uma estrutura do “Partidão”, mas que agregava pessoas não ligadas ao PCB. De acordo com seu depoimento, as linhas de atuação propostas pelo partido buscavam sempre agregar componentes não militantes, no sentido de uma frente ampla, como forma de evitar a identificação de seu “núcleo duro” nas bases de apoio. Esse seria um traço fundamental do modo de fazer política do PCB que, sem dúvida, exerceu uma influência significativa na construção do centro de estudos. Como apontado no capítulo referente à história da do PCB, os períodos de clandestinidade marcaram de forma contundente a trajetória do partido, o que pode vir a justificar a proeminente opção estratégica de unificação de forças. Segue trecho da entrevista que ilustra essa característica:

Sempre tem que pensar que a proposta do partido [PCB] é de frente ampla. Desde os anos quarenta que o partido tem no Brasil, como tem internacionalmente, proposta de frente ampla. Então, as linhas de massas do partido nunca eram só de militantes, nunca. Isso era uma regra, está certo? Ao contrário. Se fosse uma atividade só de militante, você não fazia, você não podia identificar a estrutura dura do Partido (Depoimento de Eduardo Levcovitz em entrevista realizada em 2017).

Da mesma forma, é comum encontrarmos na literatura sobre o Movimento da Reforma Sanitária, e conseqüentemente sobre o CEBES, o caráter suprapartidário das ações e de seus componentes. Rodriguez Neto (2003) afirma, por exemplo, que apesar de inicialmente contar com a influência de militantes do PCB, o centro de estudos caracterizava-se pelo não corporativismo e pelo suprapartidarismo. A afirmação de Eduardo Levcovitz, no entanto, nos dá pistas de que – além de caracterizar a linha política de frente ampla do PCB – esse era também um discurso adotado por determinados grupos dentro do Movimento, como uma tentativa de esconder e proteger (intencionalmente ou não) a identidade de membros do “Partidão” da perseguição política dos tempos da clandestinidade¹³⁶.

¹³⁶ Mais adiante teremos a oportunidade de averiguar de forma mais detalhada a estratégia e a vocalização do discurso em torno do suprapartidarismo, que no caso do Movimento da Reforma Sanitária é ilustrado pela ideia de “Partido Sanitário”.

Outro fator indicativo da influência mais direta da participação do PCB no processo de criação do CEBES como uma base de apoio refere-se à presença de lideranças importantes do partido em sua direção. O mais citado entre os entrevistados é David Capistrano Filho. Seu nome é reconhecido não apenas como idealizador do centro de estudos, mas também como um dos impulsionadores do Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Sua história pessoal é marcada pela luta política, pois seu pai, David Capistrano¹³⁷, foi também um importante dirigente do PCB. Pernambucano, médico sanitário, formado pela Faculdade de Medicina da UFRJ e integrante da turma de Saúde Pública da USP de 1976, compunha o grupo de médicos que atuavam nas periferias de São Paulo desde a década de 1970. Contribuiu ainda fortemente para o processo da Reforma Psiquiátrica no país. Como militante do PCB, foi membro da executiva estadual do PCB e, em 1964, envolve-se na luta armada contra o regime militar. Em 1974, muda-se para São Paulo, onde acaba sendo preso no final de 1975. Torna-se dirigente do comitê estadual do PCB em São Paulo de 1976 a 1983, atuando contra a ditadura através do campo da saúde¹³⁸ (SOPHIA, 2012; VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

O David era um grande líder deles [PCB]. David fez Medicina aqui [UFRJ] e depois foi fazer residência. Ele e José Rubens de Alcantara Bonfim, aonde estava o [Sérgio] Arouca. (...) O David e o Zé Rubens, fundamentalmente vem fazer o curso de Saúde Pública em São Paulo e eles se enquadram nessa ideia que a gente foi construindo de ir para a periferia. O David inicialmente, vai fazer esse movimento mais em direção ao Vale do Ribeira¹³⁹. Provavelmente alguma normativa do partido que nem cabe avaliar se é. O Zé Rubens não. Ele vai pra Zona Oeste de São Paulo. Eu vou pra Zona Oeste e depois pra Zona Leste (Depoimento de Emerson Merhy, em entrevista realizada em 2019).

¹³⁷ David Capistrano, político e integrante da linha de frente da brigada do PCB na Guerra Civil Espanhola, foi um importante ativista do Partido. Em 1974 e 1975, os órgãos de repressão policial-militar prenderam e mataram dez dos vinte integrantes do Comitê Central do PCB, dentre eles, David Capistrano pai. No mesmo ano de 1974 em que iniciara a residência médica, David filho presenciara o desaparecimento do pai (SOPHIA, 2012).

¹³⁸ Posteriormente David Capistrano participa da fundação do PT, filiando-se em 1986. Colaborou ativamente com a elaboração do texto que deu origem ao capítulo sobre o SUS na Constituição de 1988* e prestou assessoria à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados na Constituinte. Torna-se Secretário da Saúde no governo de Telma Souza em Santos- SP em 1988 pelo PT e secretário de Saúde de Bauru (gestão Tidei de Lima/PMDB). Se elege prefeito de Santos em segundo turno em 1992, tomando posse em 1993 pelo PT. Após a gestão como prefeito, afasta-se da vida partidária, não possuindo filiação às tendências internas do PT desde 1996 e não sendo reconduzido ao diretório nacional.

¹³⁹ Em entrevista Eduardo Levcovitz aponta que a região do Vale da Ribeira, de fato, foi um polo de atuação do PCB. Houve um concurso de sanitários onde muitos integrantes do partido escolheram ir para o Vale da Ribeira, local de guerrilha no estado de São Paulo. O Vale do Ribeira era uma região mais pobre do estado de São Paulo e onde as ações estavam muito mais ligadas à Faculdade de Saúde Pública (Entrevista realizada em 2017, cedida por Leandro Gonçalves e autorizada Eduardo Levcovitz)

Para Eduardo Levcovitz, David Capistrano Filho foi o principal idealizador do CEBES e fundamental para a articulação do partido com o movimento da saúde. “O CEBES é todo inventado pela cabeça do David [Capistrano Filho]” (em entrevista realizada em 2017). No entanto, seguindo o mesmo direcionamento estratégico de construção de frentes amplas acima exposto, a primeira composição de diretores do centro de estudos não contou com uma maioria militante do partido, mas sim com pessoas aliadas, sempre mantendo uma imagem externa de uma representatividade mais ampla.

Sonia Fleury (em entrevista realizada em 2017) também reitera essa colocação e aponta que a presença de David Capistrano impulsionou a proposta de criação do CEBES. Além da ampliação da ideia de “consciência sanitária”¹⁴⁰, David trazia para o campo de discussão da recém criada entidade um pensamento crítico da formação médica, sobretudo, apoiando a divulgação de novas perspectivas e olhares críticos à formação básica dos estudantes de Medicina.

O David era alguém à frente do próprio tempo, a cabeça dele estava acima do tempo que ele viveu... e, aliás, foi um tempo muito curto. E ele era muito ligado, assim como o Zé Ruben, a questão da formação médica. Eles achavam que a formação médica era extremamente deficiente nesse sentido. Então, eles começam a usar instrumentos de divulgação de uma outra forma de pensar as questões da medicina. O CEBES era como uma proto-editora: não era uma editora, quando estava em São Paulo, porque se associou a uma editora que era ligada a eles, mas era um grupo editorial, para difundir, entre os estudantes de medicina, outra forma de pensar a saúde. O [Sérgio] Arouca tinha muito a ver com isso também, participava dos encontros dos estudantes de medicina, que eram lugares importantes de difundir outra maneira de pensar. Eles estavam muito ligados a essa ideia de difusão, que circulava nos cursos de medicina e circulava nas pós-graduações, nas especializações e na medicina social. Mas eles queriam chegar antes, na formação básica do estudante de medicina (Depoimento de Sônia Fleury em entrevista realizada em 2017).

Segundo Amarante (2016) em entrevista realizada sobre os 40 anos do CEBES, as publicações do centro de estudos, as primeiras em livro, da coleção ‘Saúde e Sociedade’, foram feitas em parceria com a Editora Hucitec¹⁴¹. O entrevistado conta que

¹⁴⁰ Berlinguer define consciência sanitária como a tomada de consciência da saúde. É um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Porém, como esse direito é sufocado e este interesse é descuidado, a consciência sanitária é passa a ser a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo (FLEURY, 2015, p. 3556).

¹⁴¹ Outra editora relevante foi a Editora GRAAL, do Rio, que publicou livros de medicina social antes da Hucitec como: “*Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*” de,

havia uma “lenda” de que esta seria uma editora do Partidão, fundada com recursos do partido, embora tivesse uma fachada pública. Um dos primeiros livros do CEBES foi o *‘Medicina e política’* em 1978, do Berlinguer, um livro considerado muito ousado politicamente para a época.

O desenvolvimento do centro de estudos e da *Revista Saúde em Debate* possibilitou a realização de debates ao longo do país e gerou o contato entre dirigentes e estudantes, professores, intelectuais, culminando na formação de núcleos regionais do CEBES. Além disso, a ampliação desses debates em novos núcleos regionais propiciava a divulgação de atividades e de ações mais alinhadas a vertente eurocomunista do “Partidão” por aqueles dirigentes que tinham uma dupla inserção: partido e CEBES. Um dado curioso revelado nas narrativas analisadas é que, embora a perspectiva predominante do CEBES e de sua produção fosse a vertente eurocomunista e que muitos atribuíssem a David Capistrano a sua defesa, segundo Eduardo Levcovitz, o líder do PCB no centro de estudos defendia, na realidade, um posicionamento mais voltado para a corrente stalinista no interior do partido (Eduardo Levcovitz em entrevista realizada em 2017). Essa seria uma das particularidades de David Capistrano, ou seja, um grande articulador entre o Movimento da Reforma e o PCB cuja forma de trabalhar era bastante autônoma, não atuando somente como um porta-voz direto das decisões do PCB. De acordo com Emerson Merhy, que trabalhou em conjunto com ele durante muitos anos, nunca houve qualquer tipo de pressão para que os não militantes ou não filiados ao partido ingressassem no “Partidão”.

David não era um porta-voz do PCB, não. David era muito autônomo. Era uma inteligência incrível. (...) Nunca o David me perguntou se eu queria entrar no PCB. Nunca. Nós trabalhamos juntos muito tempo e nem eu o levei pro bairro que eu tava e nem ele me convidou pra entrar no PCB. Mas a gente trabalhou anos juntos. Isso é uma coisa interessante, mas que não é muito a história do Rio de Janeiro (Depoimento de Emerson Merhy, em entrevista realizada em 2019).

A capilarização das discussões conduzidas pelo CEBES a partir do final da década de 1970 e a criação de novos núcleos em diferentes estados, vai imprimindo outras nuances no modo de operar da entidade e, ao mesmo tempo, realçando as disparidades, as divergências e as vertentes em disputa. Disputas essas que vão desde os objetivos e

George Rosen (1980); *“As Instituições Médicas no Brasil”* de Madel Luz (1979); e *“Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.”* de Roberto Machado (1978).

condução do CEBES, disputas entre vertentes no interior do próprio partido e também disputas narrativas. Emerson Merhy, por exemplo, foi um dos participantes do centro de estudos que decide sair da direção do CEBES, quando, na sua percepção, a entidade torna-se um instrumento do PCB de forma mais explícita, o que incluiu a também a mudança de sua direção nacional para o Rio de Janeiro. Segundo ele, muitas pautas incorporadas como discurso do “Partidão” no centro de estudos já vinham sendo discutidas, sobretudo como fruto das experiências locais e de participação popular nos centros de saúde da periferia de São Paulo.

Você quer ter uma ideia, se você acessar os editoriais que a gente escreveu do Saúde em debate. Eram escritos basicamente na minha casa, eu, Zé Rubens e David sentados numa mesa. (...) Se você ler o editorial nº 1 que a gente escreveu, você vê que é a pauta da 8ª (CNS). (...) No número quatro sabe qual é o artigo que eu escrevo? Democracia e Saúde. Dá pra você perceber que a gente vai marcando uma pauta? Então quem conta essa história de que o PCB marcou a pauta, não conhece essa micropolítica. É que tem uma disputa de memória dentro do PCB mesmo. Eu depois vou me afastar, porque depois eu vou ter uma briga no PCB dentro do CEBES. Depois do número 4, de 1977 para 1978, o PCB faz um esforço grande de querer dominar o espaço e eu não vou concordar, aí eu saio da direção do CEBES. Eu falo que não pactuo e prefiro ficar fora. Então você vai ver o meu nome sumir (Depoimento de Emerson Merhy, em entrevista realizada em 2019).

Da mesma forma, o contato com novos personagens e com as experiências regionais específicas, vai desenvolvendo em cada núcleo do centro de estudos novos contornos e singularidades. Cornelis Johannes Van Stralen¹⁴² (2016) sobre o CEBES em Minas Gerais aponta, por exemplo, que o PC do B desempenhava uma liderança mais forte principalmente no setor saúde, o que trouxe entraves à chegada do centro de estudos.

O SUS começou com algum apoio popular, mas entre os profissionais, havia então, bem clara, a presença dos partidos. Eu acredito, em termos do SUS, que havia a presença importante do então Partidão, setores do próprio Partidão e simpatizantes, e também, conforme os estados, do Partido Comunista do Brasil (PCdoB). Por exemplo, em Minas Gerais, o PCdoB foi muito importante, o que ocasionou uma certa dificuldade ao Cebes, porque o Cebes já tinha uma certa... porque por mais que a gente fale que é cunho (a) partidário (naquela época a gente nem falava

¹⁴² Graduado em Psicologia, Mestre em Ciência Política, e Doutor em Ciências Sociais. Na área da saúde foi atuante na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), tendo sido coordenador da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (2011-2013), e no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), desde a sua criação em 1976, e do qual foi presidente na gestão 2016-2017. É pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina.

em cunho partidário, não), o Cebes era visto como vinculado ao Partidão. Isso criou alguns conflitos com o pessoal do PCdoB, que dominava, pelo menos em Minas Gerais, os profissionais de saúde (VAN STRALEN, 2016, p.184)

No Rio de Janeiro, o CEBES vai ganhando uma outra configuração e passa a enfatizar não tão diretamente as questões ligadas ao ensino médico, mas sim a ideia de construção de uma consciência sanitária. De acordo com Sonia Fleury em entrevista, a ênfase do núcleo fluminense passa a ser a organização e a prática política, contudo este não era um espaço considerado importante para o partido (Depoimento de Sônia Fleury em entrevista realizada em 2017).

Outra disputa narrativa importante identificada por Emerson Merhy em entrevista recente, refere-se à questão das lideranças do PCB no campo da saúde. Embora Sérgio Arouca já estivesse atuando no CEBES desde sua criação, quando o grupo fluminense se consolida duas narrativas concorrentes passam a ser travadas e bifurcam a história da entidade entre a história do Rio de Janeiro e a de São Paulo. Segundo depoimento do entrevistado:

Ele [Sérgio Arouca] e o David disputavam a liderança no PCB na área da saúde, vamos dizer assim. Sempre teve e atravessa as décadas. Tanto que o Sérgio quando vem para o Rio, estimula uma contação de história da Reforma Sanitária que elimina o David. E não é pouco. Isso é uma disputa dentro. Não é que elimina nós de São Paulo, não. Dentro do PCB elimina o David na história (Emerson Merhy, em entrevista realizada em 2019).

De fato, Sérgio Arouca¹⁴³ é reconhecido como importante liderança do PCB e do Movimento da Reforma Sanitária e contribuiu para a composição e consolidação do CEBES no Rio de Janeiro. Arouca era médico sanitário formado pela USP e Doutor em Medicina Preventiva pela UNICAMP desde 1975. Como já assinalado nesse trabalho, a sua tese de doutorado – *“O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”* (1975) – forneceu fundamentos teóricos estruturantes para a constituição da base conceitual da Saúde Coletiva. Foi também professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e em 1985, nomeado Presidente da Fiocruz sendo responsável pela reintegração de cientistas cassados pela ditadura militar. Neste cargo foi

¹⁴³ Dentre as suas experiências destaca-se o convite na década de 1970 para trabalhar com o governo sandinista da Nicarágua e auxiliar na condução de reforma no setor saúde do país. Na FIOCRUZ ocupou a presidência da instituição de 1985 a abril de 1988, quando se exonerou para concorrer como vice-presidente da República na chapa do PCB, com Roberto Freire. Foi também consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), atuou em vários países, como México, Colômbia, Honduras, Costa Rica, Peru e Cuba.

uma importante liderança do processo organização da VIII CNS, evento que se tornaria um marco para a construção do SUS. No período da redemocratização candidata-se à Vice-presidência da República em 1988 pelo PCB na chapa de Roberto Freire¹⁴⁴ e vai conduzindo, assim, sua carreira para o campo político de forma mais direta¹⁴⁵, candidatando-se e sendo eleito deputado federal pelo Rio de Janeiro de 1991 a 1998 e atuando como Secretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro no ano de 2001.

Como militante do PCB, lutava pelo acesso universal à saúde e pelas reformas de base, sempre atuando através do campo da saúde. Após a publicação de sua Tese na UNICAMP passa a ser perseguido pela repressão e se muda para o Rio de Janeiro para trabalhar na ENSP, vindo junto com um núcleo de pesquisadores e professores. Eduardo Levcovitz em entrevista, descreve que este grupo era de cunho muito teórico e que sua inserção na militância do “Partidão” se dava basicamente no ambiente universitário.

Os da ação estavam muito mais ligados à Faculdade de Saúde Pública da USP. O pessoal do Arouca vem e, no início, vem muito tímido dentro da Escola [ENSP]. Eles não chegaram cantando de galo. A Escola era ainda dos sanitaristas estritos, dos epidemiologistas (Eduardo Levcovitz em entrevista realizada em 2017).

Segundo Sonia Fleury, a presença de Sérgio Arouca cria uma espécie de “base”¹⁴⁶ do “Partidão” no CEBES do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, vai tornando-se mais claro que a proposta de desenvolvimento de uma base de apoio do partido via centro de estudos não era incentivada pela direção do PCB, mas sim pelos militantes da saúde que tinham essa dupla inserção. Para o partido a ênfase de atuação e de mobilização deveria se dar nos sindicatos, instituições, universidades, etc.

¹⁴⁴ Ver em Apêndice 3.

¹⁴⁵ Em 1995, ajudou na criação do Partido Popular Socialista (PPS), uma dissidência do PCB. Foi eleito Deputado Federal por oito anos: 1991 a 1994 (PCB) / 1995 a 1998 (PPS) e Secretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro no ano de 2001. Coordenou o programa de saúde de Ciro Gomes (PPS) na eleição para Presidência da República em 2002 e participou da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde em janeiro de 2003 e foi nomeado para a coordenação-geral da 12ª Conferência Nacional de Saúde e para ser o representante do Brasil no Comitê Executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS).

¹⁴⁶ De acordo com Eduardo Levcovitz em depoimento, a “base” do PCB no CEBES era muito volátil. Na verdade, o partido denominava essa base como um Ativo onde militantes de várias bases se juntavam para uma tarefa específica. No Ativo do CEBES participavam militantes que se originavam bases distintas, como da Fiocruz, da UERJ, do SINMED, do movimento de residentes, da Medicina e Cirurgia e do movimento estudantil. Também se comportava de forma flexível, como por exemplo, em momentos de eleições do SINMED e CRM onde os militantes concentravam-se na base do REME.

Quando o CEBES veio para cá, já era o Arouca, que também era uma liderança no partido e no CEBES. E, então, criou-se uma base do CEBES [risos] no partido. Mas o partido mesmo nunca engoliu muito bem a ideia de ter uma base como um centro de estudos. As bases deviam ser sindicatos, instituições... tanto que, na democratização, o partido resolve que tínhamos que acabar com a base do CEBES, porque devíamos nos organizar por sindicato, academia, etc (Depoimento de Sônia Fleury em entrevista realizada em 2017).

De acordo com Vieira-da-Silva (2018), essa divergência seria um reflexo das divergências internas presentes no próprio partido. No caso do CEBES, as duas vertentes em disputa no interior do partido - eurocomunistas e prestistas¹⁴⁷- eram expressas justamente pelo dilema relativo à via para continuidade das atividades, como demonstra a autora em citação retirada em editorial da *Revista Saúde em Debate*:

Existem duas concepções da atuação do CEBES, não excludentes, que polarizaram os interesses de grande número de associados. A primeira que afirma o CEBES como aglutinador das tendências renovadoras do setor saúde, em nível profissional, com o objetivo de coordenar esforços para desenvolver políticas de saúde mais adequadas à realidade brasileira (ou ‘necessidades sanitárias da população’). A segunda concepção, sem subestimar o trabalho realizado nas entidades de profissionais de saúde, quer desenvolver atividades voltadas mais diretamente à comunidade, através de suas várias organizações (Sociedades, Amigos de Bairros, Sindicatos, Clubes de Mães, entidades estudantis, etc.) (EDITORIAL, 1977, p.3 apud VIEIRA-DA-SILVA,2018, p. 147)

O acirramento desta disputa no interior do PCB acompanharia ainda o aprofundamento da crise do próprio partido, já no final do período da ditadura militar, esvaziando a força da influência “Partidão” dentro do CEBES. A volta de Luiz Carlos Prestes e demais dirigentes do PCB do exílio pela Lei de Anistia em 1979, gera um “racha” no partido e muitos de seus apoiadores se descolam para a militância criada na base dos sindicatos médicos. Enquanto isso, integrantes da Saúde Coletiva e mais inseridos no campo acadêmico permanecem atuando no CEBES. Segue trecho de entrevista de Sonia Fleury:

As bases acabaram na crise prestista, na volta do [Luís Carlos] Prestes, com o ‘racha’ dentro do partido. O pessoal da base do sindicato médico fica com o Prestes. Nós, da medicina social, da

¹⁴⁷ Segundo Eduardo Levicovitz em depoimento essa disputa também se refletia entre os comitês estaduais de São Paulo (predominantemente eurocomunista) e o do Rio de Janeiro (prestista).

saúde, não tínhamos uma posição fechada, mas éramos democratas e achávamos que os outros tinham todo o direito de discutir se eram prestistas ou não... isso nos excluiu do partido, essa discussão era proibida e assim fomos embora do partido¹⁴⁸ junto com o povo prestista [risos]. Não por sermos prestistas, mas por acharmos que a posição deles não era ilegítima, que aquele papo de ‘culto a personalidade’ era ‘culto à personalidade ao revés’ [risos]. Fomos tentando discutir com a direção, mas não conseguimos (Depoimento de Sônia Fleury em entrevista realizada em 2017).

Com o início do processo de reabertura política e diante da necessidade reorganização do campo para a retomada democrática alguns seminários são realizados no CEBES e com isso as ideias da vertente eurocomunista se fortalece.

Tiveram vários seminários, chamamos o Carlos Nelson Coutinho, que estava chegando da Itália, para discutir como é que as pessoas se organizavam na democracia. E assim veio a ideia gramsciana de ‘sociedade civil’, que foi onde nos amparamos para continuarmos com a base do CEBES, porque, para o partido, aquilo devia acabar. Eles achavam que aquilo servia só porque estávamos na ditadura, então tínhamos que criar formas alternativas. (...) Havia uma relação muito estreita com o partido, embora tenham pessoas que foram do CEBES a vida inteira, tiveram um papel importante e que jamais foram do partido (Depoimento de Sônia Fleury em entrevista realizada em 2017).

O CEBES então vai buscando se aproximar do modelo do Instituto Gramsci na Itália – um centro de estudos de caráter mais abrangente e explicitamente ligado ao PCI. No entanto, aqui o centro de estudos atua de maneira mais restrita ao âmbito da saúde e mesmo com a hegemonia do PCB, permanece aberto a outras correntes de esquerda com o intuito de construir uma proposta alternativa ampla para a política de saúde (ROSAS, 1986 apud ESCOREL, 1999).

Como pudemos observar, os três espaços identificados através das narrativas como pontos de partida para a construção de bases de apoio do “Partidão” no campo da saúde foram: **as Escolas e Faculdades de Medicina e os DPMS, os Sindicatos da categoria Médica e o CEBES**. Neles, ao mesmo tempo em que se desenvolviam as bases de formação do Movimento da Reforma Sanitária, também se difundiam as ideias do partido e a atuação de seus militantes, já que o contexto de repressão o impôs à clandestinidade. Na visão do partido, essas bases serviriam como arenas possíveis de discussão e de engendramento da luta contra a ditadura e pela democracia progressiva.

¹⁴⁸ Alguns quadros, no entanto, permaneceram no “Partidão” como Sérgio Arouca, por exemplo.

Embora a condução em cada um desses espaços apresente singularidades, foi possível observar características marcantes do modo de operar do PCB na criação desses alicerces. A consolidação de apoio pela via de **frente ampla** é uma delas, presente no espaço das Escolas e Faculdades de Medicina pela indução de eventos e encontros estudantis de Medicina, que embora pretendessem discutir as ideias do partido, tinham a “cara” de encontros mais amplos e menos politizados. No espaço dos Sindicatos Médicos, essa característica emerge pela tentativa de criação de frentes intersindicais e no CEBES pelo discurso proeminente de que a entidade agregava múltiplos agentes de diferentes correntes, inclusive na sua direção. Esse traço, como bem argumenta Eduardo Levcovitz, pode ser compreendido como a tentativa de preservar a identidade do núcleo duro de militantes do partido nesses espaços, característica essa que não se observa apenas no campo da saúde, mas em outros polos de atuação do partido perpassando toda a sua trajetória (Eduardo Levcovitz em entrevista realizada em 2017).

Outro traço que identificamos nas narrativas, referem-se à reprodução de disputas internas do PCB nos espaços de criação de base de apoio. A mais expressiva delas é a dicotomia entre a vertente de eurocomunistas e de prestistas, acirrando-se ao longo da trajetória do partido e gerando mudanças e rupturas. No espaço dos sindicatos médicos ela emerge ilustrando a disputa pela condução das ideias do partido por meio dos sindicatos profissionais (médicos), como proposta dos eurocomunistas, *versus* sindicatos intersindicais, defendidos pelos prestistas. No CEBES, onde a sua própria idealização foi fundamentada em conceitos de Gramsci, principal inspiração da vertente eurocomunista, o tensionamento se expressa entre o posicionamento da direção do CEBES e a direção do próprio partido a partir do processo de redemocratização. Uma vez que novos espaços de atuação e negociação tomavam corpo, para parte da direção do partido e de membros da vertente prestistas, o foco de intervenção deveria voltar-se para os espaços de lutas tradicionais, como as instituições, sindicatos, associações, sempre adotando uma perspectiva mais centralizada e de unidade. Enquanto isso, para os eurocomunistas, o processo de reabertura política era apenas o início de uma revolução permanente, fundamentada na criação de uma consciência sanitária e de uma intelectualidade capaz de angariar espaços nos mais diferentes campos de lutas contemplados pela ideia de Estado ampliado, se organizando de maneira mais horizontalizada.

Nesse sentido, outro traço característico no modo de operar do partido que vai sendo incluído e percebido nesses espaços de criação de bases de apoio, são as ideias gramscianas, que como assinalado por Sônia Fleury (entrevista realizada em 2017) vão

ganhando força no CEBES na medida que a intervenção mais direta do “Partidão” vai se esvaziando. O CEBES, que é estrutura gramsciana de atuação partidária, ou seja, um centro de estudos para disseminação de ideias, passa a ser um polo de grande articulação e de atuação do Movimento da Reforma da Sanitária e, não à toa, observamos que as narrativas em torno deste Movimento, a partir do final da década de 1970, centralizam-se na produção deste centro de estudos. A ideia de **socialização da política, de consciência sanitária e a concepção de Estado ampliado**, portanto, passam a ser temas centrais nas produções do Movimento da saúde.

