



UFRR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E FRONTEIRAS**

SAMMUEL FELIPE CHAGAS DE SOUZA

**ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: A PARTICIPAÇÃO DA CATEGORIA
MÉDICA NA FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PARA
SAÚDE NO BRASIL**

BOA VISTA, RR

2021

SAMMUEL FELIPE CHAGAS DE SOUZA

ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: A PARTICIPAÇÃO DA CATEGORIA
MÉDICA NA FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS
PARA SAÚDE NO BRASIL

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima, como requisito para obtenção do título de Mestre no Curso de Mestrado em Sociedade e Fronteiras, no ano de 2021 e na linha de pesquisa: Sociedade e Política.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Sousa

BOA VISTA, RR

2021

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

S729e Souza, Sammuel Felipe Chagas de.

Estado e políticas públicas: a participação da categoria médica na
formulação e implementação das políticas para saúde no Brasil /
Sammuel Felipe Chagas de Souza. – Boa Vista, 2021.

133 f. : il.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Lúcia de Sousa.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima,
Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras.

1 – Política pública. 2 – Política de Saúde. 3 – Referencial
cognitivo normativo. 4 – Decolonialidade. 5 – Relações de poder.
I – Título. II – Sousa, Ana Lúcia de (orientadora).

CDU – 614.4(81)

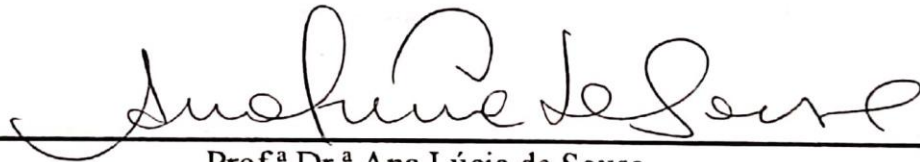
Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária/Documentalista:
Shirdoill Batalha de Souza - CRB-11/573 - AM

SAMMUEL FELIPE CHAGAS DE SOUZA

ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: A PARTICIPAÇÃO DA CATEGORIA
MÉDICA NA FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS
PARA SAÚDE NO BRASIL

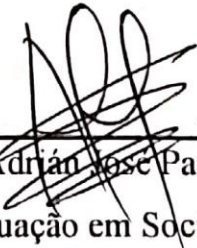
Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima, como requisito para obtenção do título de Mestre no Curso de Mestrado em Sociedade e Fronteiras, no ano de 2021 e na linha de pesquisa: Sociedade e Política.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia de Sousa



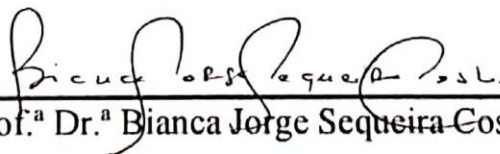
Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia de Sousa

Orientadora / Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras – UFRR



Prof. Dr. Adrián José Padilla Fernández

Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras – UFRR



Prof.^a Dr.^a Bianca Jorge Sequeira Costa

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – UFRR

AGRADECIMENTOS

Aproveito este espaço para reconhecer e demonstrar meus agradecimentos a minha esposa, Martha Julia Martins, que me incentivou a realizar esta pesquisa e que com a sua paciência e companheirismo me mostra todos os dias como ser uma pessoa melhor.

Agradeço a Prof.^a Ana Lúcia de Sousa que me orientou nesta pesquisa e que esteve disponível em todos os momentos. Agradeço por sua paciência, pela leitura atenta e pelo diálogo.

Agradeço ao Prof. Adrián J. P. Fernández pelas aulas sobre decolonialidade e pela disposição e paciência para ler este trabalho.

Agradeço a Prof.^a Bianca J. S. Costa pelas indicações de leituras e sugestões.

Agradeço ao Prof. Marcos Braga (*in memoriam*) pelas aulas de política pública e movimento social que muito contribuíram com esta pesquisa.

Agradeço aos membros da banca pela disposição e pelas contribuições ao meu trabalho.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras (PPGSOF) da Universidade Federal de Roraima que ao compartilharem seus conhecimentos nas aulas me permitiram construir a base de conhecimento para a minha pesquisa.

Agradeço aos colegas do PPGSOF pela convivência e pela troca acadêmica.

E por fim, um agradecimento especial aos servidores técnicos e estagiários da secretaria da PPGSOF que muito me auxiliaram durante toda esta jornada.

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo central de analisar o processo histórico de constituição e formação da categoria médica no Brasil, identificando assim como essa categoria pôde ser a principal referência em termos de mediação no desenvolvimento das atividades de formulação e implementação das políticas públicas de saúde adotadas pelo Estado brasileiro. Para tanto, por meio de uma análise documental, foi analisada a formação do setor da saúde e a formação da categoria médica como agente político capaz de mediar as relações no setor. Para essa análise, foram utilizadas as abordagens cognitiva e normativa, a partir do sistema de referência de Jobert e Muller (1987), a noção de Estado e de hegemonia de Gramsci (2011) e a abordagem da decolonialidade, tendo como base a matriz da colonialidade do poder de Quijano (2009) e o pensamento de fronteira (*border thinking*) de Mignolo (2012). Por meio desta pesquisa, conclui-se que as características históricas da formação do Estado brasileiro e a sua subordinação às referências hegemônicas globais determinaram a formação do setor da saúde e das categorias profissionais desse setor. Percebeu-se também que as imposições de políticas públicas foram direcionadas para a transformação do setor de modo a atender as necessidades e expectativas dominantes que no primeiro momento a categoria médica respondera pela plena mediação, mas com a sua institucionalização, surgiu espaço para outros agentes mediadores, no qual o Ministério da Saúde se mostrou mais habilitado nessa questão.