Por fim, a identificação de disputas de narrativas acerca das lideranças do PCB na saúde nos ajuda a compreender que essas bases são criadas e desenvolvidas não sem contradições e divergências quanto ao seu objetivo, alcance e caminhos a serem seguidos. De acordo com os depoimentos, inferimos que David Capistrano apostava em uma condução mais próxima dos **movimentos sociais** e de uma atuação nos centros de saúde, embora colocasse a questão da formação médica como ponto crucial. Já Sérgio Arouca seria um importante articulador da saúde capaz de introduzir o Movimento da Reforma Sanitária no **aparelho do Estado**, entendendo-o como um campo privilegiado de luta e de conquista de poder para alcançar as transformações sociais necessárias, mas sem abrir mão da construção de uma consciência sanitária. Veja, são duas apostas influenciadas pela vertente mais eurocomunista, mas com estratégias que vão divergindo ao longo do tempo e se tornando distantes. Uma inclusive ganha mais notoriedade, enquanto a outra vai sendo esquecida ou pouco repetida.

Um ponto que desde já deixaremos sinalizado, mas que desenvolveremos mais à frente, é que as opções de construção de bases de apoio em Sindicatos Médicos, Escolas de Medicina e centros de estudos como prioridade, nos parece uma aposta ainda de perspectiva muito tradicionalista, marcante do período e do contexto no qual se insere o nascimento do Movimento da Reforma Sanitária, onde o Médico ainda é encarado como principal agente de transformação do campo da saúde. Como mostramos no capítulo que descreve o Movimento da Reforma Sanitária, as investidas no sentido de uma organização mais conjunta aos movimentos sociais e com os outros profissionais de saúde aparecem, mas não ganham força ou são apagadas e silenciadas nos discursos mais vocalizados da literatura da saúde coletiva. Da mesma forma, pudemos perceber que na criação de bases de apoio do “Partidão” no campo da saúde essa também parece não ter sido a escolha prioritária.

7.2 TRAÇANDO CAMINHOS: O PCB E A CONDUÇÃO ESTRATÉGICA DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

Uma vez apresentada a criação de bases de apoio em espaços compreendidos como estratégicos pelo PCB no campo da saúde, podemos verificar agora os caminhos apontados e seguidos pelo Movimento da Reforma Sanitária. Como vimos, a constituição dessas bases permitiu o desenvolvimento e a consolidação do Movimento *pari passu* à disseminação das ideias do partido. Nessa trajetória foi se destacando e ganhando força nos discursos a linha de atuação inspirada no eurocomunismo e nas ideias gramscianas, que vão se refletindo nas produções acadêmicas e nas escolhas estratégicas de condução da Reforma Sanitária brasileira. Ao acompanharmos os rumos deste percurso, lembramos mais uma vez, que este não será um caminho único, retilíneo, sem percalços e divergências. Na realidade, o que verificamos é que se trata de um trajeto marcado por disputas internas, alianças e conciliações e, também, por algumas rupturas.

Ao utilizamos a palavra “caminhos” como alegoria para verificar a trajetória do Movimento da Reforma Sanitária brasileira e a articulação do PCB, buscamos propositalmente de início deixar em relevo um dos principais pontos de contato entre estes dois agentes: **a ideia de etapa**. Se para o PCB a revolução burguesa e a transição para a sociedade socialista se dariam a partir do cumprimento de etapas preparatórias de forma pacífica e gradual, no Movimento da saúde essa máxima se refletiria na priorização do fortalecimento da base democrática para que as reformas necessárias ao caminho do socialismo pudessem ser implementadas e no papel do Estado como reorganizador do setor saúde. Nesse sentido, a concepção de Reforma Sanitária no caso brasileiro acompanha a ideia de **guerra de posição e socialização da política**, importantes conceitos presentes na trajetória do PCB, sobretudo, a partir da contribuição da vertente crítica trazida pelos renovadores e eurocomunistas no partido em meados dos anos 1970.

Relembrando rapidamente esses conceitos, a ideia de guerra de posição trazida por Gramsci, sugere que em sociedades complexas, como as ocidentais, o método de luta política mais indicado para o alcance de tomada do poder deverá se dar pela atividade cultural e pela impregnação de ideias na sociedade pelas instituições civis – que também fazem parte do Estado Ampliado – com o objetivo de alcançar a democracia progressiva e a socialização política (COUTINHO, 1979). Por sua vez, a socialização da política, seria o processo de socialização não só dos meios de produção, mas também a disputa do Estado como forma de socialização dos meios de governar articulando a democracia

representativa com forma de democracia direta (COUTINHO, 1979; GALLO; NASCIMENTO, 1989).

De acordo com Oliveira (1987), a guerra de posição e, em seguida a democracia progressiva, apontam de forma conjunta a necessidade de promover uma ação política e ideológica (moral, cultural) ampla, que inclua os problemas ligados à "quebra" do aparelho de Estado e o processo de luta pela hegemonia nesses aparelhos, tanto públicos quanto privados. A "quebra do Estado" estaria intimamente ligada à ideia de promoção de modificações estruturais em características básicas e específicas do Estado capitalista, que diferentemente da estratégia social-democrata, propiciasse a ruptura com a estrutura anterior. Nesse sentido, a ocupação do aparelho de Estado pelos atores e por partidos heterodoxos como via para a transição para o socialismo, só cumprirá seu objetivo se essa inserção deixar de reproduzir as condições gerais de produção capitalista e de sua "natureza de classe" (OLIVEIRA, 1987).

7.2.1 Aparelhamento institucional: um percurso por dentro do Estado

Na saúde isso se representaria pela escolha de construção da Reforma Sanitária e de construção da política de saúde por dentro do Estado, através do **ingresso de atores chaves nos espaços burocráticos**. De acordo com estudo recente que analisa as narrativas da estratégia de condução do Movimento (CARNUT; MENDES; MARQUES, 2019), um primeiro esboço da defesa por essa vertente pode ser verificada na Tese de Arouca (AROUCA, 1975) onde o autor concebe a possibilidade do Estado Democrático como um rearticulador do setor de saúde. Ao se tornar um nome de liderança no Movimento da saúde e ter contribuído para a confecção do arcabouço jurídico-institucional do SUS, a sua aposta pelo Estado naquele momento, conjuntamente à luta política pela redemocratização do país, acrescenta um peso à escolha estratégica de ocupação dos espaços do aparelho do Estado.

De acordo com a narrativa de Escorel (1999), a estratégia de "ocupação dos espaços" viabilizou propostas de transformação do Movimento da Reforma Sanitária constituindo-o como força contra-hegemônica nas instituições setoriais. Essa ocupação se deu no período de reabertura democrática

Quando o Governo lança mão das questões sociais para conquistar sua legitimação na sociedade, cria espaços na máquina estatal que não são ocupados por intelectuais orgânicos ao sistema. O próprio processo de 'modernização administrativa',

tão apregoado pelos militares, também funcionou como canal para a entrada de um pensamento progressista no aparelho de Estado (ESCOREL, 1999, p.186).

A ocupação desses espaços por atores do campo progressista possibilitou, segundo a autora a criação de ‘anéis burocráticos’¹⁴⁹ invertidos, cuja finalidade era a utilização do poder administrativo e técnico que detinham para o fortalecimento da sociedade civil e dos movimentos populares (ESCOREL, 1999).

Um outra função interessante que emerge nas narrativas acerca da estratégia de condução da Reforma, é que o processo de institucionalização de quadros do Movimento também ajudou a proteger quadros no campo da saúde durante o regime militar, para que os mesmos continuassem atuando sem a necessidade de serem exilados ou perseguidos pelos aparelhos de repressão ainda existentes. Segundo Sônia Fleury (em entrevista realizada em 2017), havia um acordo tácito entre os atores do Movimento da Reforma Sanitária de que aqueles que tinham cargo no Estado iriam assegurar o trabalho dos demais para que não precisassem ir embora do Brasil. Na sua visão esta tática foi essencial para “preparar o terreno”, ou seja, para ir construindo uma base tanto de reorganização dos serviços de saúde com a criação do SUDS, como a introdução de princípios que mais tarde se tornariam fundantes do SUS: a descentralização e a universalização.

Nós assumimos os ônus e os bônus de ocupar espaços no Estado. Um desses espaços era a Previdência. Por ali passaram o Hésio [Cordeiro], o Saraiva [Felippe]¹⁵⁰, o Eleutério [Rodríguez], o [José Gomes] Temporão, a Ana Tereza [Camargo]¹⁵¹ o [José Carvalho de] Noronha. (...) Esse grupo ocupa um espaço e faz coisas que eu considero absolutamente estratégicas para a Reforma Sanitária. Eles introduzem uma cunha dentro do sistema e, na hora da crise, em vez de racionalizar, eles promovem um aumento da produção. Ao fazerem isso, chegam ao SUDS [Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde], à descentralização e, ao mesmo tempo, enfrentam a questão de se tratarem de maneiras diferentes os previdenciários e os não-previdenciários. Então, começa a universalização e começa a descentralização. Acho que essa ideia era estratégica (Sonia Fleury em entrevista realizada em 2017).

Seriam, portanto, desdobramentos deste processo de institucionalização de atores progressistas no Estado as iniciativas a seguir: a Autorização de Internação Hospitalar

¹⁴⁹ Os anéis burocráticos, de acordo com Cardoso (1993), “constituem um mecanismo pelo qual implicitamente se define que a administração é supletiva aos interesses privatistas, e esses fluem em suas relações com o Estado, através de teias de cumplicidade pessoais” (p. 99).

¹⁵⁰ Ver em Apêndice 2.

¹⁵¹ Ver em Apêndice 2.

(AIH)¹⁵², as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Segundo Cohn (1989), essas iniciativas institucionais puderam fortalecer o setor público pela via de alterações de seus quadros, sendo as primeiras mudanças na “engenharia institucional” do setor estatal da saúde, pontos centrais para o Movimento da Reforma sanitária e fundamentais para a constituição do SUS mais adiante.

Um dado importante no reconhecimento desta discussão é que o posicionamento predominante no Movimento da saúde pelo aparelhamento do Estado, pode ser compreendido tanto como uma expressão da concepção Gramsciana de Estado Ampliado, influência da linha eurocomunista de uma organização mais horizontalizada, quanto uma concepção influenciada pelas correntes Leninistas, mais “centralista”, de tomada do poder estatal.¹⁵³ É também uma inspiração da tática adotada pelo PCI na Itália alicerçada na ideia de guerra de posição e socialização da política, destacando mais uma vez a importante aproximação de atores do partido italiano com o Movimento da saúde brasileiro. No entanto, esse será justamente um dos focos de crítica – desde a década de 1980 – e de divergências entre atores dentro Movimento da Reforma Sanitária brasileira, já que são singulares e distintas as condições de possibilidades para a implementação em cada país.

Primeiro, porque de acordo com Oliveira (1987), na experiência italiana o processo de Reforma ocorreu “de fora para dentro” em relação ao aparelho do Estado, ou “debaixo para cima”, o que significa que a sua constituição se deu a partir da

(...) aglutinação progressiva de diferentes movimentos sociais que já vinham exercendo uma crescente pressão sobre o aparelho do Estado, relativa a diversos temas vinculados à questão da saúde. Pressão esta que, com o tempo no entanto, e ao longo deste processo, foi superando os limites e as barreiras das diferentes reivindicações de caráter corporativo que a compunham (vinculadas aos interesses específicos dos diferentes movimentos sociais aí envolvidos), para articular-se em torno de uma proposição generalizadora: a ideia da "Reforma Sanitária" (OLIVEIRA, 1987, p.364).

Além disso, no caso italiano, a ideia de Reforma Sanitária era concebida – ao menos na perspectiva inicial do PCI – enquanto parte de um processo de transição maior,

¹⁵² A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) possibilitou a informatização do controle das internações e o controle gerencial de pagamentos das contas hospitalares para o setor privado (BRASIL, 2006).

¹⁵³ De acordo com Eduardo Levcovitz em depoimento, o “aparelhamento” do Estado foi a estratégia assumida por todo o partido e amplo leque de aliados e simpatizantes.

de mais longo prazo e alcance, de transição para o socialismo. Assim, desde o início, foi pensada como uma estratégia contra hegemônica adquirindo fundamental importância para a noção de democratização do Estado e de consciência sanitária (OLIVEIRA, 1987).

No Brasil, embora o discurso sobre a escolha estratégica se assente sobre as mesmas premissas, o movimento que reivindicava a Reforma Sanitária desenvolvia-se, majoritariamente, "de dentro para fora", ou "de cima para baixo", através da atuação de um conjunto de técnicos que tinham intenções progressistas e que passaram a ocupar os postos e posições significativas no interior do aparelho do Estado na saúde. Portanto, a transformações internas no aparelho do Estado sem uma efetiva problematização e enfrentamento de mudanças estruturais exigidas à uma "quebra" do Estado não seria apenas uma redução dos conceitos gramscianos de guerra de posição e da busca pela democracia progressiva (OLIVEIRA, 1987).

Outros autores seguirão nesta mesma direção crítica à estratégia de Reforma Sanitária brasileira devido a aposta na institucionalização de seus quadros. Amélia Cohn (1989) é uma dentre estes autores, e também destaca a diferença existente entre a experiência vivida na Itália daquela que se buscava consumir no Brasil. O entendimento de que o Estado seria um espaço de disputa dos diferentes interesses políticos e projetos institucionais, ou seja, um palco de luta, não levando em conta a tradição político-clientelística presente no Estado brasileiro, seria o primeiro ponto de vulnerabilidade ao alcance dos objetivos esperados, pois nessa relação prevaleceria a "lógica da barganha".

Um segundo ponto de crítica é que, para Cohn (1989), a condução pela via da institucionalização havia sido uma indução de lideranças partidárias do PCB – mesmo que não explicitamente – que enxergavam na experiência italiana um modelo a ser seguido. Embora ambas propostas tenham logrado a incorporação das demandas sociais pelo Estado, no caso italiano, apesar da forte participação do PCI, o movimento teve sua origem nos trabalhadores que fortaleciam suas bases *pari passu* ao processo de ocupação dos espaços institucionais. Na experiência brasileira, a ocupação dos espaços burocráticos por técnicos do setor saúde foi ancorada na narrativa de uma base social ainda incipiente e desarticulada, devido ao período de repressão ditatorial - narrativa esta controversa entre os atores do próprio Movimento conforme apresentada em capítulo anterior. Nesse sentido, as proposições de medidas e os projetos institucionais alternativos, tais como PIASS e as propostas de reformulação da organização dos serviços - AIS e SUDS terão origem a partir de um corpo técnico burocrático, revelando assim uma das fragilidades do Movimento que é justamente o seu não enraizamento social (COHN, 1989).

Na perspectiva de Oliveira (1987), o movimento de aparelhamento do Estado poderia representar uma resistência concreta ao Estado capitalista se, em contrapartida, a “guerra de movimento”¹⁵⁴ por fora do aparelho do Estado, por meio de uma militância articulada com outras frentes setoriais, garantisse uma unidade de luta política suficiente para uma reformulação das bases do Estado conduzindo à uma ‘democracia progressiva’. Por enfrentamento compreendia-se as ações que considerassem o Estado em sua perspectiva ampliada, destituindo-se os elementos concretos, tais como as formas privadas de prestação à saúde, representações sociais sobre a Saúde Pública e a mercantilização do trabalho em saúde, a fim de angariar forças sociais em direção à quebra do Estado (CARNUT; MENDES; MARQUES, 2019).

O que se evidencia, no entanto, é a crescente proposição de ações e medidas predominantemente no Executivo imprimindo um caráter cada vez mais reformista ao caminho trilhado pelo Movimento (COHN, 1989). Essas diferentes concepções de Reforma em disputa tornam-se ainda mais claras a partir das discussões em torno da VIII CNS, embora a literatura “clássica” da Saúde Coletiva e suas narrativas a descrevam como marco do Movimento da Reforma Sanitária brasileira pela capacidade de aglutinação de atores e entidades em torno da questão da saúde e pelo consenso de suas propostas. De acordo com depoimento de Merhy (em entrevista realizada em 2019), a discussão sobre o processo de institucionalização emerge com força nesta Conferência e vai dividir o Movimento em dois grupos, um que pactua com o que ele denomina de uma “democracia controlada” e outro que apostava em uma Conferência mais autônoma com livre representação¹⁵⁵. O primeiro alinhado com as ideias do “Partidão” no sentido de indução ao processo de institucionalização do Movimento da saúde, vertente disseminada pelos eurocomunistas com forte influência do grupo que trabalhava junto à Arouca, e o segundo mais vinculado aos movimentos sociais, apoiado por David Capistrano que, como vimos, embora tenha sido uma liderança importante no PCB, conduzia seu trabalho de forma muito próxima às organizações locais e populares. Segue trecho em que Emerson Merhy descreve esse momento:

¹⁵⁴ Tal como elucidado no quinto capítulo deste estudo como um conceito basilar à estratégia da vertente de “renovadores” do PCB.

¹⁵⁵ A definição do número de delegados destinadas aos movimentos populares e à questão da proporcionalidade de representantes, de fato, foi um nó crítico da VIII CNS. Foi realizada uma plenária extraordinária para a discussão durante a Conferência. Ver a discussão e depoimentos de participantes da VIII CNS sobre o tema em: <https://www.youtube.com/watch?v=NlmS-mCSmeo&feature=youtu.be>

A oitava vai dividir um pouco a gente, mas o caminhar vai levando pra isso. Porque a nossa concepção de Reforma Sanitária vai diferenciando um pouco. Por exemplo, nós vamos discutir quem vai participar da Oitava [CNS]. Os grupos não organizados ou não pactuados com uma democracia controlada, porque tem um pacto nacional pra se produzir uma democracia controlada. Então os grupos não pactuados com isso – que éramos nós do movimento social e de alguns partidos trotskistas, que eu também não pertencia – a gente vai defender uma Oitava autônoma com a livre representação. E eles vão defender uma oitava institucionalizada e absolutamente com uma representação amarrada. Então nós vamos ter 50 vagas em 5.000...pra você ter uma ideia. Então muito de nós vai, “infiltrativamente”, mas não como representação. (...) Então essa questão é uma questão interessante de observar, ela já vinha de antes. Porque era um pouco essa diferença clara entre eu, Eduardo Jorge, David Capistrano e o grupo do PCB. Nós éramos totalmente vinculados ao movimento. Pra nós o que interessava era fabricar conselhos locais de saúde, fazer manifestações, atos exigindo organização dos serviços, organização local, popular e local. E nós defendíamos isso, e estávamos nos bairros fazendo isso, tá certo? (Depoimento de Emerson Merhy em entrevista realizada em 2019).

Uma demonstração deste tensionamento na VIII CNS é ilustrada pelo dilema a respeito do caminho de unificação do sistema de saúde, tema que se torna central na Conferência – apresentada brevemente no quarto capítulo – onde uma vertente defendia a unificação pela base do sistema de saúde através do processo de descentralização e regionalização por “baixo” a outra optava pelo processo pelo “alto” por meio da unificação do INAMPS (FARIA, 1997). Segundo depoimento de Sônia Fleury (em entrevista realizada em 2017), neste momento há um “racha” entre o grupo liderado por Arouca – já como presidente da Fiocruz – muito mais próximo ao projeto de unificação do Ministério da Saúde com a Previdência, e o grupo do INAMPS, liderado por Hésio Cordeiro, com o projeto de descentralização pelo SUDS. Nesse período,

(...) ficou claro que havia dois projetos, que talvez existam até hoje, na cabeça das pessoas... alguns achavam que o Ministério da Saúde era extremamente débil para promover a unificação, que a descentralização via INAMPS era a melhor saída para a saúde, que era manter o SUDS/SUS... na minha cabeça, era isso, segundo o Hésio [Cordeiro], não era isso... eram, pelo menos, estratégias diferentes para chegar a universalização. Nós ganhamos na constituinte, mas essa tensão era muito grande (Sônia Fleury em entrevista realizada em 2017).

Veja, embora se localize aqui uma disputa em torno da estratégia de condução da política nacional de saúde a ser construída com a redemocratização e a aproximação da Assembleia Constituinte, o que gostaríamos de salientar é que o tema central da Conferência e das discussões subsequentes passam a girar em torno dos processos por dentro do aparelho do Estado e pela via institucional, seja pelo “alto ou por “baixo”, mas já afastados das proposições dos movimentos populares e locais.

Corroborando com o depoimento apresentado por Merhy, Lacaz (2011) aponta que logo após a VIII CNS, durante o período de implantação da Comissão da Reforma Sanitária (CNRS), cujo objetivo era organizar as propostas da saúde para a Assembleia Constituinte, a priorização da ação por dentro do Estado já se apresentava como uma questão incomoda para alguns militantes da saúde e do próprio PCB.

Tratava-se de definir o que priorizar naquele momento histórico: a ação por dentro do Estado ou aquela que tinha como prioridade a ação política junto ao movimento social de massa no sentido de arregimentar força política ao nível da sociedade organizada. E, aí, outra divergência aparece, quando setores partidários de cunho reformista priorizam a ação por dentro do Aparelho de Estado e setores de cunho revolucionário apontam que tal postura é equivocada e postulam a prioridade (LACAZ, 2011).

Da mesma forma, durante o processo da Constituinte¹⁵⁶ o Movimento da Reforma Sanitária brasileira expressou-se pelo peso do nome de seus membros, das trajetórias e vínculos destes com o poder executivo federal do que propriamente pela força e pressão das bases sociais (RADIS, 2008).

Paim (2008), um importante ator e teórico do Movimento da saúde reconhece em seu estudo da década de 2000 que as condições concretas em que se pretendeu implantar a Reforma “reduziram a sua práxis a uma reforma parcial setorial, ilustrando algumas das consequências da Revolução passiva” (p. 300). O autor afirma ainda que, embora avanços tenham sido possíveis com a construção da política nacional de saúde que se desdobrou no SUS, o que se desenvolveu no Brasil foi uma reforma parcial de natureza setorial e institucional.

Nessa mesma perspectiva, Fleury (2018) em estudo recente também revê a estratégia empreendida pelo Movimento e reconhece as suas principais fragilidades e lacunas. A autora, que era atuante no grupo que defendia a proposta de

¹⁵⁶ O Congresso Nacional, eleito com base na popularidade lograda pelos efeitos imediatos do Plano Cruzado, transformara-se em Constituinte. “No interior dessa Constituinte Congressional predominava a posição de centro-direita. (RADIS, 2008)

institucionalização do Movimento no aparelho estatal, argumenta que a utilização dos instrumentos institucionais tinha a finalidade de propiciar o aumento da organização tanto técnica quanto política necessária para o avanço do projeto de Reforma Sanitária almejada. Seguindo a linha de pensamento do modo de atuação do “Partidão”, seria essa a alternativa para a criação de mecanismos capazes de alterar, gradualmente e de forma crescente, o modo de organização institucional do setor saúde, na direção de um sistema público mais racional, eficiente e democrático. Mas Fleury (2018) admite que

Essa é claramente uma posição reformista, que parte do reconhecimento da falta de uma correlação de forças favoráveis à promoção de rupturas mais profunda do que a instauração da lógica dos direitos como forma de disciplinamento do conflito distributivo. Tal proposta não foi assimilada pelas elites políticas e econômicas brasileiras, pois representava uma ruptura com o padrão de dominação vigente. Nesse sentido, a história recente reafirma o caráter radical da transformação proposta, embora muitas vezes se tenha descuidado de atentar para o fato de que estar no governo não é ser poder, já que governo se refere às instituições; e poder, a correlação de forças na sociedade (FLEURY, 2018, p.34).

Segundo ela, a suposição da incapacidade de transformação das relações de poder levou o grupo à defesa da chamada “dialética do possível”, ou seja, a ocupação dos espaços institucionais como uma decorrência natural do processo de transformação setorial a fim de alcançar a uma democracia social baseada na concepção do cidadão como sujeito de direitos, “desconhecendo que este sujeito está imerso em uma sociedade de classes, na qual o pacto de dominação busca perpetuar sua subordinação a essas mesmas instituições.” (FLEURY, 2018, p.34).

Hoje, decorridos mais de trinta anos do processo de construção da política nacional de saúde e de construção do SUS, e nos arriscando a lançar uma lente mais ampliada nas análises sobre a complexidade da estruturação da sociedade brasileira e suas desigualdades, acrescentaríamos não apenas a categoria classe, mas também demais categorias como raça e gênero, que como veremos mais adiante, são também determinantes sociais da saúde que acabaram sendo invisibilizadas em meio à discussão em torno na universalidade. Segundo Faustino (2017), a concepção de direito à saúde que será predominante ao longo do século XX, e estará contida no ideário do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, será aquela vista em termos de igualdade não apenas jurídica, mas política e econômica. Contudo, a preocupação com a pobreza e a

desigualdade social assumirá importância central, enquanto as reivindicações identitárias apenas ganharão espaço no cenário público mais a frente.

Amélia Conh (1989) já sinalizava na década de 1980, que a priorização da construção de uma “engenharia institucional” para saúde, em detrimento de uma institucionalização efetiva da participação popular e representação política, traria à tona a dimensão da Reforma enquanto luta ideológica, mas significaria um enfraquecimento do enraizamento das demandas por saúde. Demandas estas que abrangiam além da oferta de assistência de serviços de saúde e de um novo modelo de atenção à saúde, exigiam uma mudança no próprio estilo patrimonialista do Estado brasileiro e da cultura política do país.

De acordo com a análise de Carnut, Mendes e Marques (2019), a aposta do Movimento pela tecnicidade da gestão do SUS foi prioridade – mesmo reconhecendo que não há separação absoluta entre ‘o político’ e ‘o técnico’ em quaisquer processos gerenciais – e hoje ela é refletida pela percepção de dois movimentos presentes no SUS:

De um lado, presencia-se um SUS cada vez mais distante de seu caráter emancipatório – ‘civilizatório’ e ‘socialista’ – que o formou; de outro, destaca-se uma retórica da Reforma Sanitária bastante afastada nos propósitos políticos que tem conseguido formular, reforçada por debates técnico-administrativos (CARNUT; MENDES; MARQUES, 2019).

7.2.2 Construção narrativa do suprapartidarismo: “Da unidade vai nascer a novidade”?

Outro ponto de contato identificado entre o Movimento da Reforma Sanitária brasileira e o PCB refere-se a escolha pela formação de **frentes amplas de atuação**. Ao retomarmos a história do partido, podemos verificar que este modo de operar não visava apenas centralizar e unificar os diferentes atores em prol do fortalecimento das ideias ou estratégias do “Partidão”, mas também significava uma tática de proteção e de ocultação da identidade dos núcleos duros do PCB diante do contexto repressivo da ditadura. Essa característica do modo de fazer política do PCB se entrecruza na história do Movimento da saúde não apenas no momento de criação de bases de apoio do “Partidão” no campo da saúde – como sinalizado anteriormente –, mas também em seu processo de desenvolvimento e no avanço de estratégias para a realização da pretendida Reforma Sanitária.

Um elemento que nos ajuda a compreender este ponto de contato presente no processo de desenvolvimento do Movimento da saúde é ilustrado pela ideia do chamado “Partido Sanitário”. Já sabemos que este termo emerge como um apelido informal para designar um grupo específico da saúde alinhado ao PCB e que sua nomenclatura passa a ser incorporada no discurso de alguns atores como uma alusão ao caráter suprapartidário e policlassista do Movimento e à ausência dos partidos políticos, de forma explícita, em sua base de apoio. Essa nomenclatura, embora seja frequentemente utilizada nas narrativas, por vezes diverge entre os interlocutores quanto ao seu propósito, natureza e pertinência, não se apresentando, portanto, como um enunciado único.

Merhy (s/data), através da leitura do Movimento da Reforma Sanitária pela vertente de São Paulo, por exemplo, vai de encontro às narrativas que apontam o “Partido Sanitário” como núcleo pioneiro na proposição de ações e como principal articulador no campo da saúde durante os anos 1970 e 1980. Em seu depoimento elucida justamente o contrário: que o Movimento emerge como uma produção coletiva e com múltiplos atores e não de um grupo suprapartidário.

Lembro, como hoje, que todos estavam em sintonia com essa ideia e seria loucura qualquer imagem que alguns ainda fazem de que essa produção teve um inventor ou um grupo partidário exclusivo por trás dela. Foi evidentemente uma produção coletiva em comum, sem heróis e autores específicos. No máximo, tinha em nós animadores e nos grupos organizados forças a favor. Mas, era um acontecimento que fugia do controle (MERHY, s/data).

Por sua vez, na literatura “clássica” o “Partido Sanitário” é geralmente associado ao grupo de militantes do PCB no CEBES. Segundo depoimento de Sônia Fleury em entrevista no ano de 2018 (VIEIRA-DA-SILVA, 2018), o próprio processo de criação do centro de estudos significou o primeiro processo de institucionalização do Movimento da Reforma Sanitária e representou a constituição do “Partido Sanitário”. A autora, será uma dentre outros autores que incorporaram a narrativa da existência de um “Partido Sanitário” na composição do Movimento da saúde. Segue trecho a esse respeito:

(...) nesse sentido, a institucionalização do movimento sanitário através da criação do Cebes, alcançando assim constituir-se em um verdadeiro “Partido Sanitário”, foi capaz de organizar as diferentes visões críticas do Sistema de Saúde, definindo um projeto comum e estratégias e táticas de ação coletiva. O Cebes representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triângulo que caracterizou a Reforma Sanitária (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 112).

Nessa leitura, o “Partido Sanitário” atuaria como um braço do Movimento fora das instituições, promovendo as articulações necessárias para o seu avanço. Muito deste modo de articulação e de fazer política teria sofrido influência direta do PCB e de sua organicidade e capacidade de aglutinação de forças, sendo um aprendizado fundamental para que o Movimento da saúde ganhasse força e espaço. Segundo Fleury, em entrevista:

A experiência, a ligação dessa reforma com o Partido Comunista, eu faço muita questão de sobressaltar, porque acho que é pouco ressaltada e eu penso que a experiência de solidariedade, de organicidade do partido, ela foi fundamental. Sem isso, esse negócio não tinha dado certo, porque tinha que saber fazer política, e o partido sabia fazer. Então, acho que isso foi fundamental. Acho que foi fundamental, por exemplo, o papel de liderança do Arouca para nos congregar e a experiência do partido para dar organicidade a tudo isso. (...) Mas, além disso, tinha o movimento, o “Partido Sanitário” que tem aquele conjunto de reuniões que atravessou essas décadas todas. A primeira reunião [do “Partido Sanitário”] foi na casa do Arouca. No dia seguinte foi na minha casa, porque não podia ter dois dias na mesma. (...) Essa primeira reunião foi convocada pelo Arouca com o propósito de discutir o que nós íamos fazer, tendo em vista que a ditadura estava apertando [o cerco] (VIERA-DA-SILVA, 2018, p.113).

De fato, se retornarmos à apresentação das principais estratégias empreendidas pelo partido identificaremos duas observações realizadas por Coutinho (1979) – importante pensador do “Partidão” da vertente dos chamados renovadores e eurocomunistas – que se enquadram perfeitamente na manutenção da defesa da **unificação política**. A primeira delas, fala sobre a questão da chamada batalha pela unidade, ou seja, uma unidade na diversidade, como um objetivo tático imediato na luta pelo fim do regime ditatorial e um objetivo estratégico para o alcance da democracia progressiva. A segunda seria uma crítica ao pluralismo dos diferentes sujeitos coletivos que, diante da ausência de um processo de unificação política mediado por organismos representativos de âmbito nacional, poderia se degenerar em forma de corporativismo.

Portanto, podemos inferir que o termo “Partido Sanitário” tinha o intuito de garantir a imagem de centralidade e unicidade do Movimento, palavras-chaves intimamente ligadas ao modo de operar do PCB e à estratégia de formação de frentes amplas. A necessidade de “costurar” os tensionamentos existentes era compreendida como uma tática necessária naquele momento para a continuidade dos avanços do Movimento, como demonstra a fala a seguir:

Nessa reunião [do “Partido Sanitário”] o Arouca dizia: “*Vamos ficar com o projeto, nós temos o projeto da Reforma*”. Então

alguém levanta a mão e pergunta: “*Qual é o projeto?*”. Dissemos: “*Não, não vamos discutir se não a gente ‘racha’ de novo*” [risos]. Ou seja: tinha que costurar algumas saídas. Essa liderança, tanto do Hésio quanto do Arouca, eram cruciais para essas costuras, por mais tensões institucionais que tivessem (Sonia Fleury em entrevista realizada em 2017).

No entanto, embora seja reconhecida a influência direta do PCB no Movimento da Reforma Sanitária, sobretudo da linha atuação que se apoia em ideias Gramscianas e em uma organização mais horizontalista, é curioso notar que a alcunha de “Partido Sanitário” não faz parte de um direcionamento ou instrução do partido, mas sim uma nomenclatura que emerge no próprio campo da saúde e que acaba sendo incorporado em discursos específicos. Em entrevista realizada em 2019, Álvaro Nascimento chama atenção para o fato de que no próprio PCB não era recorrente o uso dessa nomenclatura.

O “Partido Sanitário” seria do PCB da saúde. Aí é mais partido ainda. Sempre me incomodou. Nunca me identifiquei com o “Partido Sanitário” e me incomodava esse negócio do “Partido Sanitário”. Entendeu? Justamente porque partia. Movimento sempre achei muito mais simpático. Movimento dos direitos humanos. Movimento sanitário. O Movimento de cidadania. Porque era uma realidade aonde você ia para o gueto muito facilmente. Você escorregava num termo, pronto, estava sozinho. (...) É engraçado porque o PCB não tinha isso. O PCB era um partido que pugnava pela amplitude do movimento. Eu acho que tinha mais gente fora do PCB que usava essa sigla do “Partido Sanitário” do que o PCB. Eu nunca vi isso na boca do Arouca, na boca do Ary [Miranda] e tal. Ele resistia a isso também (Depoimento de Álvaro Nascimento em entrevista realizada em 2019).

Logo, para alguns atores participantes do Movimento da saúde, a ideia de “Partido Sanitário” era controversa por tentar aglutinar forças e reforçar o caráter suprapartidário e policlassista das ações e propostas, mas acabar gerando o efeito reverso de **encapsular as discussões no setor saúde**. Álvaro Nascimento, que participava na base de jornalistas¹⁵⁷ militantes do partido, em entrevista realizada em 2019, detalha que não havia uma integração entre as diferentes bases de categorias profissionais no “Partidão” e que a discussão sobre a Reforma Sanitária ficava mais restrita aos seus pares, não sendo trabalhada de forma mais ampla no próprio partido. Segue o relato abaixo:

¹⁵⁷ Como detalhado em tópico anterior a respeito da criação de bases do PCB no campo da saúde, as bases eram de apoio foram estabelecidas por categorias profissionais. Na saúde essas bases se desenvolveram predominantemente na categoria médica. Álvaro Nascimento é jornalista e participava da base de apoio desta categoria profissional. Se aproxima do campo da saúde ao trabalhar na Fiocruz na década de 1980, mais especificamente a partir do ano de 1986.

Quem era ligado ao jornalismo não sabia do povo do PCB da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nem “cheirava” na base dos jornalistas. Eles discutiam tudo no partido. As candidaturas, os congressos, os programas a voz da unidade, nossa atuação como jornalista, o controle da mídia. Essa é uma coisa interessante porque nos documentos mesmo do PCB o que você ainda consegue resgatar... Democracia. Não tem a Reforma Sanitária *ipsis litteris* (Depoimento de Álvaro Nascimento em entrevista realizada em 2019).

Porém, além do encapsulamento da discussão, a reprodução da narrativa da existência de um “Partido Sanitário” nos discursos propiciou o apagamento e silenciamento das discordâncias existentes em nome da sustentação de uma coesão interna. E quando tornam-se nebulosas as diferenças internas, projetos alternativos em disputa ofuscam-se e torna-se mais difícil a identificação das forças políticas em jogo e dos atores sociais envolvidos na arena política (COHN, 1989). Durante o período da redemocratização e de reorganização política para a preparação da nova Constituinte, a ideia de “Partido Sanitário” não permite evidenciar, por exemplo, se os partidos políticos eram favoráveis ou contrários à Reforma Sanitária e em que ponto convergiam ou divergiam do projeto defendido. Amélia Cohn (1989) sinaliza, que mesmo no contexto das campanhas eleitorais no final dos anos 1980, era interessante perceber que as diferenças continuavam silenciadas no Movimento e completa afirmando que: “tem-se a impressão de que o conflito é insuportável por colocar em risco o movimento, que, por sua vez, enfrenta poderosos inimigos externos” (COHN, 1989, p. 132).

Como vimos ao longo dos capítulos, apesar de ser possível identificar – mesmo que de forma pulverizada - alguns parlamentares e lideranças de partidos políticos envolvidos na discussão da saúde e no processo de construção do SUS, a narrativa de suprapartidarismo acabava carregando consigo uma conotação negativa e crítica do papel dos partidos e de sua influência na construção de políticas de públicas. Gastão Wagner em entrevista cedida a uma pesquisa sobre a participação dos partidos políticos na Reforma Sanitária (JACOBINA, 2016), declara que, na sua percepção, o Movimento da saúde tinha um projeto de política pública muito mais completo e mais radical do que a maioria dos partidos. E completa:

Eu acho que os partidos não assumiram, os vários dirigentes que nós tivemos, não assumiram essa radicalidade, que foi mantida no Cebes, na ABRASCO, nos porta-vozes do movimento sanitário, no Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, pelo Jairnilson [Paim],

pelo Naomar [de Almeida Filho]¹⁵⁸, por mim, enfim, por um conjunto de pessoas (JACOBINA, 2016, p. 106).

Haveria, portanto, uma descrença na capacidade dos partidos em absorver a radicalidade da proposta da Reforma, na medida que sua proposta exigia uma transformação ampla do Estado Brasileiro e da sociedade política e civil – pelo menos em sua retórica. Por outro lado, entre os partidos de vertente marxista onde, segundo Jacobina (2016), também haveria uma certa hesitação em declarar apoio explícito à Reforma, o caráter suprapartidário do Movimento acaba tornando-se interessante à alguns dirigentes partidários, no sentido de angariar apoio das massas em prol das bandeiras e lutas dos partidos tais como a luta democrática, a convocação de uma nova Constituinte, entre outras (JACOBINA, 2016). Até mesmo o PCB, partido mais influente e mais embrenhado no Movimento através de seus militantes da saúde e de suas lideranças, não vocalizava proposta semelhante como reivindicação do partido ou de suas campanhas de maneira explícita, embora apoiasse a ocupação dos espaços institucionais e a criação de projetos institucionais por atores contra hegemônicos como possibilidade de construção de uma consciência sanitária (COHN, 1989). Tudo isso corrobora com a afirmação de que o processo de construção de um projeto de sistema de saúde, de fato, “passou pelo processo da Reforma Sanitária e os partidos tiveram muito pouca participação” (Ary Miranda em entrevista realizada em 2019).

Contudo, em dois momentos investiu-se em uma aproximação mais efetiva entre os partidos políticos e o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. O primeiro ocorreu no ano de 1979, com o I Simpósio da Câmara dos Deputados Sobre a Política Nacional de Saúde, logo após o fim do bipartidarismo e a legalização de novos partidos. Nessa oportunidade, algumas propostas¹⁵⁹ da luta da Reforma Sanitária foram apresentadas para o Congresso Nacional culminando na sensibilização de alguns deputados, sem, no entanto, a adoção das propostas nas agendas dos partidos. Nele a questão da saúde aparece alinhada à defesa da democracia e à uma reforma partidária completa, com o estabelecimento da Nova Constituinte e das eleições diretas. De acordo com Escorel (1999), este I Simpósio foi organizado pela Comissão de Saúde, cujos parlamentares progressistas foram assessorados composto por alguns membros do Movimento da

¹⁵⁸ Ver em Apêndice 2.

¹⁵⁹ O já referido texto “*A questão democrática na saúde*” (CEBES, 1979) foi uma delas.

Reforma que estavam lotados em Brasília atuando no PIASS, no Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS)¹⁶⁰ e nos ministérios.

Por que o Simpósio foi importante? Porque levou para dentro do Congresso Nacional e sensibilizou alguns deputados de alguns partidos a essa luta da reforma sanitária. (...) Eu participei do Simpósio, mas eu não participei diretamente da organização dele. Mas isso é um dado importante, para você ver, que é onde você tem um universo parlamentar, que é Congresso Nacional, em que a questão da saúde é induzida como uma questão para ser discutida na perspectiva da luta contra a ditadura e a perspectiva de um novo sistema de saúde. (...) Você teve parlamentares isolados de partidos que participaram desse processo sim. Diferente dos partidos, no sentido de o partido ter colocado na sua agenda, entendeu? Foi importante, porque ele abriu uma discussão dentro do Congresso (Depoimento de Ary Miranda em entrevista realizada em 2019).

O segundo momento de uma maior tentativa de aproximação entre os partidos políticos institucionalizados e o Movimento da Reforma ocorre durante a construção da Assembleia Nacional Constituinte (ANC) e a tentativa de angariar avanços na pauta da saúde a partir de *lobbies* de pressão popular (FARIA, 1997; RODRIGUEZ NETO, 2003). Segundo Álvaro Nascimento (em entrevista realizada em 2019), este momento teria sido o que ele chama de “ápice de uma aproximação lenta dos partidos” e que Sérgio Arouca, então Presidente da Fiocruz, teve um grande papel como articulador neste cenário, ao estabelecer conversas e discussões com os congressistas e constituintes¹⁶¹, até ser convidado a palestrar na ANC sobre o projeto da Reforma Sanitária em 1987.

Fomos estreitando, digamos assim, o discurso da Reforma Sanitária para os partidos – aí eu posso falar porque eu participei depois de 1986 – muito a partir do *Radis*¹⁶², da Constituinte e da Fiocruz. Então, todos os constituintes recebiam o *Radis* e o *Boletim Fiocruz* chegava em todos os gabinetes. E a gente elegia,

¹⁶⁰ Acordo entre a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) e o governo brasileiro, que tinha como meta a formação de qualidade e em 'em massa' de pessoal técnico e auxiliar, ambos de nível médio, e de pessoal de nível elementar, para cobrir as necessidades dos serviços de saúde, que resultasse no fortalecimento do recém-criado Sistema Nacional de Saúde (1975). A formação foi concebida de forma descentralizada, envolvendo serviços de saúde, instituições formadoras e prestadoras de serviços. Visava à formação na unidade de atenção à saúde e a integração entre a docência e a assistência à saúde (MOTT, 2008).

¹⁶¹ Em depoimento Eduardo Levcovitz acrescenta que no INAMPS deputados, governadores, secretários e prefeitos iam em busca de recursos e foram desenvolvidas várias táticas de envolvimento destes com o projeto AIS_SUDS-SUS.

¹⁶² Revista Radis da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) tem origem em 1982, quando o Programa Radis, começou a editar Súmula, Tema e Dados. Em 1987, lançou Proposta - O jornal da Reforma Sanitária. Em 2002, a fusão destas publicações resultou na revista Radis, que desde a sua criação tem como missão informar a população para a luta por saúde de qualidade e por uma sociedade mais democrática.

digamos assim, as lideranças que tinham poder: desde Ulisses Guimarães; Almir Gabriel¹⁶³, Senador do PSDB do Pará, a liberais como Mario Covas¹⁶⁴, que tinha gente por trás dele e buscava isso. *Lobby*. Nós fomos lobistas na Constituinte. Íamos procurar fazer reuniões, explicar o que era a Reforma Sanitária. E o *Radis* servia muito para este instrumento de você entregar alguma coisa e marcar uma reunião depois para conversar sobre isso (Depoimento de Álvaro Nascimento em entrevista realizada em 2019).

Um ponto de tensão evidenciado na relação entre o Movimento da saúde e os partidos políticos durante o processo da Constituinte refere-se a pauta da universalização. Como um princípio, o tema da universalidade encampava as articulações com os partidos, mas a sua operacionalização era grande fonte de tensionamento. Segue trecho de Álvaro Nascimento à esse respeito:

Então, o contato com os partidos não era um negócio simples. O convencimento sobre universalização, saúde como resultado nas condições de vida era até um negócio mais fácil de passar porque era uma utopia tão bonita. O que é o ideal? Ah é a saúde e ninguém ficar doente. Como que ninguém fica doente? Ah tendo um meio ambiente protegido, habitação digna, acesso a saneamento básico, habitação popular de qualidade, salário, acesso ao lazer. “*Oh que coisa linda!*” Ninguém consegue ser contra. Então, esse ideário passava fácil pelos partidos. Agora quando botou lá acesso ao serviço de forma universal. E as clínicas privadas vão viver do que? E aí tinha briga porque entrava o *lobby* privado. Então passar isso junto aos partidos e alcançar a maioria Constituinte foi ... eu chorei no dia. No dia em que passou, falamos: “*Caraca. passou!*” (Depoimento de Álvaro Nascimento em entrevista realizada em 2019).

A incorporação do artigo nº 196 na Nova Constituição Federal (BRASIL, 1988), garantindo a saúde como um direito e dever do Estado, foi uma conquista do Movimento da saúde sem precedentes, assim como a elaboração da Lei Orgânica da Saúde nº 8080.90 (BRASIL, 1990) posteriormente. Contudo, podemos inferir que a mobilização para angariar forças e constituir alianças com os mais diversos atores em uma frente ampla, priorizou a garantia da institucionalização dos atores e de suas propostas enfatizando a elaboração e a garantia de leis – evidenciando mais uma vez um ponto de contato entre o Movimento e o modo de fazer política do “Partidão” de outrora – sem a contrapartida de fortalecimento das bases sociais. Nesse sentido, como bem reforça Álvaro Nascimento

¹⁶³ Ver em Apêndice 3.

¹⁶⁴ Ver em Apêndice 3.

(em entrevista realizada em 2019), o processo de inclusão das ideias da Reforma Sanitária na legislação como fruto de um intenso processo de negociações, articulações e pressão política, por si só não seria o suficiente para o seu cumprimento, sendo necessária a continuidade de mobilizações para o desenvolvimento e consolidação do SUS.

Eram pessoas vinculadas a partidos que tinham um objetivo muito claro. Fazer que o ideário da Reforma Sanitária se incorporasse de alguma forma aos programas dos partidos. Mas fundamentalmente, na produção de leis. Leis orgânicas municipais, estaduais e na Constituinte. Era uma coisa que a gente possa chamar talvez de utilitarista. Tipo assim, “*Vamos garantir na lei*”. Não sei se seria uma inverdade dizer que nós priorizamos só isso. O Movimento Sanitário cumpriu um papel importante junto aos parlamentos, em vários municípios, em vários estados na Constituinte, de pautar isso. Ainda do Arouca na Constituinte tomar aquele espaço falar de Reforma Sanitária brasileira é um ganho, óbvio. E o texto constitucional quando ele entra na questão da saúde é avançadíssimo. A gente passou quase tudo. Isso foi um resultado de força. Não foi panfletando o *Radis*. Foram horas, dias, meses de labuta e reunião e convencimento (Depoimento de Álvaro Nascimento em entrevista realizada em 2019).

É interessante trazer à tona ainda um cenário que aparentemente ia “correndo por fora” da estratégia do aparelho do Estado e que emerge em algumas narrativas. Seria este um momento de inflexão estratégica no campo de luta da saúde e, inevitavelmente para alguns atores do Movimento, onde vai ganhando corpo o surgimento de um novo partido no cenário político a partir de 1978: o Partido dos Trabalhadores (PT). Como já apontado, o PT emerge no contexto de reabertura política como uma nova aposta dos movimentos sociais, alinhado ao crescimento do novo sindicalismo com forte presença de setores da Igreja (Movimento Eclesiais de Base), da classe média profissional e de intelectuais, atraindo atores dos mais diversos campos. A perspectiva principal do partido era a mobilização estratégica de massas, fincado na ideia de construção de uma democracia de base popular com ampliação da participação dos movimentos e das massas nos processos decisórios e nos espaços de deliberação (SECCO, 2011).

Quando vai aparecendo uma aliança anti-ditadura que costura movimento social, movimento sindical autônomo por fora dos partidos políticos, começa aparecer a discussão que vamos fundar um partido de novo tipo. Só que o PT desenhado nesse período, era ideia de um partido sem dirigente e sem quadros. Era um “partido-movimento” que a gente concebe. Então o primeiro desenho do PT que vai aparecer e que nós vamos construir até 1992, 1993, é um PT de movimento, é um PT sem dirigentes, é um PT de ativistas. Um PT com uma mistura incrível:

intelectuais, profissionais, militantes de bairros, operários, donas de casa. Era um PT vivo (Depoimento de Emerson Merhy em entrevista realizada em 2019).

No campo da saúde a iniciativa de criação do PT culminou na perda crescente de hegemonia da influência do PCB e de seu modo de operar e fazer política no interior do Movimento da Reforma Sanitária. Com isso a concepção de Reforma até então predominante, vai abrindo espaço para uma outra direcionada para a formação de coletivos, através da organização de poderes locais como gestão do Estado e construindo a ideia de esferas de poder não estatais através dos movimentos sociais. Não à toa, as primeiras experiências políticas do PT nos municípios são destacadas até hoje, como exemplos de iniciativas positivas de gestão e participação popular no campo da saúde, com a direção de nomes já conhecidos, como o próprio David Capistrano que na década de 1980 se filiará ao PT.

O que é curioso notar, é que parece ser justamente neste novo arranjo partidário que se busca a radicalização de conceitos antes apresentados pelo PCB, como a socialização da política, a luta de hegemonia e a incorporação permanente de novos sujeitos e coletivos no processo de transformação da realidade (COUTINHO, 1979). Conceitos Gramscianos trazidos pela vertente eurocomunista do “Partidão” que foram incorporados no PT nesse primeiro momento de formação. Abaixo segue trecho de entrevistado sobre as primeiras ações do recém-formado PT no campo da saúde:

O início do PT é um divisor de águas, porque a gente vinha acumulando na luta da saúde, de diferentes maneiras, e aí nessa fica mais claro o confronto entre o estilo PCB, PC do B e os outros modelos. Vamos dizer que nós tínhamos uma postura indisciplinada. Ou seja, a gente quer um partido? Pois é, queremos. Mas não queremos que ninguém mande em ninguém. Tudo tem que ser decidido em encontros amplos, que a gente chamada de núcleos. Então a gente vai começar a organizar núcleos de saúde do PT. Então eu ajudo a organizar núcleos de saúde pelo Brasil afora. Mas não pra disputar partidariamente lugares, mas pra ampliar os coletivos. Minha perspectiva sempre foi de organizar coletivos nas redes, nos territórios, e nas vidas reais e não dentro das organizações. Minha perspectiva, né? Então nunca foi a de pegar o PT e falar assim: “agora o PT vai mandar aqui no departamento”, ou dentro da faculdade. Apesar de ter gente do PT que fazia isso (Depoimento de Emerson Merhy em entrevista realizada em 2019).

Portanto, segundo Cohn (2018), dos anos 1970 até o final da década de 1980, a estratégia política adotada foi a de ocupação do aparelho de Estado pelos atores

progressistas da saúde, a partir dos anos 1990 este cenário político se modifica e o eixo central de promoção das mudanças e de reorganização do sistema de saúde passa a ser o nível local, e mais especificamente os municípios.

Então a Reforma Sanitária pra nós adquire outra característica, não é só fabricar a lei e garantir o cumprimento da lei. É de fabricar outro cotidiano. Então, eu, por exemplo, sou o cara que vai militar, que vai pegar toda energia, e que vai militar nas redes com os trabalhadores de saúde com os movimentos sociais. Então eu vou me envolver com o primeiro governo da [Luiza] Erundina¹⁶⁵ em São Paulo, vou me envolver com o primeiro governo do PT em BH, vou participar e contribuir com o governo de Campinas do David Capistrano e em Santos. Aí ela já não era mais PCB. Já tinha saído e já tinha virado petista (Depoimento de Emerson Merhy em entrevista realizada em 2019).

De acordo com Guimarães e Santos (2019), apesar da inflexão no sentido de condução estratégica da Reforma Sanitária a partir das experiências de municipalização dos mandatos de partidos progressistas, o cenário do Congresso Nacional durante o período democrático conservaria um perfil político predominantemente conversador, com forte poder de indução de agenda e de veto. Segundo os autores, após as eleições de 1989, o sistema de representação parlamentar mostrava que a dinâmica do poder político havia se alterado em relação ao momento constituinte.

À época, Arouca se elegia deputado federal pela primeira vez, pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), ao lado de mais dois correligionários, marcando a última representação da legenda no Congresso Nacional. Nas décadas seguintes, a contribuição do partido para conservar viva a inteligência e a tradição do projeto sanitaria original se manteria decisiva em núcleos da academia e da gestão pública, sem, contudo, possuir uma base política que lhe fosse orgânica (GUIMARÃES; SANTOS, 2019, p.226),

Somado a isso, os autores levantam ainda a hipótese de três fatos políticos – que somados ao contexto de avanço de uma perspectiva neoliberal e de reformas administrativas “antiestado” – podem ter atuado como vetores de força desagregadora nas décadas em que seguiram a implementação do SUS. Fatos esses que envolvem a conformação e atuação dos partidos progressistas, como por exemplo: o PMDB,

desidratando seus segmentos da centro-esquerda e caminhando para a centro-direita; o Partido da Social Democracia Brasileiro (PSDB), caminhando do centro-esquerda para um ponto de vista programaticamente neoliberal; e o PT, desradicalizando o seu

¹⁶⁵ Ver Apêndice 3.

diálogo com o programa sanitário rumo a um crescente pragmatismo em suas gestões (GUIMARÃES; SANTOS, 2019, p.225).

Como observamos, é inegável que a escolha estratégica de coalisão e a ideia de suprapartidarismo, possibilitou avanços para a construção da política nacional de saúde no Brasil. A conquista de uma legislação que garante a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a partir da Constituição de 1988 como parte do sistema de Seguridade Social – mesmo diante de um contexto marcado por reformas e desmonte dos sistemas de bem-estar social no âmbito internacional – merece o seu devido reconhecimento, o que é destacado por autores que abordam a Reforma Sanitária (COHN, 2008; GUIMARAES; SANTOS, 2019). Além disso, segundo Cohn (2008) duas grandes frentes de mobilização do Movimento da saúde, destacam-se como fundamentais: uma de produção de conhecimento e a elaboração de diagnósticos sobre as iniquidades da saúde brasileira, numa perspectiva de instrumentalização da luta política; e uma segunda voltada para a mobilização de setores organizados da sociedade em prol da democratização das saúde, cujas lideranças tornaram-se posteriormente lideranças parlamentares militantes da área da saúde.

No entanto, embora saibamos que estavam no centro da agenda política dos anos 1970 e 1980 uma discussão mais ampliada dos temas “universais”, na leitura de Dantas (2017), o apagamento e silenciamentos de disputas e, conseqüentemente, das pluralidades, nos debates da saúde em virtude de manutenção de uma estratégia de coalisão e de frente ampla, prejudicaram a apreciação de projetos distintos para o setor saúde junto à sociedade, enfraquecendo a discussão do próprio sentido de Reforma Sanitária e sua radicalidade como projeto de transformação social. Da mesma forma, para o autor, a estratégia de ocupação dos espaços institucionais por parte do Movimento, pôs em segundo plano a construção sólida de uma unidade teórica e política, dificultando um debate profundo sobre as opções táticas e estratégicas. Questões como a ocupação ou não do aparelho de Estado, ou a manutenção ou não na luta setorial, aproximação ou não das lutas populares, entre outras problemáticas nunca assumiram um peso estrutural para a manutenção do próprio Movimento da saúde (DANTAS, 2017). Nessa perspectiva, seria possível compreender esta estratégia como um certo aliancismo de classes em nome da questão da saúde, que deveria estar acima das diferenças e tensionamentos evidenciados. Para o autor:

(...) de um modo ou de outro o que há é uma secundarização do jogo de forças entre as classes, que necessariamente está além dos indivíduos. Há também a questão da *unidade como valor estratégico*, mas não sabemos ainda a que custo (DANTAS, 2017, p.199).

Nesse estudo, no entanto, gostaríamos de acrescentar à discussão novos elementos para compreender os desdobramentos que o apagamento e silenciamento de propostas alternativas ao Movimento da Reforma Sanitária “oficial” acarretou. É por essa razão que no capítulo a seguir, além de apresentar um balanço dos entrecruzamentos até aqui apresentados, também nos propomos identificar as lacunas do nosso objeto de estudo e a olhá-las a partir da perspectiva dos processos de colonialidade engendrados no Estado e na sociedade brasileira, buscando compreender os processos de redemocratização e o papel dos movimentos sociais em países pertencentes ao Sul Global¹⁶⁶, como o Brasil (SANTOS; AVRITZER, 2003), e de que forma isto atravessa o campo de construção de políticas públicas (BALLESTRIN, 2013) como o da saúde.

¹⁶⁶ De acordo com Santos (2018) conceito de Sul global se refere a um Sul geopolítico, ou seja, um conjunto de países, de grupos sociais, de nações que têm estado sujeitos aos sistemas de opressão e de exclusão. Refere-se ainda ao conjunto de movimentos, de ações coletivas de populações, que luta contra as formas de opressão, exploração e discriminação.

8. RETOMANDO OS ENTRECruzAMENTOS DE HISTÓRIAS ENTRE MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E PCB

Ao longo deste estudo procuramos contribuir para a discussão sobre as bases de sustentação da política de saúde brasileira, trazendo à luz a questão da influência do PCB na formação de bases do Movimento da Reforma Sanitária brasileira e na condução e política e estratégica do processo de implementação do SUS. Ao analisarmos esse objeto como uma construção social, primeiro o reconhecemos, para em seguida, desnaturalizá-lo, colocando em suspenso os conceitos a ele atribuídos e identificando as formações discursivas que embasam as narrativas que o sustentam (BAPTISTA; BORGES; MATTA, 2015). Além disso, ao compreendê-lo como subproduto de uma matriz de eventos foi igualmente importante averiguar as condições de possibilidade que propiciaram a sua emergência (SPINK, 2010).

Encontramos assim uma construção narrativa em torno da participação dos partidos políticos no Movimento da Reforma alinhado ao discurso de suprapartidarismo e à ideia de “Partido Sanitário” que, quando dessacralizado, ou seja, colocado em suspenso, desvela a participação do PCB como ponto crucial para análise. Assim, do mergulho nas narrativas e nas distintas versões que compõem a realidade sobre essa influência, conseguimos identificar **pontos de contato ou entrecruzamentos de histórias** significativos entre Movimento da saúde e o “Partidão”.

O primeiro entrecruzamento é observado no momento de construção do próprio Movimento da Reforma Sanitária e na formação de suas bases de apoio. Três espaços foram elencados como pontos de partida: **as Escolas e Faculdades de Medicina, os Sindicatos da categoria Médica e o CEBES**. Evidenciamos que, na visão do “Partidão”, estes espaços seriam arenas estratégicas e possíveis para a discussão e o engendramento da luta contra a ditadura e reconquista da democracia. Ao mesmo tempo em que se levantavam questões pertinentes à renovação da formação médica, às péssimas condições de vida da população e à precarização dos serviços de saúde do sistema de saúde vigente, também iam se disseminando as ideias do partido através da atuação de seus militantes. Aqui, embora ainda em fase embrionária, é interessante perceber que este investimento do partido no campo da saúde se dá pela **via institucional**, uma escolha que também será marcante na condução estratégica da implementação do SUS.

Outra característica relevante do modo de operar do PCB observado no momento de formação de bases de apoio, refere-se à utilização da estratégia de **frente ampla**. Ou

seja, tanto nas Escolas e Faculdades médicas, através dos encontros estudantis; nos sindicatos de médicos, com a proposta de uma frente intersindical ampla; quanto na proposta de criação do CEBES, como um centro de estudos apartidário e plural; verificamos a pretensão de imprimir um caráter de **unicidade e centralidade** as ações. Uma justificativa para essa adoção deste traço, seria a tentativa de preservação da identidade do núcleo duro de militantes do partido. Característica presente não apenas no campo da saúde, mas em toda trajetória do “Partidão”, marcada pela opressão e violência contra seus agentes.

Além disso, foi também observado como um entrecruzamento a reprodução das disputas internas do PCB entre as vertentes prestistas e eurocomunistas na fase de construção de base de apoio do Movimento da saúde. No espaço dos sindicatos médicos ela é expressa pela disputa entre a condução via sindicatos profissionais (médicos) defendida pelos eurocomunistas *versus* sindicatos intersindicais, defendidos pelos prestistas. Já no CEBES, essa disputa é ilustrada pelo tensionamento entre membros da direção do “Partidão” prestistas com a defesa de uma intervenção mais centralizada, e voltada para os espaços de lutas tradicionais do campo da esquerda – tais como as instituições, sindicatos, associações – em detrimento de uma aposta da vertente de estratégia organizativa mais horizontalizada, que apoiada nas ideias de Gramsci, defendiam o processo de revolução permanente através da ampliação da **consciência sanitária, da socialização da política, da ideia de Estado ampliado e na criação de uma intelectualidade orgânica na saúde**. Como vimos ao longo dos capítulos deste estudo, esta última proposta que vai ganhando espaço e força, no desenvolvimento e crescimento do CEBES que, por sua vez, tornara-se um grande núcleo de articulação do Movimento da Reforma Sanitária a partir do processo de redemocratização.

Como condições de possibilidades para estes entrecruzamentos de histórias observados identificamos, portanto, a conjuntura político-institucional imposta pela ditadura civil-militar brasileira a partir de 1964, com a criação do sistema bipartidário no Legislativo e a imposição da **clandestinidade** aos partidos de esquerda e progressistas, impelindo-os a estabelecer interações alternativas junto aos movimentos sociais. No caso do Movimento da Reforma Sanitária brasileira a vinculação com PCB se deu de forma implícita, seja pela dupla inserção de militantes no “Partidão” e no campo da saúde, ou subsumida na ideia do suprapartidarismo. No plano de interação com partidos na legalidade, o Movimento da saúde buscou colaboração com o MDB, representante da “oposição consentida”, através de alguns militantes da saúde e do PCB na tentativa de

viabilizar negociações e incluir pautas da saúde na agenda política. Somente depois, com o período de reabertura democrática, realizou-se uma aproximação com os partidos progressistas recém-constituídos.

Uma vez conformadas os núcleos de base de apoio do Movimento da saúde e com o vislumbre da reconquista democrática, algumas estratégias de condução precisaram ser traçadas para a construção de uma política nacional de saúde alinhada às propostas da Reforma Sanitária. É nessa segunda fase, que um outro ponto de contato entre “Partidão” e Movimento da saúde é evidenciado e refere-se a **ideia de etapa**. O cumprimento de etapas preparatórias para o alcance da revolução burguesa e transição para o socialismo é um conceito fundamental das estratégias defendidas pelo PCB ao longo de sua trajetória, tanto na Estratégia Democrática Nacional (EDN), quanto na Popular (EDP) (DANTAS, 2017), como demonstrado em capítulo anterior deste estudo. No movimento da saúde esse pensamento se reflete pela priorização do fortalecimento da base democrática e no papel do Estado como reorganizador do setor saúde, em um alinhamento à ideia de **guerra de posição e socialização da política**, evidenciando mais uma vez a contribuição da **vertente dos eurocomunistas**, ou renovadores, do “Partidão”.

De forma mais específica, essa estratégia irá se configurar na aposta pela construção da política de saúde pela **via institucional**, por dentro do Estado com atores-chaves do Movimento da Reforma **ocupando os espaços burocráticos**. Essa adoção também se justifica pela inspiração no modelo de **Reforma Sanitária Italiana**, onde o PCI – que também se aproximou do Movimento da saúde brasileiro – foi um importante protagonista, articulando diferentes movimentos sociais que pressionavam o aparelho do Estado italiano, em um sentido “de cima pra baixo”. Além disso, nas narrativas analisadas foi desvelada ainda uma função importante desta estratégia no caso brasileiro: a possibilidade de proteger quadros no campo da saúde da perseguição política durante o regime militar.

Por fim, outro ponto de contato evidenciado na fase de condução estratégica para a construção do SUS, é o discurso de **suprapartidarismo** do Movimento da Reforma Sanitária, ilustrada pelo discurso de “Partido Sanitário”. Essa construção narrativa desvela mais uma vez a utilização de uma tática fundamental do PCB, **a frente ampla**, porém, agora muito mais voltada à manutenção da **unidade como valor estratégico** para a retomada da democracia. O pluralismo dos diferentes sujeitos coletivos era percebido, assim, como uma brecha que poderia implicar em corporativismo (COUTINHO, 1979). Da mesma forma, a necessidade de silenciar ou “costurar”, os tensionamentos existentes

no interior no Movimento da saúde representava o receio de esvaziamento desta unicidade e centralidade.

Nesse cenário, localizamos como condições de possibilidades para o estabelecimento dos pontos de contato aqui apresentados, primeiro o próprio processo de reabertura política-institucional **pactuada**, “lenta, segura e gradual”, imposta pelo regime autoritário, onde verificamos o emprego de uma série de entraves e manejos burocráticos do governo para atenuar e desmobilizar a participação popular e dos movimentos sociais, como demonstrado de forma mais detalhada no capítulo de contextualização da conformação da política brasileira a partir da década de 1960. Segundo, a priorização da **via institucional e da garantia da norma jurídica** considerada como parte de um certo padrão de ação política brasileiro (MARTINS, 1988). Ao longo da história brasileira, as pactuações “pelo alto” e sem um esforço progressivo de fortalecimento das bases de apoio social e de um ambiente político-institucional que lhe oferecesse suporte, não foram capazes de engendrar processos de mudança e transformações mais radicais na estrutura social brasileira. Pelo contrário, elas promoveram a manutenção de classes dominantes e das estruturas sociais distanciando-se da possibilidade de rupturas alinhadas aos movimentos sociais e populares (MARTINS, 1988).

8.1 IDENTIFICANDO LACUNAS E RESSIGNIFICANDO ESTRATÉGIAS

Ao investigarmos estes entrecruzamentos, todo tempo pontuamos que estas escolhas estratégicas e organizativas não se deram em percursos retilíneos e progressivos. Pelo contrário foram marcados por disputas internas, alianças, negociações e enfrentamento de contingências e por rupturas. Foi assim, que buscamos também compreender as **lacunas** e os possíveis apagamentos e silenciamentos que podem nos auxiliar no entendimento dos desafios e barreiras que se apresentam para o fortalecimento de uma base de sustentação política do projeto do SUS e os descaminhos que impedem a efetivação do direito à saúde ampliado ainda hoje.

Nesse sentido, além de considerar as condições de possibilidade de emergência do objeto de estudo, consideramos importante pelo menos sinalizar neste trabalho algumas contribuições que uma perspectiva analítica que considere a identificação dos processos de colonialidade pode oferecer ao campo de análise de políticas aos países do chamado Sul global, como já pontuado em nosso capítulo metodológico. Isso porque, durante nossa trajetória investigativa e com o desvelar dos achados, localizamos também

como expressões de colonialidade algumas características arraigadas na formação social brasileira, que se refletem no interior do seu Estado e que são reproduzidas das mais variadas práticas também na saúde, inclusive na escolha de estratégias políticas, na escolha de atores sociais aliados, na produção de conhecimento, de discursos e de narrativas.

Sendo parte constitutiva da modernidade, a colonialidade se reproduz por uma tripla dimensão que envolve as questões referentes a construção e manutenção de poder, de conhecimento e do ser (MIGNOLO, 2010). No campo da análise de políticas, os estudos decoloniais consideram em sua revisão, tudo aquilo que se apresenta como clássico como, por exemplo, **as teorias eurocentradas e a concepção de democracia universalistas** (BALLESTRIN, 2013). Nesse sentido, se apresenta, não como uma rejeição às práticas, experiências, conceitos e teorias até então produzidas fora do eixo Sul global, mas como um contraponto (BALLESTRIN, 2013) e como uma abertura à produção de conhecimento que problematize nuances que, na verdade, expressam padrões de reprodução de processos de colonialidade.

É interessante considerar nesse panorama que as

estruturas éticas, políticas, cognitivas e materiais que fundam nossas instituições brasileiras, apesar de marcarem corpos no nível local em realidades concretas, representam estruturas que emanam de longe, de outros territórios que o Brasil e que dão forma a uma rede de relações e instituições que se dispõem ao 'global' (GONÇALVES et al, 2019, p.162).

Isso significa conceber que mesmo as instituições e campos do saber que se apresentam de maneira interdisciplinar e plural, como é o caso da Saúde Coletiva, podem reproduzir e também produzir privilégios ou menos sensibilidade a determinados temas, uma vez que ela tem como base de sustentação a ciência e se ampara em práticas tecnicamente e politicamente ancoradas em processos de colonialidade, que se expressam na saúde em questões como racismo e sexismo, por exemplo (GONÇALVES et al., 2019).

Com relação a identificação das lacunas, um primeiro elemento apontado nas narrativas, seria a **ausência da participação dos movimentos populares e sociais**, em decorrência da priorização da estratégia de inclusão de atores do Movimento da saúde pela via institucional, tanto na fase de construção das bases de apoio quanto na de

condução para a construção do SUS. Em entrevista à Jacobina (2016) Flavio Goulart¹⁶⁷ assume um posicionamento bem enfático ao afirmar que a:

Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento de intelectuais sediados em universidades e instituições públicas, geralmente nos grandes centros do país, o qual mais tarde se tentou legitimar com um movimento social, de massas – o que ele nunca foi... (JACOBINA, 2015, p.107).

Como apresentado neste estudo, a estratégia de elencar as Escolas e Faculdades de Medicina, Sindicatos de Medicina e o CEBES como núcleos base do Movimento da saúde, foi uma estratégia deliberada e influenciada fortemente pelo “Partidão” pela concepção de que a categoria médica, assim como de engenheiros e outras áreas mais tradicionais de saber – e que compõem uma certa elite intelectual –, conformariam uma base de apoio mais potente. Da mesma forma, ao apostarem na criação de um centro de estudos, com o CEBES, no campo da saúde como base de apoio do partido priorizaram uma inserção via institucional e acadêmica. Essa iniciativa se reflete na evidência de que são bem raras as narrativas “oficiais” sobre a gênese do Movimento da Reforma Sanitária que fazem alguma menção à luta e participação das demais categorias profissionais de saúde, caracterizando, de fato, este processo como algo endógeno na Medicina. Corroborando com essa ideia, Álvaro Nascimento (em entrevista realizada em 2019), aponta que tentativas de interação com os movimentos sociais foram experimentadas, mas que o ponto fraco do Movimento da Reforma Sanitária brasileira foi justamente ter se tornado quase que exclusivamente dos sanitaristas, com poucas outras organizações da sociedade brasileira oriundas, como os movimentos sociais e a área da educação.

Por mais que tenhamos tentado, e a gente tem até que reconhecer isso e eu fiz parte de uma dessas tentativas aqui no *Radis*, nós não conseguimos entrar nem na área da educação como eu acho que deveríamos. E não falo só do ensino médico, não. Ensino de todas as categorias da saúde: Enfermagem, Medicina, Odontologia, Educação de base. O processo do movimento sanitário brasileiro ficou uma coisa muito dos sanitaristas (Álvaro entrevista realizada em 2019).

De acordo com o entrevistado, teria sido interessante que os currículos das diferentes categorias profissionais do campo da saúde pudessem, desde a sua base,

¹⁶⁷ Graduado em Medicina pela UFMG (1917), mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, concluídos em 1992 e 2002, respectivamente. Atuou como docente na UFMG, UNB. Atuou como Secretário Municipal de Saúde em Uberlândia por duas vezes (1983-1988 e 2003-2004), e assumiu cargos de direção no Ministério da Saúde, na década de 90. Consultor autônomo em órgãos públicos e organismos internacionais, tais como OPAS e Banco Mundial.

discutir o projeto da Reforma Sanitária e a questão do conceito ampliado à saúde, pensada como resultado das condições de vida da população, o que não ocorreu. Na sua percepção, devido aos currículos ofertados, muitos médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros profissionais se formam ainda hoje sem conhecer as propostas da Reforma Sanitária brasileira. Além disso, seria igualmente importante ampliar essa discussão para a educação de base.

Embora alinhada as condições de possibilidades daquele contexto, a escolha estratégica pelo campo da Medicina e pela academia revela, portanto, uma aposta muito tradicionalista¹⁶⁸, que avista no papel e no poder médico o principal agente de transformação do campo da saúde.

Com relação à participação dos movimentos populares, Eymard Vasconcellos (VASCONCELLOS, 2018) representante do Movimento Popular de Saúde (MOPS) é contundente ao afirmar que esse é a grande fragilidade do Movimento da Reforma Sanitária, embora essa não tenha sido uma tensão declarada ou impeditiva de momentos de atuação conjunta. No entanto, ao fazer um balanço das escolhas estratégicas o ator avalia que essa relação foi mais utilitarista pois, segundo ele: “Nós sabíamos que havia uma distância, mas acho que não percebíamos, à época, a relação como instrumental – isso é uma análise individual que faço hoje. A gente ficava insistindo nessa articulação” (VASCONCELLOS, 2018, p.15).

Em capítulo dedicado à trajetória do Movimento da Reforma Sanitária, vimos que as estratégias políticas adotadas eram percebidas pelos atores atuantes nos movimentos populares como algo fechado no interior dos grupos dos intelectuais – ou seja, grupo que passa a liderar a construção narrativa do Movimento da saúde. Além disso, vimos que a própria compreensão de movimentos sociais deste grupo mirava em um modelo europeu, o que, segundo Vasconcellos (2018), divergia da realidade dos movimentos populares brasileiros, que nesse período apresentavam-se fragmentados devido ao Estado de exceção imposto pelo regime militar, mas que nem por isso deixariam de ser muito potentes. Logo, apesar de identificar avanços, Vasconcellos (2018) considera que

O modelo que o SUS institucionalizou foi marcado por esse aprendizado dos profissionais que mergulharam nas periferias.

¹⁶⁸ Há estudos sobre o legislativo no Brasil que indicam que as principais formações que ocupavam as cadeiras legislativas desde a Monarquia eram: Direito, Medicina E Engenharia. Filhos de uma elite burguesa, que eram os que acessavam a faculdade. (NEIVA; IZUMI, 2012; COELHO, 1999).

Mas, hoje, esse entendimento de que o sistema de saúde pode redefinir as relações sociais, lutar pela justiça e enfrentar violências foi ficando minoritário (VASCONCELLOS, 2018, p.15).

Nessa mesma direção, Fátima Siliansky¹⁶⁹ (SILIANSKY, 2018), que entre as décadas de 1970 e 1980, militava no Movimento Revolucionário 8 de Outubro, o MR-8, aponta que por fora do Movimento da Reforma Sanitária, outras iniciativas no campo da saúde buscavam a luta por direitos no interior de movimentos populares, confirmando a declaração de Vasconcellos (2018) de que os movimentos sociais estavam atuantes e potentes naquele período.

Eu atuei em Acari num período em que havia uma reconstrução do movimento de favelas no Rio. Isso unificou a nossa intervenção nos movimentos de base, e a saúde, obviamente, era uma das questões que mais mobilizavam as pessoas. Já existia o movimento da Reforma Sanitária, muito influenciado pelas posições do PCB, das quais a gente discordava. Tínhamos críticas àquele entendimento majoritário que se limitava a uma luta por uma institucionalidade democrática porque entendíamos que a democracia é parte de uma sociedade de classes. Nós queríamos discutir o conteúdo da democracia (SILIANSKY, 2018, p.15).

Um outro exemplo importante trazido por Faustino (2017) refere-se à participação do Movimento Negro ainda muito pouco lembrado e praticamente não mencionado na literatura “clássica” da Reforma. Segundo Nérís (2019) o Movimento Negro Unificado (MNU) nasce no contexto da década de 1970 e já estava articulado quando começa-se a discutir a necessidade de escrever uma nova carta constitucional. Com lideranças como Lélia Gonzales¹⁷⁰, na saúde o MNU apresentava demandas como a necessidade de estatização do sistema de saúde. Já as primeiras experiências governamentais com foco na saúde da população negra surgem durante a década de 1980, através da incorporação de demandas do movimento em algumas prefeituras. Werneck (2016) aponta que foram muitas as reivindicações da população negra e de movimentos sociais, em especial o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro, por mais e melhor acesso ao sistema de saúde ao longo da história das mobilizações negras, incluindo a participação

¹⁶⁹ Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e integrante da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

¹⁷⁰ Intelectual, política, professora e antropóloga brasileira. Graduada em História e Filosofia, mestre em Comunicação e Doutora em Antropologia Social com pesquisa sobre gênero e etnia. Foi uma das principais articuladoras do MNU, atuou como uma destacada militante do movimento de mulheres, bem como da esquerda, inicialmente no Partido dos Trabalhadores/PT e, posteriormente, no Partido Democrático Trabalhista/PDT (BARRETO, 2007)

nos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do SUS. Contudo, segundo a autora:

é possível verificar que essa presença, apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo (WERNECK, 2016, p. 536).

A autora cita como exemplo que a vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde chega à agenda da gestão pública com mais força apenas em 1995 impulsionada pela realização da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares¹⁷¹.

Em análise sobre a política de atenção indígena, Pontes et al (2019) destaca que, embora a VIII Conferência e o momento da redemocratização do país tenha possibilitado o encontro de sujeitos com diferenças abissais em prol da luta pela democratização da saúde, para os povos indígenas a discussão de criação de um sistema de saúde sem uma discussão crítica sobre o modelo de atenção e organização ainda centrado na lógica biomédico e ocidental não era suficiente.

Para os povos indígenas, não bastava a inclusão no novo modelo de atenção nascente, mas também o exercício de uma crítica ao modelo biomédico ocidental e a defesa da necessária incorporação de suas especificidades culturais e territoriais. O modelo de descentralização municipalista, pauta fundamental da Reforma Sanitária, não lhes seria favorável. Como alternativa, foram sendo construídas experiências de implantação de distritos sanitários em territórios indígenas. A Reforma Sanitária para os indígenas, portanto, somente se materializou em 1999, com a promulgação da Lei nº 9.836, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080/90 e institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (PONTES et al, 2019, p. 147)

Da mesma forma, Lacaz (1994), em análise da década de 1990, sinalizava a percepção de um “divórcio” entre o caminhar do Movimento da Reforma Sanitária e o

¹⁷¹ A Marcha Zumbi dos Palmares foi realizada em 1995 em Brasília em alusão aos 300 anos da morte de Zumbi como um momento de articulação política ímpar do Movimento Negro. Os resultados desta ação continuam repercutindo na formulação de políticas públicas no Brasil. Cerca de 30 mil pessoas se reuniram em Brasília para denunciar a ausência de políticas públicas para a população negra. Fonte: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2005-11-13/primeira-marcha-zumbi-ha-10-anos-reuniu-30-mil-pessoas>

Movimento dos Trabalhadores pela saúde no trabalho que, embora, não significasse a negação do papel do movimento sindical, revelava a pouca ênfase temática dada a ela nos estudos e narrativas “clássicas”. No seu ponto de vista é muito improvável que os avanços no campo dos direitos sociais tenham sido obtidos sem a contribuição da classe trabalhadora, principalmente das entidades intersindicais e de sindicatos que passam a valorizar e associar a luta por um ambiente saudável com a luta por condições e ambientes de trabalho também salubres, por exemplo.

Essa reavaliação sobre a interação com os movimentos populares e sociais também se faz presente dentro do próprio Movimento da Reforma Sanitária. Ary Miranda, em entrevista realizada em 2019, por exemplo, concorda com as críticas que hoje apontam a baixa vinculação orgânica e permanente dos intelectuais da Saúde Coletiva com a sociedade. De acordo com o entrevistado, é verdade que o Movimento da saúde olhou muito para o Estado – que naquele contexto era compreendido também como um lugar de luta de classes. Quando perguntado sobre a pertinência dessa reavaliação o entrevistado responde que:

Procede. Tanto é que o meu movimento hoje é diferente. Hoje eu trabalho direto com o MST. Trabalho mais com os sindicatos urbanos. Também aqui na minha vida acadêmica eu trabalho. Mas a vinculação com os movimentos sociais organizados permanentes é muito importante. O movimento da Reforma Sanitária não tinha essa...essa articulação permanente política com os movimentos sociais. Tanto é que era uma coisa... O foco sobre o Estado era mais destacado. O que eu não acho errado. Reafirmo isso. O Estado é um palco de luta de classe também. Mas os movimentos sociais, a sociedade civil, defende os trabalhadores, eles são fundamentais (Ary Miranda em entrevista realizada em 2019).

Como demonstrado nas análises dos entrecruzamentos entre “Partidão” e Movimento da Reforma Sanitária, o incômodo referente à ausência de interação com os movimentos populares já se fazia presente como um tensionamento interno, mesmo sem ser enfatizado. Identificamos dois polos em uma linha tênue de tensão: uma aposta pela condução com maior interação com os movimentos sociais e populares e de uma atuação nos centros de saúde, representada muito pela figura de David Capistrano; e uma outra aposta pela ocupação do aparelho do Estado, entendendo-o como um campo privilegiado de luta de classes e de conquista de poder para o alcance das transformações sociais, representado pela figura de Sérgio Arouca. A tática de aparelhamento e ocupação dos espaços passa a ser reproduzida nos discursos como a escolha prioritária, ganhando mais

notoriedade, enquanto a outra proposta vai sendo enfraquecida ou pouco vocalizada nas narrativas. Logo, a partir do que é apresentado nos discursos que reavaliam o processo, nos parece mais condizente apontar, para um processo de apagamento ou enfraquecimento das narrativas que revelavam a potência dos movimentos populares e sociais para a discussão da saúde, que eram oriundos ou atuavam em espaços que “fugiam” da tática priorizada pelo Movimento da Reforma Sanitária e, conseqüentemente, do modo de operar do PCB.

Vale lembrar, que alguns discursos apresentados neste estudo, como o de Escorel (1999) atribuem ao Movimento da Reforma Sanitária a tarefa de ser o “porta voz dos subalternizados” e dos movimentos sociais que estariam silenciados e desorganizados. Mas sabemos que eles estavam no campo de disputas, tinham proposições, agendas e lutavam por suas pautas, como pudemos observar em narrativas do nosso percurso investigativo. A postura de “representante dos subalternizados”, que alude à uma certa ideia de tutela, não significou a inclusão e participação desses atores no campo deliberativo e nos espaços institucionais e nem significou a incorporação expressiva da diversidade de saberes, conhecimento e visão de mundo, que compõe o “caleidoscópio” que é a sociedade brasileira.

Uma contribuição para essa discussão é trazida por Valla (1996) que já apontava como uma barreira para o campo da Saúde Coletiva a postura de não reconhecimento da capacidade de produção de conhecimento, de organização, sistematização e interpretação dos pensamentos sobre sociedade pelas classes subalternizadas. Ainda segundo o autor, é inerente ao nosso campo o enfoque da ideia de “iniciativa” como parte da nossa tradição e como aspecto falho da população, vista como passiva e apática. Valla (1996) se refere à relação profissional de saúde e população, mas, ao nosso ver, essa postura também atravessa os processos de produção e implementação de políticas, corroborando com a crítica de que a “crise de interpretação” pode também ser nossa no que se refere à este ponto.

É necessário que o esforço de compreender as condições e experiências de vida como também a ação política da população seja acompanhado por uma maior clareza das suas representações e visões de mundo. Se não, corremos o risco de procurar (e não achar) uma suposta identidade, consciência de classe e organização que, na realidade, é uma fantasia nossa (MARTINS, 1989 APUD VALLA, 1996).

Nessa direção, a outra lacuna apontada emerge como decorrente da priorização pela via de condução estratégica pelo aparelho institucional e é referida nas narrativas como o **encapsulamento da discussão da Reforma no campo da saúde**. Para Ary Miranda (em entrevista realizada em 2019) o processo de ocupação dos atores do Movimento da saúde no Estado, mais do que uma estratégia era uma concepção, uma aposta na luta de classe dentro do Estado.

Eu não diria que era possível, eu acho que foi mais uma concepção mesmo. Nós tínhamos que ter feito um movimento de aproximação na sistemática com os movimentos sociais. Claro, tudo isso gera tempo, você está dando aula, você está trabalhando, entendeu? É uma loucura. Criou o CEBES, depois criou o ABRASCO, em 1979. Tudo isso foi parte do processo do universo da Saúde Coletiva. E essa coisa de disputar o espaço dentro do Estado fazia parte. (...) Essa é uma dinâmica. Eu acho que as coisas não são contraditórias. Eu acho que a luta dentro do Estado, a luta de classe dentro do Estado é válida. E o Estado é um palco de luta de classe, por definição (Depoimento de Ary Miranda em entrevista realizada em 2019).

Contudo, Campos (1988) no final da década de 1980 já sinalizava que, o processo de tomada do Estado e de ocupação dos espaços intraburocráticos, enfatizando o reordenamento dos serviços de saúde sem o investimento na construção de um conceito ampliado de saúde e de forças contra hegemônicas, configuraria a implementação de uma reforma de cunho restrito.

No discurso de Hésio Cordeiro podemos encontrar evidências da concepção restrita do movimento da reforma. Na mesma ocasião, este professor afirmava que a “*Reforma Sanitária é irreversível*”. Ora, tal conclusão só é possível para aqueles que, vendo a reforma como um conjunto de procedimentos funcionais para a modernização e reprodução ampliada do atual modelo assistencial, a imaginam estruturalmente determinada. Nenhum analista, considerando a história brasileira recente, poderia afirmar a irreversibilidade de um processo de mudanças que a maioria da sociedade civil sequer percebeu, baseado apenas no apoio político-institucional. (...) Mais do que polemizar com o mecanismo inerente a essa linha analítica, interessa-nos apontar o caráter restrito do que está sendo denominado de Reforma Sanitária, que nada tem a ver com a ideia de tomar a reforma na saúde como parte da construção de uma contra-hegemonia fundada nos trabalhadores. Neste artigo, estaremos denominando esta concepção restrita de Reforma Sanitária oficial (CAMPOS, 1988, p.187)

Álvaro (em entrevista realizada em 2019), por sua vez, entende que o esforço no sentido de garantir o direito à saúde pela legislação e as conquistas angariadas com a estratégia de aparelhamento do Estado foi necessária. Mas reconhece que um vazio ocasionado pela estratégia elencada pelo Movimento da saúde, é retratado pela ausência da participação da sociedade civil e também dos próprios partidos políticos de forma mais expressiva.

Eu acho o seguinte: o esforço que foi feito e que foi conseguido precisava ser feito. Por exemplo, eu não estaria falando nada disso aqui se não tivesse a Constituição. Então tinha que ser feito. Tinha que ter leis. Nós somos gerenciados por leis. Todos os países. Então, tinha que se garantir isso na Constituinte, nas estaduais, nas municipais. As porcentagens por assegurar o fluxo financeiro capaz de assegurar a universalidade. Etc., etc. O nosso erro, o nosso vazio e eu acho que isso explica-se por vários motivos é a sociedade não entrou na briga. Ela nem sabe que existe (Álvaro Nascimento em entrevista realizada em 2019).

Para o entrevistado essa ausência pode ser justificada por diversas razões, incluindo as históricas e as condições de possibilidades daquele contexto – conforme salientamos nesse capítulo e ao longo de nosso estudo. No entanto, há um reconhecimento e um balanço de que os esforços empreendidos pelo Movimento da saúde tenham sido insuficientes para que a sociedade realmente incorporasse e apreendesse a saúde como um direito e como um valor.

O esforço que foi feito foi um esforço insuficiente para que a sociedade incorporasse e se conscientizasse daquilo como um valor. Então, não se transformou num valor e quando não se transforma num valor social é muito fácil retirar. Então a ocupação de postos era uma estratégia? Sim. É correta porque, veja bem, nós vivemos num país aonde nós não passamos por rupturas. Nós passamos por processos. São infundáveis. Então assim, Getúlio [Vargas] rompeu? Não. Juscelino [Kubitschek] rompeu? Não. Jango rompeu? Não. Lula rompeu? Não. Dilma [Rouseff] rompeu? Ninguém rompe. É sempre um processo. E se é um processo a ocupação de espaços e a garantia de direitos na lei faz parte do jogo (Álvaro Nascimento em entrevista realizada em 2019).

Também em uma reavaliação mais recente das estratégias experienciadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, Sônia Fleury (em entrevista realizada em 2017) escreve que, na sua percepção a luta do Movimento da Reforma Sanitária, sobretudo a partir da construção de um campo de saber que foi a Saúde Coletiva, contribuiu

fortemente para a valorização das dimensões como a determinação estrutural, a correlação de forças, e a inclusão da política no campo da saúde, mas que hoje enxerga que outros componentes são necessários para a construção da cidadania, componentes estes para além das questões que envolvem os processos de institucionalização.

O histórico é forte, a política é forte, os atores, as correlações de forças, mas eu acho que tem questões, hoje, que voltam para a Psicologia Social [risos], que é para onde tenho retornado... essa ideia que não se constrói cidadania nem por decreto, nem por lei, mas se constrói com os sujeitos. Cada vez mais tenho voltado para essa questão da subjetivação, da violência institucional...minhas produções recentes têm sido muito mais ligadas a essa ideia e menos a institucionalização (Depoimento de Sônia Fleury em entrevista realizada em 2017).

Emerson Merhy (em entrevista realizada em 2019) aponta, que na sua percepção, aqueles projetos apostaram na construção da democracia pela captura do Estado não foram bem sucedidos e expuseram ainda mais as fissuras existentes no interior do campo da esquerda. Quando perguntado sobre os desafios e uma breve avaliação das estratégias elencadas como prioritária pela Reforma Sanitária, o entrevistado responde que:

O que eu acho que deu errado foi o projeto do PCB. E todos os projetos que apostaram que a construção da democracia brasileira passaria pela captura da máquina estatal, todos fracassaram. Aqueles que apostaram na construção de movimentos sociais, de coletivos, de poderes locais, você não vai dizer que isso está morto. É só assistir a 16º Conferência. O que aconteceu na 16º Conferência? Não sei se você sabe, mas é a primeira Conferência que o governo tira o logo dele. Ou seja, eles fizeram tudo pra não acontecer. Tinham 5.5000 pessoas. De onde é que veio isso? Veio do SUS construídos dos poderes locais. Então você vai dizer que o SUS não teve histórias de êxito? Só pra quem teve um tipo de aposta. (...) Relação democracia e saúde no Brasil não passa pra ganhar o Estado pra você gerir, passa por construir poderes locais. Coletivos resistentes. Experiências diferenciadas. (Depoimento de Emerson Merhy em entrevista realizada em 2019).

Além das condições de possibilidades observadas como parte da compreensão da emergência do processo de escolha estratégica de investida na ocupação dos espaços burocráticos – um processo de redemocratização “pelo alto” realizado de forma pactuada, o reconhecimento de um padrão de ação política brasileiro de ênfase na garantia da norma jurídica e a unidade como valor estratégico como objetivo para o alcance da democracia – autores como Santos e Avritzer (2003) podem nos ajudar ao trazer novos elementos que incluem no campo de análise de políticas aspectos inerentes a processos de colonialidade,

expressos nas conduções estratégicas e na conformação de arranjos e atores sociais, tais como os movimentos sociais, em países do Sul global.

Santos e Avritzer (2003), de certa forma convergem com as narrativas que fazem um balanço e uma ressignificação no contexto atual das estratégias da Reforma Sanitária de outrora, na medida que pontuam que a valorização dos procedimentos e instituições formais da democracia não deve se apoiar apenas em hábitos estabelecidos e normas reconhecidas. Para os autores, em processos de redemocratização, mais do que a restauração de normas regulativas é necessário criar normas constitutivas da atividade política, o que exigiria a elaboração de uma nova gramática social (LECHNER, 1988 apud SANTOS; AVRITZER, 2003). Em concepções que pretendem ofertar alternativas não hegemônicas, a democracia é reconhecida como uma nova gramática histórica. Ou seja, não se trata de pensar determinações estruturais para a constituição dessa nova gramática, mas sim de perceber que a democracia é uma forma sócio-histórica e que tais formas não são determinadas por quaisquer tipos de leis naturais. Nesse sentido, a democracia sempre implica ruptura com tradições estabelecidas, e, portanto, a tentativa de instituição de novas determinações, novas normas e novas leis (SANTOS; AVRITZER, 2003).

Geralmente, estes processos implicam na inclusão de temáticas até então ignoradas pelo sistema político vigente, a redefinição de identidade e vínculos e o aumento da participação, sobretudo em nível local. No entanto, Santos e Avritzer (2003) identificam de forma conjunta a esse processo, a emergência de uma limitação da participação cidadã, tanto individual quanto coletiva, com o objetivo de não “sobrecarregar” o regime democrático com demandas sociais oriundas da inclusão política de grupos sociais anteriormente excluídos e pelas demandas “excessivas” que faziam à democracia. O que entendemos por uma intensificação democrática, portanto, foi reconhecida em processos de redemocratização dos países do Sul pelas concepções democráticas hegemônicas como excesso de demandas.

O receio de “sobrecarga democrática” presidiu as transformações que, a partir da década de 1980, se deram na teoria e na prática democráticas hegemônicas nos países centrais, depois exportadas para semiperiferia e periferia do sistema mundial (SANTOS; AVRITZER, 2003, p.59).

No caso brasileiro e especificamente no campo da saúde, a estratégia que apostou na unidade como valor estratégico para a renovação democrática brasileira, implicava na

crecente socialização política, na incorporação permanente e “anti-prussiana” de novos sujeitos coletivos e individuais respeitando a sua autonomia e diversidade em uma “unidade na diversidade”. No entanto, e ao mesmo tempo, era possível reconhecer uma crítica ao pluralismo ancorado em um receio de que, sem uma mediação por organismos representativos de âmbito nacional, a estratégia sucumbiria ao corporativismo. A construção narrativa em torno do termo “Partido Sanitário” e de uma frente suprapartidária foi, portanto, uma tentativa de garantir a imagem de centralidade e unicidade do Movimento para o alcance do objetivo de final: a democratização da saúde.

Porém, as lacunas supracitadas demonstram que a tática em si, não capturou e incluiu como prioridades nuances e clivagens importantes presentes na conformação da sociedade brasileira. Como é possível propor políticas que visem a democratização da saúde, sem considerar o racismo e o sexismo como estruturantes na nossa conformação social, por exemplo? Segundo Souza (2017), a escravidão foi a instituição que moldou a forma de organização social brasileira e ainda hoje permanece viva nos afetos e na mentalidade da população, notadamente da classe dominante e de frações das classes médias. Ao distinguir civilizados e “não civilizados”, a escravidão relegou a população negra e indígena a seguir o padrão de civilidade hegemônico, ou seja, o modelo branco e europeu como o universal. Para o autor, essa conformação social, forjada pelo racismo e pelo sexismo influenciaria até hoje os discursos e a concepção de políticas públicas que valorizam e incorporam um paradigma eurocêntrico (SOUZA, 2017).

Para Santos e Avritzer (2003) a inserção de novos atores na cena política na década de 1980 no Brasil, instaurou uma disputa pelo significado da democracia, recolocando na agenda da discussão questões referentes a procedimento e participação, exigindo a criação de uma nova gramática social e uma nova interação entre Estado e sociedade, capaz de mudar as relações de gênero, de raça, de etnia e o privatismo na apropriação dos recursos públicos. É justamente nesse momento, que os movimentos sociais poderiam desempenhar um importante papel, ao conseguirem a institucionalização não só das agendas e pautas – como vimos nas definições sobre o papel dos movimentos sociais mais clássicos ao longo deste trabalho – mas também a institucionalização da diversidade cultural existente. A cultura, portanto, é compreendida como uma dimensão constituinte de todas as instituições, sejam elas econômicas, sociais e políticas, (WILLIAMS, 1981 apud SANTOS; AVRITZER, 2003) e a política envolveria uma disputa sobre um conjunto de significações culturais e de resignificação de práticas. Numa perspectiva de ampliação do campo político, portanto, os movimentos

sociais devem ser inseridos na disputa pela transformação de práticas dominantes, pelo aumento da cidadania e da inserção de atores sociais excluídos, buscando uma ressignificação das práticas democráticas e a transformação da gramática social (SANTOS; AVRITZER, 2003).

Antônio Bispo dos Santos (2015) traz ainda uma leitura interessante ao propor uma reflexão sobre a díade hierarquia/circularidade para a leitura do mundo, onde pontua as leituras hierárquicas como excludentes e as circulares como inclusivas de outras relações sociais, produção de conhecimento e de expressões culturais. Para o autor, a substituição do plural pela unidade pode se expressar como o cerne dos processos de várias formas de colonização, como, por exemplo, na guerra de denominações onde os povos nativos tornam-se índios, os povos africanos nominados negros e escravos, quando, na verdade, constituem-se povos múltiplos. Segundo Souza (2015), Foucault ao tratar de processos de hierarquização no âmbito das disciplinas como estratégia de dominação que produziu docilização de corpos e de almas para torná-los úteis para o sistema de acumulação de capitais teria trazido um primeiro alicerce à esse pensamento, sem, no entanto, acrescentar a questão racial e cultural, como faz agora Santos (2015).

A inserção dos movimentos sociais e a pluralidade, nos remete à questão da participação que, para Santos e Avritzer (2003), tornou-se também um ponto central nos processos de democratização em países do Sul global, exigindo a criação de inovações que permitissem a ampliação da participação desses atores sociais nos processos de tomada de decisão. Nesse sentido, mais do que adequações burocráticas seria necessário a construção de estruturas capazes de transferir práticas e informações do nível social para o nível administrativo uma vez que na relação entre representação e diversidade cultural e social os grupos mais vulnerabilizados, os setores sociais menos favorecidos e as etnias minoritárias não conseguem que os seus interesses sejam representados no sistema político com a mesma facilidade dos setores majoritários ou economicamente mais prósperos (SANTOS; AVRITZER, 2003).

Para os autores a combinação entre democracia participativa e democracia representativa pode se dar de duas maneiras possíveis: pela coexistência e complementaridade. A primeira implica uma convivência, em diversos níveis, das diferentes formas de procedimentalismo, organização administrativa e variação de desenho institucional. Já a complementariedade implica em uma articulação mais profunda entre democracia representativa e democracia participativa, e pressupõe o reconhecimento pelo governo de que o procedimento participativo, as formas públicas de

monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública partem de processos de representação e deliberação diferentes daqueles que seguem o modelo hegemônico de democracia. Segundo Santos e Avritzer (2003), atores que colocaram em questão uma identidade que lhes fora atribuída externamente por um Estado colonial ou por um Estado autoritário e discriminador, tiveram mais êxito em implantar experiências de democracia participativa.

Existe um processo de pluralização cultural e de reconhecimento de novas identidades que tem como consequências profundas redefinições da prática democrática, que por sua vez estão além do processo de agregação próprio à democracia representativa (SANTOS; AVRITZER, 2003, p.75).

Por fim, Santos (2015) aponta que as tentativas de confluência e convergência presente no processo de redemocratização e na Constituição Federal brasileira, e aqui estendemos às experiências vivenciadas pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira no período, podem avançar desde que haja um esforço real para a inclusão de uma participação plena dos atores em cena, considerando as mais variadas concepções e visões de mundo. Para Antônio Bispo dos Santos:

(...) existem muitas possibilidades de convivência entre os diversos povos, que as tentativas de confluência presentes na Constituição Federal podem sim avançar, desde que haja por parte dos colonizadores um real esforço para que isso ocorra. Para tanto será preciso, antes de qualquer coisa, superar o caráter autoritário do atual Estado Democrático de Direito, por meio da participação plena de todos os envolvidos nos processos de transformação da natureza e das condições de vida da população, para que toda e qualquer proposta de mudança seja sempre exaustivamente debatida, respeitando-se as mais diversas formas de linguagem e comunicação (SANTOS, 2015, p. 97)

Com a apresentação das lacunas identificadas a partir dos pontos de contato Movimento da Reforma Sanitária brasileira e PCB, buscamos realizar um balanço das estratégias, evidenciando possíveis apagamentos e silenciamentos que nos ajudassem a compreender os desafios ainda hoje enfrentados para a universalização do direito à saúde. Da mesma forma, buscamos contribuir para a discussão de análise de políticas acrescentando elementos que se expressam como marcas de processos de colonialidade no Brasil. Assumimos, neste trabalho, que essas são ainda pequenas contribuições e indicações que emergiram ao longo de nosso percurso investigativo e que aqui foram

descritos com o intuito muito mais de levantar questionamentos e perguntas para futuros estudos.

9. OUTROS OLHARES, OUTROS UNIVERSOS E OUTRAS UNIVERSALIDADES - CONSIDERAÇÕES FINAIS E INICIAIS

*É uma outra beleza
Feita de talho e de corte
E a dor que agora traz
Aponta de ponta o norte*

Canto latino
(Milton Nascimento / Ruy Guerra, 1970)

O nosso trabalho de pesquisa começou a ser desenvolvido em 2016 em um cenário de crise política e na linha de largada de um processo de intensificação de uma crise social onde valores e princípios que nortearam o SUS desde a sua concepção – como a universalidade e equidade – estavam sendo colocados em xeque. Agora este trabalho se conclui, diante de um panorama inédito para o SUS (e pra nós) já que estamos atravessando uma das maiores crises sanitárias dos últimos cem anos no mundo, sendo o Brasil uma das lideranças em número de mortes e de contaminados pelo novo coronavírus. Estamos em um barco no meio de um oceano, isolados e sem bússola, mas ainda buscando direções, saídas, inventando e reinventando um cais. Quais serão os ventos que nos soprarão a direção? Que correntes marítimas devemos seguir? Quem remarará junto conosco?

Nesse cenário, ou nesse oceano, vemos um SUS que resiste, que re (existe) e que, por isso, se revela essencial, sobretudo, pelo comprometimento dos seus profissionais e por ser ele a garantir atendimento aos maiores acometidos dessa pandemia: a população subalternizada majoritariamente pobre, preta, quilombola, indígena, LGBTQI+ e periférica dos quatro cantos deste país.¹⁷²

Porém, esse momento também tem sido capaz de desvelar e salientar as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e os seus determinantes sociais, que para além da questão de classe social, também inclui questões de raça e gênero. Dentre a população pobre afetada pela Covid-19, a população negra é ainda mais afetada nas periferias deste país ao mesmo tempo que também a mais afetada pela violência do Estado. Da mesma forma, o avanço da doença em territórios de populações tradicionais e originárias sem respostas mais efetivas de proteção e preservação dessas comunidades

¹⁷² Como demonstrado na introdução deste estudo.

por parte do Estado, representam uma ilustração concreta do conceito de necropolítica de Mbembe (2016), que nos faz questionar: afinal, que direito à saúde conquistamos? Que universalidade garantimos?

Quando não conseguimos garantir o direito a certos corpos, que se tornam invizibilizados nas práticas sociais e nos discursos que os constituem, é sinal de que precisamos retomar a direção do barco, ajustar as velas e redefinir algumas rotas. Quando observamos que certas populações e sujeitos, são acometidos de maneira mais expressiva seja pela desigualdade econômica, pelas péssimas condições de vida, pela maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e iniquidades de saúde, precisamos realizar um balanço, rever as estratégias até então traçadas, pensar em outras possibilidades e sentidos de Reformas Sanitárias que contemplem elementos que até então não foram ou não puderam ser visualizados, evocados e enunciados.

Foi com este intuito, portanto, que neste estudo nos debruçamos no passado, mais precisamente no momento de gênese do Movimento da Reforma Sanitária brasileira para compreender melhor a construção de suas bases de sustentação e a condução estratégica e organizativa elencada como prioritária para a implementação de nossa Política Nacional de Saúde. Através da identificação das diferentes formações discursivas e das estratégias políticas em disputa, analisamos não apenas as interações sociais historicamente situadas, mas também os caminhos que levaram ao estabelecimento de fatos que se apresentam agora em nosso presente. Nos lançamos, assim, nessa travessia, abertos à possibilidade de reconhecer nosso objeto de estudo sob novas lentes e perspectivas, dessacralizando alguns conceitos, buscando na releitura do passado a compreensão do tempo presente e a possibilidade de criação de novos futuros e cenários.

A identificação de uma lacuna referente à constituição de bases de apoio social e político do Movimento da saúde, e de maneira mais específica dos partidos políticos, nos possibilitou visualizar a existência de uma construção narrativa “oficial” em torno do discurso do suprapartidarismo e da ideia de “Partido Sanitário” que, com o intuito de fortalecer uma frente ampla de resistência e de luta pela democracia, acabou não explicitando os seus atores, seus respectivos papéis, as diferentes propostas para o debate, bem como as seus aliados para a composição de uma base de sustentação fortalecida.

Da mesma forma, ao evidenciarmos a influência do PCB no campo da saúde, como o partido político que mesmo na clandestinidade reuniu forças do campo progressista e da esquerda para o enfrentamento da ditadura militar, verificamos que essa participação se estabeleceu de forma implícita, ou seja, de forma não institucionalizada,

sobretudo pela disseminação de suas ideias e de estratégias políticas intrínsecas em seu modo de operar e fazer política. A ideia de manutenção da unidade como valor estratégico e frente ampla, presente tanto no processo de construção de bases de apoio do Movimento da Reforma Sanitária quanto na condução de estratégias para a implementação do SUS, foi importante para garantia de uma unicidade frente ao cenário de redemocratização. Porém, exigiu uma série de costuras e silenciamentos de tensionamentos no interior do Movimento da saúde que acabou aglutinando e subsumindo clivagens fundamentais a serem discutidas, desveladas e consideradas em processos de elaboração de políticas sociais em sociedades complexas como a do caso brasileiro. Também a via institucional como ponto de contato evidenciado em nossa análise, reflete a reprodução de um modo de fazer política do PCB através da priorização de uma estratégia ocupação dos espaços intraburocráticos e pelo entendimento do Estado como principal reorganizador dos serviços e políticas de saúde. Contudo, a releitura desse cenário hoje nos permite verificar que essa tática acabou desprestigiando outros espaços potentes de fortalecimento e de desenvolvimento da política de saúde e distanciando o Movimento da saúde dos movimentos populares.

Vimos também que entrecruzamento de histórias entre o Movimento da Reforma Sanitária brasileiro e o PCB, desvelaram pontos de contato cruciais que permitiram estabelecer e estruturar o SUS que hoje temos e que nesse momento mais do que nunca se revela como essencial. A construção de bases de apoio do Movimento da Reforma nos centros acadêmicos e centros de estudos, permitiu a construção de um saber teórico, a Saúde Coletiva, que imprimiu um tom crítico ao modelo biomédico e inclui a questão dos determinantes sociais da saúde como eixo norteador das suas propostas. Na mesma direção, a garantia do direito à saúde na norma jurídica e os processos de institucionalização da política nacional de saúde são também considerados avanços sem precedentes, como fruto de uma luta travada ao longo de anos – sob repressão e contrariedades – por atores e militantes do SUS.

No entanto, a Saúde Coletiva enquanto campo de saber é atravessada por uma gama de relações de poder. Em países do Sul global, como o Brasil, a “matriz de poder colonial” envolve múltiplas dimensões que vão desde a econômica, de gênero, raça e operam nas organizações políticas, estruturas de conhecimento e instituições estatais (QUIJANO, 2000). Epistemologicamente estruturada pela biomedicina, a Saúde Coletiva produz e reproduz um certo modo de conhecimento sobre a saúde, pautado na ciência moderna e eurocêntrica. Da mesma forma, a criação do Movimento da Reforma Sanitária

a partir de uma premissa estratégica de lideranças partidárias do campo da esquerda brasileira, que enxergaram na via institucional/acadêmica e na liderança de médicos pertencentes à uma elite intelectual, imprimem no caráter da Reforma um sentido de direito à saúde distante de uma perspectiva de saberes e corpos colonizados racializados (ASSIS, 2019). Assim saberes subalternos foram sendo desprivilegiados, suprimidos, silenciados, “ou deixados para um outro momento mais apropriado”.

Ficamos reféns quase sempre de histórias tecidas com o novelo de cima para baixo, até mesmo quando se tenta atentar para a importância dos movimentos sociais no advento e consolidação do sanitarismo. Ademais, amiúde, o recorte de classe da esquerda mais tradicional deixou de fora das análises outras formas de opressão pelas quais passava, e passa, o povo brasileiro (SOUZA, 2019, p.208).

Contudo, o cenário atual nos convida a observar e aprender com outras formas de produção de conhecimento que aí estão e que sempre estiveram. Saberes produzidos por populações subalternizadas e que diante da escassez de oferta – dessa vez como projeto político declarado – e de dificuldades de acesso à serviços essenciais pelo Estado, realizam movimentos potentes de colaboração e de organização espontânea que geram resistência e verdadeiros aquilombamentos¹⁷³.

Em Paraisópolis, na maior favela da periferia de São Paulo onde vivem cerca de 100 mil habitantes, a ação coordenada de atendimento à população durante a pandemia da Covid-19¹⁷⁴ contou com a contratação de ambulâncias, a nomeação de “presidentes de rua”, treinamento de 240 moradores para estabelecerem novas equipes de saúde e socorro, além de uma organização territorial em 60 bases divididas para cada microrregião da comunidade. Embora essa descrição em muito nos lembre as cartilhas de planejamento da gestão do SUS, na verdade as ações partiram de iniciativas dos moradores e do comércio da região, que a partir do histórico de carência de suporte do Estado no território e diante da demora em obter respostas do governo para o enfrentamento do avanço do

¹⁷³ “Os desafios e as dificuldades não acabam com o fim da escravização, mas ganham novos contornos. A luta passa a ser pela sobrevivência, pelas tentativas de integração social, econômica e cultural, pelo direito de existir. Questões que estão colocadas até hoje pelo povo negro em nosso país” (JOSELICIO JUNIOR, 2019).

¹⁷⁴ DI BELLA, G. Em Paraisópolis, presidentas de rua cuidam do lar, dos filhos e dos vizinhos. 2 de Setembro de 2020. National Geographic Brasil. Disponível em : <https://www.nationalgeographicbrasil.com/cultura/2020/08/paraisopolis-presidentas-de-rua-coronavirus-pandemia>

vírus, recorreram à formas de organização, de produção de conhecimento e saberes ali disponíveis e ao sentimento de solidariedade e cooperação da coletividade. Sem sombra de dúvida, iniciativas como estão sendo desenvolvidas cotidianamente nos territórios das populações subalternizadas, muito provavelmente invisibilizadas, passando despercebidas e sem serem incorporadas nos espaços decisórios de construção da política, não só da saúde, mas de toda a sociedade política. O que ainda falta para aprendermos com eles? O que falta para incorporamos essas experiências como aprendizado para as nossas ações do campo da saúde?

Mesmo que ainda não tenhamos respostas completas a pista que por ora seguimos corrobora com a ideia de que a identificação de formas de resistência como essas reinvestem de significado e transformam as formas dominantes de conhecimento. É nesse sentido, que nos desafiamos a refletir sobre as mudanças e transformações sociais através de uma perspectiva mais abrangente e não redutora que coloque no centro do processo de conhecimento a diferença colonial (MIGNOLO, 2000) engendrada nos mais diversos espaços.

Nessa mesma perspectiva, Grosfoguel (2008) aponta como tarefa importante que os projetos de esquerda também se confrontem com as colonialidades eurocêntricas presentes em seus projetos, uma vez que a democracia não poderá ser concretizada na sua totalidade enquanto tais dinâmicas mantiverem grande parte da população sob um estatuto de subcidadania. Nesse mesmo sentido, a abertura para novas concepções de democracia que garantam direitos universais, tais como a saúde, mas que considerem a diversidade e a convivência entre os diferentes sujeitos e comunidades, merecem ser apontadas e trazidas para o campo de discussão.

Grosfoguel (2008) sugere com isso, não uma defesa do que ele chama de “política de identidade”, mas a utilização das identidades subalternas servindo de ponto de partida epistémico para uma crítica radical dos paradigmas e modos de pensar eurocêntricos. Emicida, rapper e artista brasileiro, ilustra tão claramente esse dilema em sua fala em entrevista recente que trazemos o trecho aqui:

Existe algum lugar no imaginário dessa pessoa [*se referindo à um intelectual do campo progressista*], que alguém com as minhas características é um extremo ignorante, uma pessoa que é movida por cegueira, paixão. Que é condicionado pelas vontades dos outros e isso é um ponto cego que não é novo no pensamento de esquerda. Outros intelectuais, que são ligados à essas instituições, inclusive, (...) outros intelectuais ligados aos movimentos de esquerda, produziram essa provocação internamente. E isso

precisa tá na bússola deles pra produzir de fato a transformação que eles querem. Se não, a vitória deles vai representar a manutenção dessa democracia assassina (...). Essa provocação é legítima, ela é urgente (Emicida no programa Roda Viva da TV Cultura, 2020).

Nessa perspectiva concluímos esse estudo muito mais com questionamentos do que com respostas. Entendemos que se trata de um tema denso, que sugere novos desdobramentos, mais entrevistados e aprofundamento de análises, sendo essas algumas das limitações identificadas do presente estudo. No entanto, nos parece mais nítido no horizonte que para a construção de um sentido de Reforma Sanitária mais plural e para o alcance de uma universalidade que radicalize a democratização da saúde e da participação dos sujeitos e coletivos, novos elementos devem ser considerados e incluídos. Significa reafirmar o conceito ampliado de saúde, mirando não apenas as desigualdades estruturais de renda, mas também a violência cotidiana como consequência de uma estrutura social racista e machista. Requer também que alianças mais vastas sejam estabelecidas, não apenas em termos de raça, classe e gênero, mas entre uma diversidade de grupos oprimidos e em torno da radicalização da noção de igualdade social.

REFERÊNCIAS

AARÃO REIS, D. Entre reforma e revolução: a trajetória do Partido Comunista no Brasil entre 1943 e 1964. In: RIDENTI, Marcelo; AARÃO REIS, Daniel (Orgs.). **História do marxismo no Brasil, partidos e organizações dos anos 1920 aos 1960**. Campinas: editora da Unicamp, v. 5, p. 73-108, 2007.

AARÃO REIS, D. Classe operária, partido de quadros e revolução socialista. O itinerário da Política Operária – Polop (1961-1986) In: REIS, D. A.; FERREIRA, J. **Revolução e Democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

ABRANCHES, S. **Presidencialismo de coalizão: raízes e evolução do modelo político brasileiro**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2018.

ABREU A. Fundação Getúlio Vargas. **Partido Comunista Brasileiro (Verbetes)**. [online]. Sem data. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/partido-comunista-brasileiro-pcb>.

ABREU, A; CARNEIRO, A. Fundação Getúlio Vargas. **Luiz Carlos Prestes (Verbetes)**. [online]. Sem data. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/prestes-luis-carlos>.

ALENCAR, F; RAMALHO, L.C.; RIBEIRO, **História da sociedade brasileira**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1994.

ALVES, M. M.. **68 mudou o mundo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

AMARANTE, P. Paulo Amarante Presidente do Cebes 1996-1998 e 1998-2000 – Entrevista Realizada em 2009. In: **Cebes 40 anos: memórias do futuro** / Organizado por Ana Tereza da Silva Pereira Camargo et al. – Rio de Janeiro: Cebes, 2016, 404p.

ARAUJO, M.P. **A utopia fragmentada – as novas esquerdas no Brasil e no mundo na década de 1970**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2000, pág. 118.

AROUCA, A. S. **O Dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. Tese [Doutorado] Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.

BALLESTRIN, L. América Latina e o giro decolonial. **Rev. Bras. Ciênc. Polít., Brasília**, n. 11, p. 89-117, Aug. 2013.

BAPTISTA, T. **Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária**. Consultoria Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), anos 1996/1997.

BAPTISTA, T. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BAPTISTA, T; MATTOS, R. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In MATTOS, R; BAPTISTA, T. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BAPTISTA, T; MATTOS, R. Introdução. In: **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Organizadores Ruben Araujo de Mattos, Tatiana Vargas de Faria Baptista. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p.

BAPTISTA, T; BORGES, C.; MATTA, G. Sobre as contribuições da arqueologia do saber para estudos da saúde coletiva. In: Baptista, TWF; Borges; Machado, CV.; Azevedo, CS. (orgs). **Abordagens e Métodos de Pesquisa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro, Ed.Fiocruz, 2015.

BAPTISTA, T.W.F; BORGES, C. F.; REZENDE, M. Outros olhares para a Reforma Sanitária Brasileira. **Revista Saúde em debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. spe8, p. 5-10, 2019.

BARRETO, R. A. Aquela “negrinha” atrevida: Lélia Gonzalez e o movimento negro brasileiro. In: FERREIRA, Jorge; REIS, Daniel Aarão. (org) **Revolução e democracia (1964...)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA-FLEURY, S.; CAMPOS, G.W. S. **Reforma Sanitária. Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec-Cebes, 1988.

BOBBIO, N. et al. **Dicionário de política**. 11.ed. v. 1. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BORSANI, M. Reconstrucciones metodológicas y / o metodologías a posteriori. **Astrolabio**, 13, 146-168. 2014.

BOSCHI, R. R. **A Arte da Associação. Política de Base e Democracia no Brasil**. Rio de Janeiro, IUPERJ/Vértice. 1989.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. Tradução de Denice Barbara Catani. São Paulo: Editora UNESP, 2004. 86p.

BRANDÃO, G. M. A esquerda positiva: as duas almas do Partido Comunista, 1920-1964. São Paulo: Hucitec, 1997.

BRANDI, P. Fundação Getúlio Vargas. CPDOC. Getúlio Vargas (Verbete). [online]. Sem data. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/getulio-dornelles-vargas>.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 8, de 14 de Abril de 1977. Altera Artigos Da Constituição Federal, incluindo-se em seu Título V os artigos 208, 209 e 210. 1977.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**, Brasília, Ministério da Saúde, 300 p. 2006.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

Brasil supera 100 mil mortes por Covid-19, segundo consórcio de veículos de imprensa. Site G1, São Paulo, 08 de agosto de 2020. [online]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/08/08/brasil-supera-100-mil-mortes-por-covid-19-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>.

CAMPOS, C.W. A Reforma Sanitária Necessária. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. **Reforma Sanitária - Itália e Brasil.** HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.179- 194.

CAMURÇA, M. e AARÃO REIS, D. O Movimento Revolucionário 8 de Outubro (MR-8). Da luta armada contra a ditadura à luta eleitoral no PMDB. In: REIS, D. A.; FERREIRA, J. **Revolução e Democracia.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

CARDOSO, F. H. "Os partidos políticos e a participação popular". In: FLEISCHER David V. (org.). **Os Partidos Políticos no Brasil (2 vol.).** Brasília: Ed. Universidade de Brasília, v. 2. 1981, p. 47-66.

CARDOSO, F. H. **A construção da democracia: estudos sobre política.** São Paulo: Siciliano, 1993.

CARDOSO, H. Um pouco da história da esquerda. **Lua Nova**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 41-49, Dec.1984.

CARNUT, L. ; MENDES, A; MARQUES, M. C. C. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. **Saúde debate [online].** vol.43, n.spe8, pp.133-145. 2019.

CARONE, Edgar. **O PCB (1943-1964).** São Paulo: Ed. Difel,. v. 2, 1982.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G.W. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 507-515, June 2000 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200021&lng=en&nrm=iso acesso 03 agosto de 2020.

CASTRO-GÓMEZ, S. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da ‘invenção do outro. In: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais, perspectivas latino-americanas.** Buenos Aires: Clacso. 2005.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Documento: **A Questão Democrática na Área da Saúde. Revista Saúde em Debate**, nº 9, p.11-14, 1979.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, Nov. 1989.

COELHO, E. C. **As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930**. Rio de Janeiro; Record; 1999. 304 p.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária, revisitado. **Estud. av.**, São Paulo, v.32, n.93, p.225-241, 2018. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000200225&lng=en&nrm=iso acessado em 12 de janeiro de 2019.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, pp. 1614-1619, Julho de 2009.

COMITÊ PCB. Partido Comunista Brasileiro. **Breve Histórico do PCB**. [online]. Sem data. Disponível em: <https://pcb.org.br/portal/docs/historia.html>.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial. 1991

COUTINHO, C. N. A democracia como valor universal. In: SILVEIRA, E. (Org.) **Encontros com a Civilização Brasileira**. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1979.

COUTINHO, C. N. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: Lima, Júlio César França; Neves, Lúcia Maria Wanderley. **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro, Fiocruz,. p.173-200, 2006.

COUTINHO, C. N. **Democracia e socialismo - questões de princípio e contexto brasileiro**. São Paulo: Cortez, , p. 52, 1992.

COUTINHO, C. N. **Contra a corrente. Ensaios sobre democracia e socialismo**. 2a. ed. revista e atualizada, 2008, p. 62.

DANTAS, A.V. **Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro, Ed.Fiocruz, 2017.

D'ARAUJO, M. C. CPDOC. Fundação Getulio Vargas. **O AI-5 (Fatos e Imagens) [online]**. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/AI5> [Sem data].

DEL ROIO, M. Os comunistas, a luta social e o marxismo (1920-1940). In: RIDENTI, M e REIS FILHO, D. A (org.). **História do Marxismo no Brasil**. v. 5. Campinas: Unicamp, 2007.

DIMITROV, G. **Selected Works**, volume 2, Sofia Press 1972, pp. 86-119.

DONNANGELO, C. **Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira; 1975.

DULCI, O. A Incômoda Questão dos Partidos no Brasil: Notas para o Debate da Reforma Política. In: M. V. Benevides, P. Vannuchi e F. Kerche (orgs.), **Reforma Política e Cidadania**. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo. 2003.

EMICIDA. **Roda Viva**. São Paulo: TV Cultura, 27 de julho, 2020. Programa de TV.

ESCOREL, S. Revisitando o movimento sanitário. In: ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**. p.181- 202, 1999.

FARIA, T. W. **Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88** – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS / Uerj, 1997.

FAUSTINO, D. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(12):3831-3840, 2017.

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. São Paulo: Globo, 2005.

FICO, C. **Além do golpe: a tomada do poder em 31 de março de 1964 e a ditadura militar**. Rio de Janeiro: Record, 2004, pág. 81.

FLEISCHER, D. Os partidos políticos. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (orgs.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer; São Paulo: Ed. Unesp, 2004.

FLEISCHER, D. As eleições municipais no Brasil: uma análise comparativa (1982-2000). **Opin. Publica [online]**, vol.8, n.1, pp.80-105, 2002.

FLEURY TEIXEIRA, S.; MENDONÇA. M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA,S.F. (Org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989.

FLEURY, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.195-207.

FLEURY, S. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitarista, humanista!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 11, p. 3553-3559, Nov. 2015. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103553&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 06 Jun. 2020.

FLEURY, S. **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO NETTO, G.; ABREU, R. **Arouca, Meu Irmão: uma trajetória a favor da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Contra Capa, Faperj, 2009.

FRASER N. Igualdade, identidades e justiça social. **Le Monde Diplomatique**. Brasil (online) Jun 01; Edição 59, 2012.

FREI BETTO: **O que é Comunidade Eclesial de Base**. 2ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro pós 1930**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. CPDOC. **Anos de Incerteza (1930 - 1937)-Internacional Comunista**. [online]. Sem data Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/RadicalizacaoPolitica/InternacionalComunista>.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: FLEURY, S.(ORG). **Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria**. 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, p. 91- 118, 1995.

GASPARI, E.. **A ditadura derrotada. O sacerdote e o feiticeiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

GOMES, Â C. **Uma breve história do PTB**. Rio de Janeiro: CPDOC, 2002. Trabalho apresentado na Palestra no I Curso de Formação e Capacitação Política, realizado na Sede do PTB. São Paulo, 13.jul.2002.

GONÇALVES, L. A. **Sobre a História Viva do Instituto de Medicina Social**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; s.n; 2018. 254 f p.

GONCALVES, Leandro Augusto Pires et al. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades - uma (não) agenda? **Saúde em debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. spe8, p. 160-174, 2019 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300160&lng=en&nrm=iso> Acesso em : 10 Sept. 2020.

GROSGOUEL, R. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 80, p. 115-147, 2008.

GRIN, M. Auto-confrontação racial e opinião: o caso brasileiro e o norte-americano. **Interseções**, ano 6, n. 3, p. 95-120, 2004.

GUIMARAES, J. R.; SANTOS, R. T. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. **Saúde debate [online]**., vol.43, n.spe8, pp.219-233, 2019.

GUIOT, A. P. A construção da ideologia neoliberal no PSDB (1988-1994). In: ENCONTRO REGIONAL DA ANPUH-RIO: MEMÓRIA E PATRIMÔNIO, 14, 2010,

19. Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: UNIRIO, 2010. Disponível em: http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276606395_ARQUIVO_AconstrucaodaideologianeoliberalnoPSDB_1988-1994_.pdf. Acesso em: 18 de maio de 2020.

GUIZARDI, F. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1p. 15-39, 2004.

HABER, A. Nometodología payanesa: Notas de metodología indisciplinada. **Revista de Antropología**, 23, p. 9-49, 2011.

IASI, M. L. **As Metamorfoses da Consciência de Classe: o PT entre a negação e o consentimento**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

JACOBINA, A.T. **O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sua relação com os partidos políticos de matriz marxista**. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2016.

JORGE, E. Experiência constituinte e implicações no município de São Paulo. **Divulgação Saúde Debate**, n. 4, p. 11-14, 1991.

JOSELICIO JUNIOR, **É tempo de se aquilombar**. 29 de abril de 2019. Revista Fórum [online]. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/colunistas/joseliciojunior/e-tempo-de-se-aquilombar/>.

JUCÁ, B.; GALINDO, J. 100.000 vidas roubadas pela covid-19, um retrato da pandemia no Brasil à prova de negacionistas. El País. São Paulo e Bogotá - 08 de agosto de 2020. [online]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-08/100000-vidas-roubadas-pela-covid-19-um-retrato-da-pandemia-no-brasil-a-prova-de-negacionistas.html>.

LACAZ, F. A. C., 1992. O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. *Saúde em Debate*, 36:41-47. LIMA JÚNIOR, O. B. O Sistema Partidário Brasileiro, 1945-1962. In: FLEISCHER David V. (org.). Os Partidos Políticos no Brasil (1 vol.). Brasília: Ed. Universidade de Brasília, v. 1. 1981, p. 24-45.

LACAZ, F. A. de C. A atuação do PCB e a Reforma Sanitária Brasileira. Portal do PCB. 2011. Disponível em: <https://pcb.org.br/portal2/1788/a-atuacao-do-pcb-e-a-reforma-sanitaria-brasileira>. Acesso em: 8 jul 2019.

LACAZ, F. A. C. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde e Sociedade*, 3 (1): 41-60, 1994.

LACERDA, G. E. O surgimento do Partido dos Trabalhadores: uma análise de documento histórico de sua pré-fundação. **Virtú (UFJF)**, v. 6, p. 01-12, 2008.

LARROSA, J. A operação ensaio: sobre o ensaiar e os ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, jan./jun.. p. 27-43, 2004.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina (org.) **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, p. 151-179, 1995.

LIMA JÚNIOR, O. B. **Democracia e Instituições Políticas no Brasil dos anos 80**. São Paulo, Loyola. 1993.

MALIN, M. Fundação Getúlio Vargas. CPDOC. **Carlos Marighella**. (verbete) [online]. <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/marighella-carlos>

MARENCO, A. Devagar se vai ao longe? In: MELO, Carlos Ranulfo; SAEZ, Manuel. **A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21**. BH: Editora da UFMG, 2007, p. 73-108.

MARTINS, L. Ação Política e Governabilidade na Transição Brasileira. Em: MOISÉS, J. A.; ALBUQUERQUE, J. G. **Dilemas da Consolidação Democrática**. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1989.

MARTINS, L. Fundação Getúlio Vargas. **Estado Novo (Verbetes)**. [online]. Sem data. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/estado-novo>.

MARQUES, M. C.C. et al. A importância da perspectiva histórica para o pensamento social em saúde: a contribuição de Madel Luz e Emerson Merhy. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.2, abr.-jun., p.353-369. 2018.

MARQUES, R. Os grupos trotskistas no Brasil (1960-1990). In: REIS, D. A.; FERREIRA, J. **Revolução e Democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

MATTOS ALC. Contribuições da Arqueologia e Genealogia à Análise de Políticas de Saúde. In: **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Capítulo 9. Rio de Janeiro, 2011.

MATTOS, M.B. Em busca da Revolução Socialista. In: RIDENTI, M.; AARÃO REIS, D. (Orgs.). **História do marxismo no Brasil, partidos e organizações dos anos 1920 aos 1960**. Campinas: editora da Unicamp, v. 5, p. 197-227, 2007.

MELHEM, C.S.. **Política de Botinas Amarelas: o MDB paulista de 1965 a 1988**. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

MELO, D. T. **A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e das Políticas Públicas de Saúde**. 2013. 290 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

MENDONÇA, A. L.; GONCALVES, L. A. 'Sobre o conceito da História' na saúde coletiva. **Saúde debate [online]**. vol.43, n.spe8, pp.203-218. 2019.

MERHY, E. E. **Saúde Pública em mim: mais que um caso de amor, um intercessor**. Mimeo.

MIGNOLO, W. "The geopolitics of knowledge and the colonial difference". **The South Atlantic Quarterly**, v. 101, n. 1, p. 57-95, 2002.

_____. **Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad**. Argentina: Ediciones del signo, 2010.

MONTALVÃO, S. Fundação Getúlio Vargas. CPDOC. **Caio Prado Jr. (Verbetes)**. [online]. Sem data. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/caio-da-silva-prado-junior>.

MOTT, M. L. B. Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 195, June 2008.

NETTO, J.P. Homenagem de vida - Carlos Nelson Coutinho. **Revista Em Pauta - Teoria social e realidade contemporânea**, nº 29, p.181-184, 2012.

NEIVA, P; IZUMI, M; Os "doutores" da federação: formação acadêmica dos senadores brasileiros e variáveis associadas. **Rev. Sociol. Polit. [online]**. 2012, vol.20, n.41, pp.171-192.

NUNES, Everardo Duarte. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 909-916, June 2008.

OFFE, C. **Partidos Políticos y Nuevos Movimientos Sociales**. Editorial Sistemas Madrid, 1988.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária"). **Cad. Saúde Pública [online]**. vol.3, n.4, pp.360-387, 1987.

PAIM, J. Trabalho apresentado na mesa redonda "Reorganização dos Serviços de Saúde e AIS" durante o III Congresso Médico-Social da Bahia. Salvador, 18-22 de novembro de 1985. Promoção da Associação Bahiana de Medicina. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, abr/jun, 1986, p. 167-183.

PAIM, J.S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira(1997). In.: **Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury** (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

PAIM, J. Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde. In: ROUQUEIROL, Zélia. (org.). **Epidemiologia**. 1994.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PAIM, J.; et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. [Online]**. 9 de maio de 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf <acesso em 13/08/2019>.

NÉRIS, N. **O Movimento Negro e a Constituição de 1988: Uma Revolução em andamento**. 21 de janeiro de 2019. Brasil de Fato [online]. Entrevista concedida à Mayara Paixão. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/especiais/o-movimento-negro-e-a-constituicao-de-1988-uma-revolucao-em-andamento>.

PANTOJA, S. Fundação Getúlio Vargas. CPDOC. **Juscelino Kubitschek (Verbetes)**. [online]. Sem data. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/juscelino-kubitschek-de-oliveira>.

PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO. **PCB: Vinte anos de política (1958-1979). Documentos**. São Paulo : LECH, 1980.

PINHEIRO, O. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M., (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Editora Cortez; 2004, p.183-214.

PIRES, B. **João Saldanha, o técnico que atormentou a ditadura**. EL País, São Paulo, 03 JUL de 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/07/01/deportes/1498862110_086687.html.

PONTES, A. L. M et al. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. **Saúde debate [online]**. Rio de Janeiro , v. 43, n. spe8, p. 146-159, 2019.

POSSAS, C. Prefácio. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.IX.

PRADO JÚNIOR, Caio. **A Revolução Brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

QUIJANO, A. **Colonialidad y modernidad-racionalidad**. 2005 Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/36091067/Anibal-Quijano-Colonialidade-e-Modernidade-Racionalidade>.

RADIS. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Tema n.7, agosto de 1986.

REGO, A. C. P. **O Congresso Brasileiro e o Regime Militar (1964-1985)**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

REIS, J. C. **O desafio historiográfico**. Rio de Janeiro: FGV, 2010, 160 p.

RIDENTI, M. Esquerdas revolucionárias armadas nos anos 1960-1970. In: REIS, D. A.; FERREIRA, J. **Revolução e Democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

RODRIGUES NETO, E. R. **Saúde: Promessas e Limites da Constituição**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2003.

RUSCHEINSKY, A. Nexos entre atores sociais: movimentos sociais e partidos políticos. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências**. Rio de Janeiro, RJ, n. 46, 2 sem. P. 73-112, 1998.

SALES, J. R. Da Luta Armada ao Governo Lula: A História do PCdoB. In: REIS, D. A.; FERREIRA, J. **Revolução e Democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

SANTOS, A. B. **Colonização, Quilombos, Modos e Significações**. Brasília: INCTI/UnB, 2015.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L.:. Introdução: Para Ampliar o Cânone Democrático. In: **Democratizar a Democracia: os Caminhos da Democracia Participativa.**, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, pg. 39–82, 2003

SANTOS, B. S. **Na oficina do sociólogo artesão**. São Paulo: Cortez, 2018.

SEGATTO, J. A; SANTOS, R. A valorização da política na trajetória pecebista dos anos 1950 a 1991. In: REIS FILHO, D. A; RIDENTE, M. **História do marxismo no Brasil: partidos e movimento após os anos 1960**, v. 6. São Paulo: Paz e Terra, p. 13-62, 2007.

SILVA, L. A.M; RIBEIRO, C. T. “Paradigma e Movimento Social: Por Onde Andam Nossas Idéias?”. **Ciências Sociais Hoje**, Anpocs/Cortez. 1985.

SILVA, F. P. **Utopia dividida – crise e extinção do PCB (1979-1992)** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ, IFCS, 2005.

SILVANSKY, F. **Tijolo por tijolo: Memórias das lutas que, durante os anos 1970 e 80, construíram o caminho para a criação do SUS**. Edição especial julho 2018. Rio de Janeiro: Revista POLI: saúde, educação e trabalho, Ano X - Nº 59 -Entrevista concedida a Leila Leal.

SPINK, M. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Editora Cortez; 2004.

SPINK, MJ. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [online]**. Rio de Janeiro: Centro. Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SOPHIA. D.C. O papel dos núcleos regionais na divulgação das atividades do CEBES. In: **Cebes 40 anos: memórias do futuro** / Organizado por Ana Tereza da Silva Pereira Camargo et al. – Rio de Janeiro: Cebes, 2016, 404p

SOUZA, M. S. R. Posfácio. In: SANTOS, Antônio Bispo dos. **Colonização, Quilombos, Modos e Significações**. Brasília: INCTI/UnB, 2015.

SOUZA, Jessé de. **A elite do atraso: da escravidão à Lava-Jato**. Leya, Rio de Janeiro: 2017.

SOUZA, Flavia de Assis. O saber-corpo e a busca pela descolonização da saúde coletiva. **Saúde debate [online]**. 2019, vol.43, n.spe8, pp.189-202. Epub Aug 07, 2020.

STOTZ EN. "O fantasma da classe ausente": ensaio sobre as bases sociais do Movimento da Reforma Sanitária. **Em Pauta [internet]**. 2019 17(43):48-59. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/42501> acesso em: 2 out 2019.

TAMBELLINI, A.T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, pp. 48-58. ISBN: 978-85-7541-610-5.

TEIXEIRA, S. F. “Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: “**Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**”/ Sônia F. Teixeira (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, p. 17-46.

TEIXEIRA, S. M. F (coord) et al. **Antecedentes da Reforma Sanitária: Relatório de pesquisa**. Rio de Janeiro: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1988.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. O dilema da Reforma Sanitária. In: BERLINGUER, Giovani; TEIXEIRA, Sonia Fleury e CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec-Cebes, 1988.

VAIA, S. **Armênio Guedes. Sereno guerreiro da liberdade**. São Paulo: Barcarolla, 2013.

VALLA, Victor Vincent. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação & Realidade**, n. 21(2), p. 177-190, jul./dez. 1996.

VAN STRALEN, C. J. Cornelis Johannes Van Stralen. Presidente do Cebes 2016-2017. Entrevista Realizada em 2016. In: **Cebes 40 anos: memórias do futuro** / Organizado por Ana Tereza da Silva Pereira Camargo et al. – Rio de Janeiro : Cebes, 2016, 404p.

VASCONCELLOS, E. **Tijolo por tijolo: Memórias das lutas que, durante os anos 1970 e 80, construíram o caminho para a criação do SUS**. Edição especial julho 2018. Rio de Janeiro: Revista POLI: saúde, educação e trabalho, Ano X - Nº 59 -Entrevista concedida a Leila Leal.

VIEIRA-DA-SILVA, LM. **O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, /, Salvador, EDUFBA, 2018, 269p.

WERNECK J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.** 2016; 25(3):535-549

XAVIER, L. Fundação Getúlio Vargas. CPDOC. **Florestan Fernandes (verbete)**. [online]. Sem data. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/fernandes-florestan>

APÊNDICE 1- TEXTOS PARA APROXIMAÇÃO DO TEMA: GÊNESE E ATORES DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA ¹⁷⁵

| Ano | Autor | Título | Referência completa |
|------|--------------------------------|---|---|
| 1988 | GADELHA, P.E; MARTINS, R | <i>A política nacional de saúde e a 8ª CNS</i> | GADELHA, P.E; MARTINS, R. A política nacional de saúde e a 8ª CNS. <i>Saúde em Debate</i> , v. 20, 1988, p. 79-83. |
| 1988 | FLEURY, S | <i>O dilema da Reforma Sanitária Brasileira.</i> | FLEURY, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. <i>Reforma Sanitária - Itália e Brasil</i> . HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.195-207. |
| 1989 | TEIXEIRA, S.F | <i>Reforma Sanitária - em busca de uma teoria,</i> | TEIXEIRA, S.F. (org). <i>Reforma Sanitária - em busca de uma teoria</i> , S. Paulo: Cortez/Abrasco, 1989 |
| 1989 | COHN, A. | <i>Caminhos da reforma sanitária.</i> | COHN, A. <i>Caminhos da reforma sanitária</i> . Lua Nova, São Paulo, n. 19, p. 123-140, Nov. 1989. |
| 1991 | JORGE, E | <i>Experiência constituinte e implicações no município de São Paulo.</i> | JORGE, E. <i>Experiência constituinte e implicações no município de São Paulo</i> . Divulgação Saúde Debate, n. 4, p. 11-14, 1991. |
| 1991 | CORDEIRO, H., | <i>Sistema Único de Saúde.</i> | CORDEIRO, H., 1991. <i>Sistema Único de Saúde</i> . Rio de Janeiro: Ayuri Editorial. |
| 1992 | CAMPOS. G. | <i>Sobre a Reforma da Reforma: Repensando o SUS</i> | CAMPOS GWS. <i>Reforma da Reforma - repensando a saúde</i> . São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1992. |
| 1992 | MINAYO, M.C.S. | <i>A saúde em estado de choque. Rio de Janeiro</i> | MINAYO, M.C.S. A saúde em estado de choque. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992. |
| 1994 | NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E | <i>AIS – SUDS – SUS: Os caminhos do direito à saúde</i> | NORONHA, J.C; LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. <i>Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80</i> . Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS - UERJ: RELUME DUMARÁ, 1994. p. 73-111, 1994. |
| 1995 | GALLO. E; NASCIMENTO, P | <i>Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: Fleury, S.(org).</i> | GALLO. E; NASCIMENTO, P. <i>Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário</i> . In: FLEURY, S.(ORG). <i>Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria</i> . 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995, p. 91- 118. |

¹⁷⁵ Lista para primeiro mapeamento da articulação do Movimento da Reforma Sanitária brasileira e os Partidos Políticos no Brasil.

| Ano | Autor | Título | Referência completa |
|------|---|---|---|
| 1996 | BAPTISTA, T. | <i>Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária</i> | BAPTISTA, T. <i>Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária</i> . Consultoria Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), anos 1996/1997. |
| 1997 | PAIM, J. | <i>Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira</i> | PAIM, J. <i>Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira</i> (1997). In.: Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24. |
| 1997 | FARIA, T. W. | <i>Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil.</i> | FARIA, T. W. <i>Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil</i> . Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS / Uerj, 1997 |
| 1999 | SCOREL, S | <i>Revisitando o movimento sanitário.</i> | SCOREL, S. <i>Revisitando o movimento sanitário</i> . In: <i>Reviravolta na Saúde</i> . p.181- 202, 1999. |
| 2001 | ALMEIDA, E.S; CHIORO, A; ZIONI; F | <i>Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS: Estado, Políticas Públicas e Saúde: A história dos serviços de saúde no Brasil e o sentido político do SUS.</i> | ALMEIDA, E.S; CHIORO, A; ZIONI; F. <i>Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS: Estado, Políticas Públicas e Saúde: A história dos serviços de saúde no Brasil e o sentido político do SUS</i> . In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S.(Orgs.). <i>Gestão de serviços de saúde</i> . São Paulo: EDUSP, 2001. p.13-50. |
| 2003 | RODRIGUES NETO, E. R. | <i>Saúde: Promessas e Limites da Constituição.</i> | RODRIGUES NETO, E. R. <i>Saúde: Promessas e Limites da Constituição</i> . Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2003. |
| 2005 | BAPTISTA, T. W. F. | <i>O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos no sistema único de saúde.</i> | BAPTISTA, T. W. F. <i>O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos no sistema único de saúde</i> . In: <i>Textos de Apoio em Políticas de Saúde</i> . Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. |
| 2007 | MATTA, G | <i>Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.</i> | MATTA, G. <i>Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde</i> . In: MATTA, G; PONTES, A. (Org.). <i>Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde</i> . Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. |
| 2008 | PAIM, JS. | <i>Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online].</i> | PAIM, JS. <i>Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]</i> . Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books < http://books.scielo.org >. |
| 2008 | SANTOS, N. R. | Entrevista: Nelson Rodrigues dos Santos | SANTOS, N. R. <i>Entrevista: Nelson Rodrigues dos Santos</i> [2008]. Rio de Janeiro. <i>Revista Trabalho, Educação e Saúde</i> ,. Entrevista concedida a Júlio César França Lima e Ialê Falleiros Braga, professores-pesquisadores do Laboratório do Trabalho e da Educação |

| Ano | Autor | Título | Referência completa |
|------|---|--|---|
| | | | Profissional em Saúde (Lateps) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. |
| 2009 | COHN, Amélia | <i>A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões</i> | COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. <i>Cad. Saúde Pública [online]</i> , Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, Julho de 2009, pp. 1614-1619. |
| 2011 | RODRIGUES, P. H; SANTOS, I. S | <i>Saúde e Cidadania – uma visão histórica e comparada do SUS</i> | RODRIGUES, P. H; SANTOS, I. S. Saúde e Cidadania – uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo. Editora Atheneu, 2011. |
| 2011 | TEIXEIRA, C.F. | <i>Andorinhas: pequena memória da Reforma Sanitária Brasileira</i> | TEIXEIRA, C.F. <i>Andorinhas: pequena memória da Reforma Sanitária Brasileira</i> . Salvador, Bahia, Hétera, 2011, 149 p. |
| 2014 | BORGES, C; BAPTISTA, T. ; MATTOS, R | <i>Um ensaio sobre a ideia de reforma sanitária</i> | BORGES, C; BAPTISTA, T. ; MATTOS, R . <i>Um ensaio sobre a ideia de reforma sanitária</i> . In: Guizardi, F; Nespoli. G; Cunha, M; Machado, F. e Lopes, M.. (Org.). Políticas de Participação e Saúde. 1ed. Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014, v. 1, p. 37-58. |

APÊNDICE 2- AGENTES DA REFORMA SANITÁRIA CITADOS, SUAS TRAJETÓRIAS E ARTICULAÇÃO COM PARTIDOS POLÍTICOS¹⁷⁶

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|--|---|--|--|
| Álvaro Nascimento | Graduado em Jornalismo pela Universidade Federal Fluminense (UFF); Especialização em “Nova Ordem Informativa Internacional”, no Instituto Internacional de Periodismo José Martí, ministrado em conjunto com a Universidade de Havana, em Cuba e outro de “Informação em Saúde”, na Ensp. Mestre (2003) e o Doutorado (2007) pelo Instituto de Medicina Social da Uerj. Atua na FIOCRUZ desde 1986. Trabalhou como editor do Projeto Radis e como pesquisador da área de propaganda de medicamentos na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp). | Foi filiado ao PCB (1982). Participou de organizações clandestinas. Movimento de Emancipação do Proletariado (MEP); Ação Popular Marxista Leninista (APML); MR Oito, o movimento revolucionário oito de outubro. | |
| Ana Tereza da Silva Pereira Camargo | Graduada em Medicina pela UNIRIO (1973).Fez residência médica em Medicina Social -UERJ mestrado em Saúde Coletiva pela Instituto Medicina Social - UERJ (1980). Doutorado em 2009 no IMS-UERJ. Atualmente é aposentada do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer. | | Diretora Administrativa do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde no período 2014-2018. Atualmente Presidente do Conselho Fiscal da entidade para o biênio 2018-2020 |
| Arlindo Fábio Gómez de Sousa | Sociólogo graduado pela PUC-RJ (1966); Sanitarista; Especialista em Administração e Planejamento em Saúde (Ensp/ Fiocruz); Coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1987). | | Vice-Presidente da Fiocruz (1985-1990). Presidiu a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e foi membro do Conselho Nacional de Saúde (CNS). |

¹⁷⁶ Tabela construída a partir dos nomes citados ao longo do primeiro mapeamento deste trabalho. No decorrer da pesquisa e a partir da análise de novos documentos e materiais, novos agentes serão inseridos nesta tabela. Informações coletadas em entrevistas e na revisão bibliográfica da literatura analisada.

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|---|--|---|--|
| | | | Coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1987). |
| Ary Miranda | Graduado em Medicina pela UFF (1977); Residência Médica pela Fiocruz (1979); Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Fiocruz (1992); Mestrado (1997) e doutorado (2012) em Saúde Pública pela Fiocruz (2012). Chefe de Gabinete da presidência de 1985 a 1989. Dirigiu o programa RADIS entre 1988 e 1991. Foi Vice-coordenador do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e coordenador do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador do CESTEH. É professor e responsável pela disciplina Produção e Saúde do curso de mestrado em Saúde do Trabalhador do CESTEH/ENSP. | Filiado ao PCB (1972) e militância política durante a universidade. Em 1977, era presidente do Diretório de Estudantes Medicina da Universidade Federal Fluminense. | Foi Chefe de Gabinete da presidência entre (1985 e 1989); Vice-presidente de Serviços de Referência e Ambiente da Fiocruz entre 2000 e 2008; |
| David Capistrano Filho (faleceu em 2000) | Médico sanitarista pela Faculdade de Medicina da UFRJ. Foi mentor e articulador da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), da Revista Saúde em Debate e da Coleção Saúde em Debate na década de 1970. Importante militante da saúde durante a ditadura militar. Foi membro da executiva estadual do PCB e em 1964 envolve-se na luta armada contra o regime militar. Em 1974, muda-se para São Paulo, onde acaba sendo preso no final de 1975. Participou da fundação do PT. Colaborou para a elaboração do texto que deu origem ao capítulo sobre o SUS na Constituição de 1988; | Atuou como dirigente do comitê estadual do PCB em São Paulo de 1976 a 1983. Prestou assessoria à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Filia-se ao Partido dos Trabalhadores (PT) em 1986. Após a gestão como prefeito, afasta-se da vida partidária, não possuindo filiação às tendências internas do PT desde 1996 e não sendo reconduzido ao diretório nacional. | Exerce o cargo de secretário político do comitê estadual do PCB de 1976 a 1983. Foi secretário de Saúde de Bauru (gestão Tidei de Lima/PMDB). Secretário da Saúde no governo de Telma Souza em Santos- SP em 1988 pelo PT. Se elege prefeito de Santos em segundo turno em 1992, tomando posse em 1993 pelo PT. |
| | Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1978), Especialização (1980) e Mestrado (1985) em | Militante do PCB desde a graduação em Medicina. Participou da | Desempenhou cargos técnicos e diretivos na gestão de sistemas de saúde em nível municipal, |

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|--------------------------|--|--|--|
| Eduardo Levcovitz | Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1997). Atualmente é Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente coordena o LAPGES - Laboratório de Planejamento, Gestão e Desenvolvimento Institucional de Sistemas e Serviços de Saúde do IMS/URJ e a Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO. | constituição do Cebes no Rio de Janeiro. | estadual, nacional, no Ministério da Saúde e no INAMPS, e internacional, na OPS/OMS e no Sistema Nações Unidas, onde exerceu funções diplomáticas de Chefe de Missão e Representante. INAMPS- Direção e administração, Secretaria de Medicina Social; Secretario de Medicina Social- 1985- 1988; MS- Direção e administração, Secretaria de Assistência a Saude; Diretor Programa de Descentralização e Gestão de Sistemas de Saude – 1985- 2000; OPAS- Representante/Chefe de Missão no Uruguai, 2010 – 2016; Chefe de Unidade/Assessor Principal 2000 – 2010. |
| Emerson Merhy | Graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo (1973), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1983) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1990). Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde, pela Unicamp (2000) e Professor Titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 2012, Campus-Macaé. Professor Doutor Honoris Causa da Universidade Nacional de Rosario, Argentina, desde 05 de novembro de 2019. Professor do Mestrado Profissional em APS da UFRJ. Professor Permanente da Pós Graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ - EICOS. | Durante a graduação participou de grupos da luta armada de esquerda. Depois tornou-se militante do campo da saúde de forma independente. Participou da fase inicial da elaboração do PT. | |

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|---|---|---|---|
| Eleutério Rodrigues Neto (faleceu em 2013) | Médico, Mestre em Medicina Preventiva (USP), professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do departamento de Saúde Coletiva da UnB, onde fundou o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP). Foi também um dos criadores do Cebes. Nos anos 1980, ocupou funções no antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), onde estruturou as Ações Integradas de Saúde (AIS). Atuou como consultor para a OPAS diversos países. | Vinculado ao PCB durante a ditadura militar e citado como membro do “partido sanitário”. Ocupou cargos na gestão do PMDB no período da Nova República. (1985/1986); Prestou assessoria parlamentar no período constituinte. | Coordenador de Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médicos, onde se destacou na formulação do “Plano de Reorientação de Assistência à Saúde Previdenciária”, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (1980 a 1982) Presidente do Cebes em 1980. Secretário-Geral do Ministério da Saúde na Gestão Carlos Santana (1985/1986)- PMDB Assessor à Constituinte e à LOS pelo NESP.(Núcleo de Estudos em Saúde Pública) Participou do grupo de trabalho do programa de governo da Nova República. |
| Gastão Wagner | Graduado em Medicina pela Universidade de Brasília (1975), Mestre em Medicina Preventiva e Dr. em Saúde Coletiva. Professor titular do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. | Militou no PCB e posteriormente no PT, mas foi apenas filiado, sem assumir cargos eletivos no partido. | Assessor de Planejamento da secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1977 a 1982) governo ARENA-PDS. Secretario de Saúde do Município de Campinas (2001 – 2003) governo PT. Secretário executivo do Ministério da Saúde junto ao ministro da saúde Humberto Costa. (PT) (2003-2005) |
| Hésio Cordeiro | Graduado em Medicina pela Universidade do Estado da Guanabara (1965), atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Mestre em saúde coletiva pelo IMS (1979), Doutor em medicina preventiva USP (1981). Em 1971, ingressou como docente no Instituto de Medicina Social (IMS), que ajudou a fundar na UERJ com o grupo de sanitaristas de Campinas encabeçado por Sérgio Arouca. Entre 1971 e 1978 trabalhou como consultor da atuando em vários países, como | Filiado ao PCB até meados dos anos 80. Em 1990 candidatou-se a deputado federal pelo Partido Democrático Trabalhista. (PDT). | Participou do Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, (1979) promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) de 1985 a 1988. |

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|----------------------------|--|--|---|
| | Argentina, Peru, Equador, Venezuela, Costa Rica, Nicarágua, Honduras, México e República Dominicana. Foi responsável pela reestruturação do setor saúde e pela implantação SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde | | Integrou o Grupo de Trabalho para o Programa de Saúde, da Coordenação do Plano de Ação do governo do presidente Tancredo Neves (1986). Foi secretário de Educação do estado do Rio de Janeiro (1999) no governo de Marcelo Alencar (PSDB). Diretor de gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva (2007). |
| Jairnilson Paim | Médico (1972), mestre em Medicina (1975) e Doutor em Saúde Pública pela UFBA (2007). É professor da Universidade Federal da Bahia desde 1974 e Professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia desde 2000. | | Assessor especial na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia Fundador do núcleo do CEBES na Bahia. |
| Jaime Oliveira | Médico Psiquiatra pela UERJ (1969) e Mestre IMS (1976). | Entra em contato com Partidão (PCB) durante a graduação em Medicina da UERJ e atua como militante. Na década de 1980 torna-se militante do PMDB. | |
| José Gomes Temporão | Médico pela UFRJ em 1977. Mestre em Saúde Pública pela ENSP e Doutor em Medicina Social no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Foi um dos fundadores do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Em 1980, foi contratado pela Fiocruz como professor e pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde da ENSP, Participou ativamente dos debates acerca da reforma sanitária que influenciariam na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). | Era vinculado ao PCB e integrava o chamado “Partido Sanitário”. Em, 1976, filiou-se ao Partido Comunista Brasileiro (PCB). Desligou-se do PCB, após a decisão do partido definida pelo X Congresso, de extinguir a agremiação e criar um novo partido sem menção ao marxismo, o Partido Popular Socialista (PPS). | Presidente do Cebes em 1981. Foi secretário de Planejamento do INAMPS de 1985 a 1988; Foi também membro da Comissão de Política de Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), de 1989 a 1990; Sub-secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (1991) na gestão de Leonel Brizola (PDT) |

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|---------------------------------------|--|---|--|
| | | Filiou-se, então, ao Partido Democrático Trabalhista (PDT) em 1992. | Presidente do Instituto Vital Brazil (IVB) de 1992 a 1995 Assessor-chefe de planejamento da Secretaria de Educação do estado do Rio de Janeiro na gestão de Marcelo Alencar (PSDB) em 1999. Sub-secretário municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2001) na gestão de Sérgio Arouca, durante o governo de César Maia (PTB). Presidente do Instituto Nacional do Câncer (INCA) 2003 a 2005. Foi nomeado Ministro da Saúde do Brasil de 2007 a 2011 durante o governo Lula (PT). |
| José Carvalho de Noronha | Médico pela UFRJ, Mestre em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1978) e Doutor em Saúde Coletiva UFRJ. Professor adjunto aposentado do IMS/Uerj; Pesquisador do Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz. Foi Presidente da Abrasco (2000-2003); | Foi Militante do MDB, da 17ª Zona, diretório Rubens Paiva, presidido pelo Carlos Lessa. Atuou como secretário de Saúde do Estado do RJ no governo do PMDB. | Chefe de Gabinete do INAMPS - gestão Hésio Cordeiro (1985-1988). Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (1988- 1990) no governo Moreira Franco (PMDB). |
| José Ruben de Alcantara Bonfim | Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1973), Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da SES-SP (2006) e doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2015). Um dos fundadores do Cebes junto com David Capistrano na década de 1970. | Não era militante de nenhum partido, mas participou do grupo Ação popular na base de trabalho comunitário e não do movimento estudantil. | Presidente do CEBES 1976-1978 E 1978-1979 Coordenador-executivo da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME) Ex-conselheiro suplente do Conselho Nacional de Saúde (2006-2009). Atualmente é Analista de Saúde (médico) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Médico III da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. |
| Luiz Umberto Pinheiro | Formou-se em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1967. Em 1968 especializou-se em Psiquiatria, também, na UFBA. Em 1974, em Epidemiologia Psiquiátrica, | Militante do PCB; Militante do PT; | Secretário estadual de Saúde da Bahia (1987-1989). |

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|------------------------------------|--|--|--|
| | pela Universidade de Londres, Inglaterra. Mestrado em Saúde Comunitária, na UFBA (1980). Participou do Diretório Estudantil da UFBA, em 1964, e da União de Estudantes da Bahia, em 1966. Professor do Departamento de Psiquiatria da Fameb-UFBA (1969 e 1995) e do mestrado em Saúde Comunitária da Ufba (1975-1982). Médico do Iapseb (1969-1973) e da Sesab (1970). | Filiado e candidato à deputado pelo PMDB; Organizador nacional e estadual do Movimento de Renovação Médica, idealizador e secretário-geral do Parlamento Brasileiro da Saúde (1984-1986). | Eleito deputado pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB (1983-1987); Foi reeleito Constituinte, ainda pelo PMDB (1987-1991) Presidente da Associação Psiquiátrica da Bahia (1976-1977); Secretário-geral da Associação Bahiana de Medicina (1979-1981) e vice-presidente da Associação Médica Brasileira (1981-1982). |
| Naomar de Almeida Filho | Graduado em Medicina pela UFBA (1975). Mestrado em Saúde Pública (1981 e Doutorado (2003) em Epidemiologia. Atualmente é Professor Aposentado do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, onde atua como Coordenador do INCTI Inovação, Tecnologia e Equidade em Saúde - INTEQ-Saúde, e Professor Visitante no Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (USP), onde ocupa a Cátedra de Educação Básica Itaú Social, desenvolvendo estudos sobre a relação entre universidade, educação, história e sociedade. | | Exerceu seu primeiro mandato como reitor da UFBA em 2002, sendo reconduzido ao cargo em 2006. Atuou como consultor da OPAS de 1994-1997 |
| Nelson Rodrigues dos Santos | Médico e Doutor em Medicina Preventiva pela USP (1967). Atuou como Coordenador do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina/PR de 1970-1976 e professor de Medicina Preventiva da Unicamp. Participou do no CEBES desde sua fundação, sendo membro da Diretoria em 1985-1986. | Filiado e militante do PCB desde a época de estudante e integrante do "Partido Sanitário". | Secretário Municipal de Saúde de Campinas/SP de 1983 à 1988 durante o governo de José Roberto Magalhães Teixeira (PMDB). Secretário Executivo do Ministério da Saúde (ver data) Presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) de 1989 à 1990; |

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|--|---|---|---|
| | | | Coordenador da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde de 1997 à 2002; |
| Samara Rachel Vieira Nitão | Médica; Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); Sanitarista da Secretaria de Saúde/DF; Assessora do Núcleo de Saúde Pública da UnB no Projeto de Acompanhamento da Assembléia Nacional Constituinte para a área de saúde e acompanhamento legislativo no Congresso Nacional na elaboração e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (1987-1991); | | Coordenadora da Plenária Nacional de Saúde (1987-1991); Chefe de Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Ministério da Saúde (2005). |
| Sérgio Arouca (faleceu em 2003) | Médico sanitarista pela USP (1966), e Doutor em Medicina Preventiva pela UNICAMP (1975). Sua tese de doutorado intitulada: <i>“O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”</i> , forneceu fundamentos teóricos estruturantes para a constituição da base conceitual da saúde coletiva. Foi professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), convidado para trabalhar com o governo sandinista da Nicarágua. Em 1982, foi eleito chefe do Departamento de Planejamento da ENSP. Em 1985 foi nomeado presidente da Fiocruz. Responsável pela reintegração dos dez cientistas cassados pela ditadura militar. Ocupou a presidência da instituição até abril de 1988, quando exonerou-se, a pedido, para concorrer como vice-presidente da República na chapa do PCB, com Roberto Freire. Foi também consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), atuou em vários países, como México, Colômbia, Honduras, Costa Rica, Peru e Cuba. | Foi militante do Partido Comunista Brasileiro (PCB), no qual lutou pelo acesso universal à saúde e pelas reformas de base. Ajudou na criação do Partido Popular Socialista (PPS), em 1995. | Presidência da Fiocruz (1985) Secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Candidato à Vice-presidência da República em 1988 pelo PCB na chapa de Roberto Freire. Candidato a vice-prefeito do Rio de Janeiro pelo PCB na chapa de Benedita da Silva. Deputado Federal por oito anos: 1991 a 1994 (PCB) / 1995 a 1998 (PPS). Secretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro no ano de 2001. Coordenador do programa de saúde de Ciro Gomes (PPS) na eleição para Presidência da República em 2002. Participou da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde em janeiro de 2003 e foi nomeado para a coordenação-geral da 12ª Conferência Nacional de Saúde e para ser o representante do Brasil na Organização Mundial de Saúde (OMS). |

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|------------------------------|---|--|---|
| Sonia Teixeira Fleury | Psicóloga graduada pela UFMG (1976 – 1977), Especialista em Medicina Social (1976), Doutora em Ciência Política. Foi professora titular da FGV. Atuou como Presidente do CEBES e vice-presidente da ABRASCO. | Filiada ao PCB nos anos 70, não ocupou cargos eletivos nem na burocracia do partido | <p>Atuou como Presidente do CEBES (2006) e vice-presidente da ABRASCO.</p> <p>Atuou como consultora do Ministério da Previdência Social, na gestão do Dr. Waldir Pires (1985-1986)</p> <p>Consultora da Assembleia Nacional Constituinte, para a elaboração do capítulo sobre a Seguridade Social da Constituição de 1988, na relatoria do Senador Almir Gabriel.</p> <p>Participou da redação do documento preparatório e como expositora na 8ª Conferência Nacional de Saúde.</p> |
| Saraiva Felipe | Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (1976), Mestrado em Saúde Pública (1983); Especialização em Saúde Pública (1981). Foi Diretor de centro de saúde em Montes Claros (1977-1982); Atuou como Professor Assistente, da Faculdade de Medicina, UFMG, Montes Claros, 1978-; Professor Assistente, UFMG,; Professor, ENSP, (1982); Secretário, CEBES, (1983-1985); | <p>Filiado e Deputado pelo PMDB.</p> <p>Deputado(a) Federal de MG, PMDB, de 1995 a 2015.</p> <p>Atualmente é deputado federal por Minas Gerais pelo PMDB</p> | <p>Secretário Municipal de Saúde e Ação Social, Montes Claros, MG, 1983-1985;</p> <p>Secretário Nacional de Serviços Médicos, MPAS, 1985-1988;</p> <p>Secretário, Secretaria da Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, 1989-1990;</p> <p>Secretário da Saúde do Estado de Minas Gerais, 1991-1994;</p> <p>Foi ministro da Saúde no governo de Lula (2005)</p> |

| AGENTES | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | VÍNCULO COM PARTIDOS POLÍTICOS | CARGOS POLÍTICOS E/OU GESTÃO |
|------------------------|--|--|---------------------------------------|
| | | | |
| Sarah Escorel | Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1977), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1987) e doutorado em Sociologia pela Universidade de Brasília (1998). Pesquisadora Titular (Fiocruz)* [entrevistada em 6/1/2006]. pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), presidente do CEBES, | Militante do PCB, mas afirma ter atuado de forma mais independente. | Presidente do Cebes (2003-2006); |
| Ziadir Coutinho | Graduado em Medicina pela Faculdade Evangélica do Paraná (1979), pós-graduação em medicina (Dermatologia) pela UNIRIO (1994), mestrado em Medicina (Dermatologia Clínica e Cirúrgica) pela Universidade Federal de São Paulo (1999) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2011). Atualmente é médico dermatologista do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias da ENSP/FIOCRUZ, atuando na dermatologia como referencia para as equipes de saúde da família e na área de saúde coletiva, com ênfase em micoses humanas, particularmente, paracoccidioidomicose, hanseníase e câncer de pele. Participou da construção do CEBES em Curitiba | Aproximação do PCB como militante durante a graduação. Participou da organização do núcleo do CEBES em Londrina. | Atuação na gestão da SES de Londrina. |

APÊNDICE 3- AGENTES DOS PARTIDOS POLÍTICOS E SUAS TRAJETÓRIAS¹⁷⁷

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLITICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|-------------------------|--|--|--|
| Carlos Sant'anna | ARENA (1974) PP (1978) PMDB (1982) | Médico e Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). De 1971-1975 foi conselheiro da Fundação Hospitalar do Estado da Bahia, diretor-geral do Departamento de Assistência da Secretaria da Saúde Pública e Coordenador do programa materno-infantil da Fundação Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Fusep). Foi eleito em 1974 como deputado estadual pela ARENA. Em 1978, migrou para o PP após o retorno ao pluripartidarismo. Foi reeleito por seu novo partido após a fusão PP e PMDB em 1982. | Ministro da Saúde em 1985. Ministro da Educação durante o governo Sarney (1986) Participou na Comissão da Ordem Social na ANC 1987/88. Como deputado teve um papel articulador no movimento sanitário fundamental. Era pediatra na Bahia, deputado estadual, secretário estadual de educação e não estava diretamente envolvido com o movimento da Reforma. No momento em que ele foi notificado que viria para a saúde, e que assumiria a pasta ministerial da saúde, começou a estudar essas questões e se articulou com as pessoas que estavam no processo da Reforma. Se integrou às discussões da saúde até assumir o cargo de coordenador do grupo de saúde na formulação da proposta de governo de Tancredo Neves. Como coordenador do grupo e auxiliado por uma equipe de grande expressão institucional e intelectual, apresentou um programa de governo para a saúde comprometido com os ideais da universalização e da equidade. |
| Carlos Lessa | MDB PMDB (1980) | Graduação em Ciências Econômicas na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), participou da Comissão de Estudos Econômicos para a América Latina (Cepal) e lecionou no Instituto Latinoamericano y del | |

¹⁷⁷ Tabela construída a partir dos nomes citados ao longo do primeiro mapeamento deste trabalho. No decorrer da pesquisa e a partir da análise de novos documentos e materiais, novos agentes e novos dados serão inseridos nesta tabela. Informações coletadas em entrevistas e na revisão bibliográfica da literatura analisada.

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|-----------------------|--|---|---|
| | | Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES/ONU), Instituto de Estudos em Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas (IEAP/FGV), Instituto de Economia (IE) da UFRJ. Foi diretor do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) no Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social de 1985 a 1988. Foi também conselheiro do Conselho Superior de Previdência Social entre 1986 e 1989. Filiado do PMDB desde 1980, pertenceu à ala progressista do MDB. | |
| Tancredo Neves | PSD (1947) MDB (1966) PP (1979) PMDB (1982) | Advogado, empresário e político brasileiro, de Minas Gerais. Em 1947, foi eleito deputado estadual pelo Partido Social Democrático (PSD), deputado federal (1950) e exerceu cargos de Ministro da Justiça e Negócios Interiores, diretor do Banco de Crédito Real de Minas Gerais, Carteira de Redescostos do Banco do Brasil, a Secretaria de Finanças do Estado de Minas Gerais. Com a instauração do regime parlamentarista, foi nomeado primeiro-ministro do Brasil, de 1961 a 1962. Foi um dos principais líderes do MDB e reelegeu-se deputado federal em 1966, 1970 e 1974, senador em 1978. Fundou o Partido Popular (PP) em 1979. Em 1982, ingressou no Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e foi eleito governador de Minas. Foi o nome escolhido para representar uma coligação de partidos de oposição reunidos na Aliança Democrática. Em 1985 foi eleito presidente do Brasil pelo voto indireto de um colégio eleitoral por uma larga diferença. No entanto, adoeceu gravemente em 14 de março do mesmo ano, véspera da posse. Em 21 de abril, morreu de infecção generalizada. | |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|------------------------|---|---|--|
| Magalhães Pinto | UDN (1945) ARENA (1966) PP (1979) PDS (1982) | Advogado, economista e banqueiro. Foi um dos fundadores da UDN e eleito deputado federal em 1945, 1950, 1954 e 1958. Em 1960 foi eleito governador de Minas Gerais ao derrotar Tancredo Neves, candidato do PSD. Eleito deputado federal pela ARENA em 1966, assumiu o Ministério das Relações Exteriores no Governo Costa e Silva. Em 1970 foi eleito senador, em 1975 e 1978 foi eleito deputado federal. Participou da fundação do Partido Popular (PP) em 1979 ao lado do senador Tancredo Neves. A convivência entre eles cessou após a incorporação entre PP e PMDB, medida rejeitada por Magalhães Pinto que filiou-se ao PDS e foi reeleito deputado federal em 1982. Ausentou-se da votação da Emenda Dante de Oliveira em 1984 e votou em Tancredo Neves no Colégio Eleitoral em 1985. | |
| Ubaldo Dantas | ARENA (1978) PP (1980) PMDB (1982) PDT (1982) PSDB (1990) | Médico, do Estado Bahia. Professor de medicina preventiva na UFBA de 1972 até 1990 e Mestre em medicina social. Foi Secretário de Saúde da Bahia, no governo de Roberto Santos (ARENA - 1975-1979). Nas eleições realizadas em novembro de 1978, candidatou-se ao seu primeiro mandato parlamentar na legenda da ARENA. Foi eleito deputado federal em fevereiro de 1979. Com a extinção do bipartidarismo em 29 de novembro de 1979 filiou-se ao Partido Popular (PP). Com o fim do PP em fevereiro de 1982, filiou-se ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e, mais tarde, ao Partido Democrático Trabalhista (PDT), elegendendo-se prefeito de Itabuna em novembro de 1982. Filiou-se ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e concorreu a uma vaga na Câmara dos Deputados em outubro de 1990, obtendo a primeira suplência. | Durante seu mandato como deputado federal (1979) presidiu a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e organizou, em 1980, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|-------------------------|--|--|---|
| Eduardo Jorge | PT (1983) PV (2003) | Médico sanitaria, deputado estadual e federal pelo Partido dos Trabalhadores em várias legislaturas, de 1983 a 2000. Durante a ditadura militar atuou como militante no movimento estudantil e no Partido Comunista Brasileiro Revolucionário (PCBR) – partido clandestino surgido em 1964 como uma ramificação do PCB. | Atuou em movimentos populares na periferia de São Paulo, a partir de 1974, Organizou os primeiros conselhos populares de saúde, em 1978. Trabalhou como médico sanitaria da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Membro da Comissão da Ordem Social e subcomissão saúde, seguridade e meio-ambiente na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88. |
| Raimundo Bezerra | PDS (1982) PMDB (1984) | Médico, do estado do Ceará, deputado estadual pelo Partido Democrático Social (PDS) em novembro de 1982. Na Assembleia Legislativa do Ceará foi vice-líder do PDS, em 1983, e coordenador da bancada do partido, em 1984. Posteriormente, exerceu o cargo de primeiro-secretário no Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Em 1985 participou, na qualidade de delegado da Assembleia Legislativa do Ceará, da sessão do Colégio Eleitoral e votou em Tancredo Neves. Em 1986 candidatou-se a deputado federal constituinte pela legenda do PMDB. Participou da Assembleia Nacional Constituinte (ANC). | Iniciou a carreira como médico do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) no Crato (CE), em 1960. Foi Suplente da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, da Comissão da Ordem Social (1987), e titular da Comissão de Sistematização (1987-1988) votou a favor da proibição do comércio de sangue. Em junho de 1989 atuou como presidente da Comissão de Saúde da Câmara e apresentou o projeto global de orçamento para a Seguridade Social ao Congresso Nacional. O projeto incluía as leis orgânicas da Saúde e da Assistência Social e o Plano de Custeio e Benefícios da Previdência Social. |
| Carlos Mosconi | PMDB (1982) PSDB (1988) | Médico, professor nas Faculdades de Medicina de Itajubá e de Alfenas, e foi diretor da Faculdade de Medicina – Unifenas-BH. Foi deputado federal em 1982 pelo PMDB. Foi um dos fundadores do PSDB e primeiro presidente da legenda em Minas, de 1988 a 1991. | Em 1982 foi presidente da Comissão de Saúde da Câmara Federal. Secretário Estadual de Saúde do Distrito Federal (1985); Na Assembleia Constituinte, foi relator da Saúde, contribuindo para a criação do SUS. |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|------------------------|---|---|--|
| | | | Em 1991, foi convidado pelo Presidente Itamar Franco para presidir o Inamps. Em sua gestão, ele extinguiu o instituto. |
| Geraldo Alckmin | MDB (1972) PMDB (1982) PSDB (1990) | Médico, membro do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) desde 1972. Em 1976, foi eleito prefeito de Pindamonhangaba e em 1982, já no PMDB, foi eleito deputado estadual de São Paulo. Nas eleições de 1986, Alckmin foi eleito deputado federal constituinte. Em 1988, descontente com os rumos do PMDB, Alckmin, Franco Montoro, José Serra, Bresser Pereira, Fernando Henrique Cardoso, Mário Covas e outros dissidentes fundam o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) Foi reeleito deputado federal nas eleições de 1990. | Foi membro titular da Subcomissão de Saúde e da Seguridade na ANC. Em 1988, integrou as comissões de Saúde, Previdência e Assistência Social e de Defesa do Consumidor e do Meio Ambiente da Câmara dos Deputados. Em 1989 foi relator do projeto de regulamentação do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela nova Constituição. Seu substitutivo ao projeto previa, entre outras medidas, a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), proposta pelo Executivo. Foi também relator da Lei Orgânica da Saúde e da nova legislação sobre doação e transplante de órgãos. |
| Roberto Freire | PCB (1962) MDB (1965) PMDB (1980) PCB (1985) PPS (1992) | Advogado, militante, atuou como advogado sindical defendendo trabalhadores rurais, em 1962 sob a influência do PCB. Participou pela primeira vez de uma eleição em 1972 como candidato a prefeito de Olinda pelo então MDB, e embora tenha sido o mais votado perdeu para a soma dos votos das duas sublegendas da ARENA. O primeiro mandato, de deputado estadual, foi conquistado em 1974 pelo MDB. Foi eleito para quatro mandatos sucessivos de deputado federal. Foi também vice-líder do MDB. Participou na linha de frente da campanha pelas Diretas Já. Como líder do PCB, após a legalização do partido, teve um papel destacado na Assembleia Constituinte. | Na Constituinte, defendeu o acesso à saúde pública por meio da criação de fortalecimento do SUS; Concorreu a presidência e teve como seu vice candidato Sérgio Arouca pelo PCB. |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|--------------------------|---|--|--|
| Bonifácio Andrada | UDN (1959) ARENA (1975) PSD (1980) PTB (1994) PSDB (1997) | Advogado, jornalista, cientista político, professor universitário. Foi deputado estadual de Minas Gerais em 1959 e vereador de Barbacena, de 1954 a 1958 pela UDN. Deputado estadual de Minas pela ARENA em 1975. Torna-se deputado federal pela ARENA em 1979 e pelo PDS de 1980-1993. Filiou-se ao PTB nas eleições de 1994 e posteriormente, em 1997, ao PSDB exercendo o cargo de deputado federal. Foi membro da Assembleia Nacional que elaborou a Constituição de 1988. | |
| Euclides Scalco | PTB (1960) MDB (1966) PMDB (1980) PSDB (1988) | Farmacêutico, foi secretário do diretório municipal do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) na cidade de Francisco Beltrão, Paraná (1960-1962) e, em seguida, prefeito (1963-1964). Foi um dos fundadores, em 1966, da seção paranaense do partido oposicionista, Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e eleito novamente vereador em Francisco Beltrão até 1969. No pleito de novembro de 1978 elegeu-se deputado federal pelo MDB, filiando-se ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Participou da campanha das Diretas Já, no início de 1984, e das articulações que levaram à formação da Aliança Democrática e à vitória de Tancredo Neves no Colégio Eleitoral, em 15 de janeiro de 1985. Nas eleições de 15 de novembro de 1986, elegeu-se deputado federal constituinte pelo PMDB paranaense. Desempenhou papel de destaque nas articulações políticas durante a Constituinte, tendo sido um dos líderes do “grupo do consenso”, um dos agrupamentos suprapartidários formados no processo constituinte, reunindo parlamentares de centro-esquerda com o objetivo de defender propostas de conteúdo social e democrático na | Foi membro titular da Comissão de Saúde (1979-1981) da Câmara dos Deputados. Foi coordenador do segundo simpósio nacional de Saúde da Câmara (1981). Membro das comissões de Saúde e de Previdência e de Assistência Social da Câmara dos Deputados em 1986 na ANC. Em 1986 integrou a missão brasileira à reunião da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sobre tendências e políticas de organização dos sistemas nacionais de saúde, em Caracas, Venezuela. |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|--|--|--|---|
| | | nova Constituição. Em 1988, ao lado de outros peemedebistas foi um dos principais organizadores do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), tendo sido secretário-geral de sua comissão provisória nacional e, logo a seguir, eleito na convenção de fundação do partido secretário-geral de sua primeira Executiva Nacional. | |
| Luiz Inácio (Lula) da Silva | PT (1980) | Ex-sindicalista e ex-metalúrgico, foi fundador do Partido dos Trabalhadores (PT). Em 1968, filiou-se ao Sindicato de Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema. Em 1978, passou a liderar as negociações e as greves de metalúrgicos de sua base na região do ABC paulista. Em 1980, Lula se juntou a sindicalistas, intelectuais, representantes dos movimentos sociais e católicos militantes da Teologia da Libertação para formar o Partido dos Trabalhadores (PT), do qual foi o primeiro presidente. Em 1984, participou da campanha Diretas Já. Lula e o PT abstiveram-se de participar desta eleição. O PT decide firmar uma posição independente ao governo Sarney, mas logo se encontram no campo da oposição ao novo governo. Em 1986, Lula foi eleito deputado federal por São Paulo e participa da elaboração da Constituição Federal de 1988. Em 1989, candidatou-se a presidente e ficou em segundo lugar. Candidatou-se novamente em 1994 e 1998, sendo finalmente eleito em 2002 como presidente da República até 2011. | |
| Leonel Brizola | PTB (1945) PDT (1980) | Engenheiro Civil, fundador do PDT. Filiou-se ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) em 1945. Em 1947 foi eleito deputado estadual eleito deputado estadual do Rio grande do Sul. Foi reeleito deputado estadual em 1950 e em 1954 foi eleito como deputado federal. Em janeiro de | |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|-----------------------|---|--|---|
| | | 1956, foi eleito prefeito de Porto Alegre. Vence a candidatura à governador do Rio Grande do Sul em 1959. Participou em 1961, da Campanha da Legalidade, em defesa da democracia e do direito de seu cunhado, o vice-presidente João Goulart, ser empossado presidente da República. Após o golpe de 1964, exilou-se no Uruguai, EUA e Portugal, retornando ao Brasil em 1979 com a Lei da Anistia. Em 1980 funda o Partido Democrático Trabalhista (PDT). Em 1983 foi eleito como governador do Rio de Janeiro, onde manteve-se até 1987. Participou das manifestações pelas Diretas Já em 1984 e orientou a bancada do PDT a votar na chapa de Tancredo Neves nas eleições indiretas. Candidatou-se à presidência da República em 1989, obtendo o terceiro lugar no primeiro turno. Foi ainda novamente governador do Rio de Janeiro de 1991 a 1994. | |
| Luiza Erundina | PT (1980-1998) PSB (1998-2016) PSOL (2016-presente) | Assistente social e política brasileira, foi eleita a primeira prefeita de São Paulo e representando p PT de 1989 – 1993. Foi também Deputada estadual de São Paulo (1987- 1988); Vereadora de São Paulo (1983- 1986). É deputada federal por São Paulo desde fevereiro de 1999. Atualmente é filiada ao Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e atualmente deputada federal pelo estado de São Paulo. Erundina defende uma maior participação feminina na representatividade | |
| Ivete Vargas | PTB (1950) MDB (1969) PTB (1980) | Jornalista, eleita deputada federal pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) em 1950 pelo estado de São Paulo. Foi reeleita sucessivamente em 1954, 1958, 1962 e 1966 sendo uma das primeiras parlamentares | |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|--------------------------|--|---|---|
| | | brasileiras. Presidiu o PTB paulista até a extinção da legenda em 1965 e aderiu ao MDB, tendo sido cassada em 1969, pelo AI-5 e desligou-se momentaneamente da vida política. Em 1979 presidiu uma das facções que disputaram o controle da sigla do PTB, com o grupo de Leonel Brizola, e em 1980, por decisão do TSE, ganhou a disputa, e se tornou a Presidente Nacional do novo PTB enquanto grupo de Brizola fundava o Partido Democrático Trabalhista (PDT). | |
| Franco Montoro | PDC (1947) MDB (1966) PMDB (1980) PSDB (1988) | Jurista, foi vereador em São Paulo pelo PDC em 1947, deputado estadual em 1950 e deputado federal em 1958, 1962 e 1966. Ingressou no <u>MDB</u> em 1966. Foi eleito <u>senador</u> em 1970 e reeleito em 1978. Foi um dos fundadores do <u>PMDB</u> em 1980. Foi eleito governador de <u>São Paulo</u> em 1982. Participou da campanha pelas <u>Diretas Já</u> . Participou da criação do <u>PSDB</u> em 1988. Foi novamente eleito <u>deputado federal</u> em 1994 e 1998. | |
| Dante de Oliveira | MDB (1976-1980) PMDB (1980-1990) PDT (1990-1994) PSDB (1994-2006) | Engenheiro civil, nacionalmente conhecido pela autoria de uma emenda constitucional que levou seu nome, que propunha o restabelecimento das eleições diretas para presidente da república, num movimento que resultou na campanha das Diretas Já em 1984. Militou no MR-8 (Movimento Revolucionário Oito de Outubro) e a seguir ingressou em 1976 no MDB. Foi eleito deputado estadual em 1978 pelo estado do Mato Grosso. Com a extinção do bipartidarismo filiou-se ao PMDB sendo eleito deputado federal em 1982 e apresentando no ano seguinte uma emenda restabelecendo as eleições diretas para presidente que se realizariam em 15 de novembro de 1984. A emenda foi barrada, e o governo federal enviou | |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|---------------------------------|--|---|---|
| | | <p>ao parlamento a chamada “emenda Figueiredo” que previa o restabelecimento das eleições diretas apenas em 1988. Em 1985, foi eleito prefeito de Cuiabá pelo PMDB, cargo que exerceu entre 1º de janeiro de 1986 e 28 de maio de 1986, quando assumiu o Ministério da Reforma e do Desenvolvimento Agrário do governo Sarney. Ingressou no PDT em 1990 e em 1992, elegeu-se como prefeito de Cuiabá novamente. Em 1994, foi eleito governador de Mato Grosso. Ingressou no PSDB e foi reeleito governador em 1998.</p> | |
| <p>Ulisses Guimarães</p> | <p>PSD (1947) MDB (1965) PMDB (1979)</p> | <p>Advogado, um dos principais opositores à ditadura militar. Com a instauração do bipartidarismo (1965) MDB, do qual seria vice-presidente e, depois, presidente. À frente do partido, participou de todas as campanhas pelo retorno do país à democracia, inclusive a luta pela anistia ampla geral e irrestrita. Era considerado um dos principais parlamentares da chamada oposição “autêntica”, ou seja, mais moderados que acreditavam na possibilidade de atuar mesmo sob o regime ditatorial. Com o tempo foi aproximando-se dos chamados “radicais”. Com o fim do bipartidarismo (1979), o MDB converteu-se em Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), do qual seria presidente nacional. Liderou a campanha de redemocratização, pelas Diretas Já e em 1º de fevereiro de 1987, tomou posse como presidente da Assembleia Nacional Constituinte, responsável por estabelecer nova Constituição democrática para o Brasil. Candidatou-se à Presidência da República, na sigla do PMDB, nas eleições de 1989. Em 1990, foi reeleito deputado.</p> | |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|---------------------------------|---|--|---|
| Marcio Moreira Alves | MDB (1966) PMDB (1979) | Aderiu ao MDB em 1966 e foi eleito deputado federal pelo Rio de Janeiro. Inicialmente apoiou o movimento militar de 1964, porém, quando foi proclamado o AI-1, ele tornou-se opositor do regime. Ao proferir no início de setembro de 1968, como deputado, um discurso no Congresso Nacional em que convocava um boicote às paradas militares alusivas à Semana da Pátria e solicitava às jovens brasileiras que não namorassem oficiais do Exército, em uma alerta contra as torturas que ocorriam no regime, o Ministro da Justiça à época enviou à Câmara de Deputados pedido de autorização para que o deputado Márcio Moreira Alves fosse processado. A crise foi se aguçando e por fim em 11 de dezembro de 1968 os deputados votaram o pedido, recusando-o. Em represália, o governo determinou o fechamento (recesso) da Câmara e os deputados tiveram que se retirar atravessando uma ameaçadora e humilhante fileira de soldados. Logo em seguida, foi decretado o AI-5. Márcio Moreira Alves estava obviamente "jurado de morte" e teve que rapidamente exilar-se. Retornou ao Brasil apenas em 1979, após a Lei da Anistia. Em 1979 filiou-se ao PMDB concorrendo a uma cadeira na Câmara dos Deputados pelo Rio de Janeiro. Entre 1982 e 1984, assessorou Luís Carlos Bresser Pereira na presidência do Banco do Estado de São Paulo (Banespa), e depois na Secretaria de Governo de São Paulo. | |
| Mario Covas | PST (1961) MDB (1968-1986) PMDB (1986-2001) | Engenheiro, trigésimo governador do estado de São Paulo, entre 1995 e 2001. Iniciou a vida política em 1961, como candidato à prefeitura de Santos, sua cidade natal. | * |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|---------|--|---|---|
| | | <p>Elegeu-se como deputado federal, pelo PST. Com a dissolução dos partidos políticos em 1965, foi um dos fundadores do MDB. Em 1968, foi líder da bancada oposicionista na Câmara dos Deputado e cassado em 1969. Em 1979, reconquistados os direitos políticos, torna-se presidente do MDB. Foi reeleito deputado federal em 1982 pelo PMDB. Com a posse do governador André Franco Montoro em março de 1983, seria nomeado por ele Secretário de Estado dos Transportes de São Paulo. Apenas dois meses depois, com o apoio do próprio Franco Montoro, venceria o grupo de Orestes Quércia dentro do PMDB e foi nomeado para a prefeitura de São Paulo até 1986. Foi eleito senador em 1986 com 7,7 milhões de votos, a maior votação de um candidato a cargo eletivo na história do Brasil até então, beneficiado também pela reputação conquistada como prefeito. Foi líder da bancada do PMDB no Senado durante a Assembleia que elaborou a Constituição de 1988. Durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, alinhou-se muitas vezes às bancadas de esquerda e fez oposição ao chamado Centrão, bloco supra-partidário liberal de direita.</p> | |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|-------------------------|--|--|---|
| Aureliano Chaves | UDN (1958) ARENA (1966) PDS (1979) PFL (1985) | Graduado em Engenharia Eletromecânica, foi deputado estadual pela UDN (1958-1966), banda mais ortodoxa do partido. Foi eleito deputado federal (1966-1974), pela ARENA. Foi eleito governador de Minas Gerais, por via indireta, em 1974. Foi Vice-Presidente da República (1979-1985), exercendo várias vezes a presidência, sendo o primeiro vice-presidente civil do regime militar. Por ocasião das eleições indiretas, se ofereceu em 1984 como candidato dentro de seu partido, o PDS. Com a vitória de Maluf na convenção, nomes como Aureliano, Maciel e Jorge Bornhausen decidiram sair do PDS e fundar um novo partido, o Partido da Frente Liberal (PFL), em alusão à "frente liberal" que esses políticos formavam a partir dali, para apoiar o candidato da oposição Tancredo Neves no colégio eleitoral, na chamada "Aliança Democrática". Concorreu à presidência nas eleições diretas de 1989 pelo PFL, terminando o pleito em nono lugar. | |
| Max Mauro | MDB (1971-1979) PMDB (1987-1986) PDT (1986-1998) PTB (1998) | Formou-se em medicina pela Universidade Federal da Bahia em 1962, em Salvador, tendo feito residência em clínica médica no Hospital das Clínicas Professor Edgar Santos. Foi médico do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP) e posteriormente do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB). Com a fusão dos institutos de previdência social do país, tornou-se médico do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Foi sócio e plantonista do Pronto Socorro Particular de Vitória e diretor do Serviço de Saúde e Assistência Social da Prefeitura de Vila | Médico-Residente, Hospital das Clínicas Salvador, BA, 1962-1963; Médico, IAPFESP, Vitória, ES, 1965-1966; Médico, IAPB, Vitória, ES, 1966; Diretor, Serviço de Saúde e Assistência Social, Vila Velha, ES. |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|--------------------|--|--|--|
| | | <p>Velha. Na política foi um dos fundadores do MDB elegendo-se prefeito da cidade em 1970 e depois venceu as eleições para deputado estadual em 1974 e deputado federal em 1978. Reinstituído o pluripartidarismo no país no primeiro ano do governo João Figueiredo, Max Mauro foi também um dos fundadores do PMDB sendo reeleito deputado federal em 1982. Em 1986 foi eleito governador do Espírito Santo filiando-se ao PDT. Foi eleito deputado federal, pela terceira vez em 1998 pelo PTB. Desde 2010, não disputou mais nenhuma eleição.</p> | <p>Participou da Comissão de Saúde da Constituinte como Presidente e Membro;</p> |
| José Sarney | <p>PSD (1955) UDN (1958) ARENA (1965) PDS (1979)</p> | <p>Bacharel em direito, ingressou na carreira política filiando-se ao Partido Social Democrático (PSD) e assumindo o mandato Câmara dos Deputados em 1955. Foi para a UDN e eleito deputado federal pelo estado do Maranhão em 1958 e 1962. Foi também governador do Maranhão em 1965. Com a imposição do bipartidarismo em 1965 ingressa na ARENA. Foi eleito e reeleito senador na década de 1970 e até 1985. Presidiu a legenda a partir de 1979, que se tornaria PDS no início de 1980, mas deixou o partido e ingressou no PMDB em 1984, tornando-se vice-presidente na chapa de Tancredo Neves para a eleição presidencial de 1985. Com o adoecimento e falecimento do presidente Tancredo Neves, Sarney assume a presidência da República em abril de 1985. Durante seu mandato, foram restabelecidas as eleições diretas para presidente, prefeito e governador.</p> | |
| Paulo Maluf | <p>ARENA (1966) PDS (1979)</p> | <p>Engenheiro, empresário brasileiro. Filiou-se à ARENA durante o regime militar, foi nomeado prefeito de São Paulo para o período de 1969 a 1971, por indicação do presidente da República Costa e Silva. Em 1977, foi</p> | |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLÍTICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|------------------------|--|---|---|
| | PPR (1993) PPB (1995) PP (2003) | <p>eleito indiretamente governador do Estado de São Paulo. Em 1982 renunciou ao governo do estado dando lugar ao vice-governador José Maria Marin, para disputar uma vaga de deputado federal sendo eleito. Na Câmara dos Deputados (1983-1987) foi contra a emenda Dante de Oliveira, que propunha eleições diretas para Presidente da República. Mesmo tendo comparecido a apenas quatro votações, articulou sua primeira candidatura à Presidência da República via Colégio Eleitoral derrotando Mário Andreazza. Tornou-se candidato a Presidente da República tendo como vice-presidente o deputado federal piauiense Flávio Marcílio. Sua foi o estopim para que os dissidentes governistas se alinhassem ao oposicionista Tancredo Neves e estruturassem a dissidência da Frente Liberal, embrião do PFL. Foi derrotado pela Aliança Democrática e a chapa Tancredo- Sarney vence a eleição de 1985. Maluf nunca trocou de partido, embora a sigla tenha mudado ao longo dos anos: de ARENA para PDS (em 1980), que mudou para PPR (em 1993), que virou PPB (em 1995), e que desde 2003 é denominado Partido Progressista, PP.</p> | |
| Flávio Marcílio | PTB (1954) ARENA (1966) PDS (1979) | <p>Advogado, professor Universidade Federal do Ceará, Universidade de Brasília e do Centro Universitário de Brasília. Em 1954, iniciou sua carreira política pelo PTB como vice-governador do Ceará e depois assumindo o cargo de Paulo Sarasate que renunciou para se candidatar a deputado federal. Foi eleito suplente de deputado federal em 1962 sob convocação. Com o bipartidarismo filiou-se à ARENA sendo reeleito sucessivamente em 1966, 1970, 1974, 1978 e 1982. Foi também Presidente da Câmara dos Deputados em nos períodos de 1973-</p> | |

| AGENTES | FILIAÇÃO PARTIDÁRIA POLITICO (1984-1988) | FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA | RELAÇÃO COM O SETOR SAÚDE OU COM A REFORMA SANITÁRIA |
|---------|--|---|---|
| | | 1975, 1979-1981, 1983-1985. Comandou a votação que rejeitou a Emenda Constitucional Dante de Oliveira. Em 1984 foi escolhido candidato a vice-presidente da República na chapa de Paulo Maluf pela convenção nacional do PDS, e foi derrotado. Em 1986 tentou um novo mandato mas ficou na suplência. | |

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “*PARTIDOS POLÍTICOS E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO PERÍODO DE REDEMOCRATIZAÇÃO DO PAÍS (1979-1988)*”, desenvolvida por **Celita Almeida Rosário**, discente do curso de pós-graduação - Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof. Dra. **Tatiana Wargas de Faria Baptista**.

A pesquisa tem como objetivo analisar a pauta política para a saúde apresentada pelos partidos políticos no período denominado de “abertura política e redemocratização” (1979-1988) e a interação com o projeto político da Reforma Sanitária. Sua participação nessa pesquisa é importante por ser considerado um ator-chave para o entendimento deste processo, mas sua participação não é obrigatória, cabendo a você a decisão de participar da pesquisa, assim como de sair dela a qualquer momento, sem que seja prejudicado por isto.

Essa pesquisa recorrerá à outras fontes de análise além de entrevista, tais como documentos, livros, artigos, vídeos, teses e dissertações. A sua participação consistirá em responder perguntas semiestruturadas, a partir de um roteiro, à pesquisadora do projeto. Caso o Sr. (a) esteja de acordo, ela será gravada para posteriormente ser transcrita. No entanto, com o intuito de minimizar riscos e eventual constrangimento, você poderá solicitar a pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento.

As gravações serão armazenadas em local seguro e de acesso exclusivo do pesquisador e seu orientador. Os resultados dessa pesquisa serão divulgados na tese de doutorado do pesquisador responsável, e possivelmente em artigos e seminários, contudo, caso deseje, serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestada. Neste caso, existe um risco indireto de que informações relacionadas a sua ocupação/instituição possam dar pistas sobre sua identidade.

Ao final da pesquisa todo material será guardado e mantido em sigilo pelo pesquisador por um período de cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Este termo é redigido em duas vias, você receberá uma via onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Caso, futuramente, sinta-se lesado comprovadamente em decorrência da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Página 1 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Todas as páginas deste documento deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador responsável.

Celita Almeida Rosário
 Pesquisadora – Doutoranda em Saúde Pública
 Rua Bento Lisboa, 14.
 Telefone: (021) 999547007
 E-mail: celita.almeida@yahoo.com.br

Tatiana Wargas de Faria Baptista
 Pesquisadora – Orientadora
 Rua Leopoldo Bulhões, 1480 7º andar
 Telefone: (021) 2598 2612
 E-mail: twargas@ensp.fiocruz.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade:

Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Autorizo a divulgação do meu nome e instituição nos resultados da pesquisa

Não autorizo a divulgação do meu nome e instituição nos resultados da pesquisa

(Assinatura do participante da pesquisa)

Página 2 de 2

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Todas as páginas deste documento deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador responsável.

APÊNDICE 5- ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – OS PARTIDOS POLÍTICOS E A REFORMA SANITÁRIA

A pesquisa tem como objetivo analisar as narrativas sobre a participação dos partidos políticos no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Chegamos até seu nome por sua participação nas discussões relativas à saúde entre os anos 1970/1980.

Entrevistado:

Data:

- Conte um pouco da sua trajetória na saúde e a participação no debate da Reforma Sanitária.
- Na trajetória e debate da Reforma Sanitária (entre os anos 1970-1980), buscou-se um diálogo com os partidos políticos? Ou os partidos buscaram um diálogo com a saúde?
 - Que partidos reconhece mais próximos do debate da reforma?
 - Que nomes você julga importante nessa articulação partidos-saúde? Quem era do movimento da saúde e estava filiado a partidos? E você, esteve vinculado a algum partido?
 - O que discutiam? De que forma se aproximaram? O que pautavam para debate?
 - Em algum momento a articulação com partidos políticos foi considerado uma estratégia importante para sustentar o projeto de reforma?
 - É possível afirmar que os partidos políticos que estiveram em diálogo com a Reforma assumiram o projeto da “saúde como direito”? De que modo?
- Alguns autores do campo, como Cohn, consideram que o projeto de Reforma Sanitária teve uma base político-partidária frágil com implicações para a consolidação do projeto. O que acha disso?
- Para você, quais os desafios e caminhos para a construção da política pública de saúde na perspectiva do direito universal? Com o que contar, com quem?