Palavras-chave: Política pública. Política de Saúde. Referencial cognitivo normativo. Decolonialidade. Relações de poder.

ABSTRACT

The present work has the central objective of analyzing the historical process of constitution and formation of the medical category in Brazil, thus identifying how this category could be the main reference in terms of mediation in the development of the formulation and implementation activities of the adopted public health policies by the Brazilian State. Therefore, through a documental analysis, the formation of the health sector and the formation of the medical category as a political agent capable of mediating relations in the sector were analyzed. For this analysis, the cognitive and normative approaches were used grounded on Jobert and Muller's (1987) Frame of Reference, Gramsci's (2011) concept of State and Hegemony, the perspective of Decoloniality based on the colonial matrix of power by Quijano (2009) and Mignolo's (2012) border thinking. Data has shown that the historical characteristics of the formation of the Brazilian State and its subordination to global hegemonic references determined the formation of the health sector and the professional categories of this sector. It was also noticed that the impositions of public policies were directed towards the transformation of the sector in order to meet the dominant needs and expectations, that at first the medical category was responsible for full mediation, but with its institutionalization, space for other mediators agents emerged, in which the Ministry of Health was more qualified in this matter..

Keywords: Public policy. Health Policy. Normative cognitive approaches. Decoloniality. Power relations

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Ciclo de ação pública.....	17
Figura 02 - Modelo conceitual de ação pública, hegemonia e transformação	22
Figura 03 - Matriz da Colonialidade do poder	32
Figura 04 - Lista das Conferências Nacionais de Saúde anteriores ao SUS.....	74
Figura 05 - Ciclo de ação pública: incremento e ruptura	99
Figura 06 - Colonialidade do poder no setor da saúde	108

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ESTADO, POLÍTICA PÚBLICA E DECOLONIALIDADE: ALGUMAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS.....	13
2.1 AS PERSPECTIVAS DE ANÁLISE DO ESTADO.....	15
2.2 A DECOLONIALIDADE E A AÇÃO PÚBLICA.....	27
3 A FORMAÇÃO SOCIAL DA CATEGORIA MÉDICA PELO ESTADO	36
3.1 A MEDICINA COMO INSTRUMENTO DE PODER	38
3.2 A ESPECIALIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE E A ESTABILIZAÇÃO DA CATEGORIA MÉDICA COMO MEDIADORA NO SETOR.....	51
3.3 O ESTADO SOCIAL COMO SOLUÇÃO PARA SAÚDE PÚBLICA	59
4 A AÇÃO PÚBLICA E A CATEGORIA MÉDICA ORGANIZADA.....	75
4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	77
4.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DO SUS	86
4.3 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS - PMM	94
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS	123

1 INTRODUÇÃO

No dia 21 de junho de 2013, uma sexta-feira, a Presidenta Dilma Rousseff fez um pronunciamento em cadeia nacional ressaltando a importância das manifestações em uma democracia plena e apresentando uma pronta resposta de seu governo às reivindicações populares. O discurso da presidenta almejava canalizar a força popular, advinda da população mais jovem do Brasil que reivindicava projetos transformadores, os quais outros países já haviam implementado e tiveram retornos positivos no desenvolvimento social e econômico. Para a presidenta, a limitação econômica e política seria superada por essa força popular que vinha das ruas, abrindo oportunidade assim, para uma nova ação pública de qualidade, com mais escolas, saúde e segurança, como também, mais transporte público, com preço justo que permitisse um maior acesso a esse serviço. Assim, o Governo mostrou-se mais aberto às demandas da população, consciente, contudo, que as instituições públicas e a estrutura governamental deveriam mudar para manterem essa postura. Para tanto, a presidenta tomou como prioridade uma grande pactuação com os três poderes e com os chefes do executivo de cada ente da federação para aplicar um grande plano nacional que, entre várias medidas, propunha “trazer de imediato, milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento do Sistema Único de Saúde, o ‘SUS’” (ROUSSEFF, 2013)¹.

Esse tipo de medida, em especial no setor da saúde, gerou um grande problema entre o Governo e determinados agentes políticos, pois resultou em insatisfações em diversas personalidades políticas do campo empresarial, de instâncias governamentais nas esferas estadual e municipal e principalmente dos profissionais da saúde. As relações presentes entre esses agentes políticos e o Estado faz parte de um longo processo de transformação social, política e econômica, que apesar de ter uma dinâmica própria, sofre influência a partir das relações de poder que agem sobre o Estado. Essa transformação gerou fronteiras cognitivas e normativas, que possibilitou o corporativismo entre os profissionais da saúde, em que as complexas relações de poder colocam a categoria médica em evidência, mas esconde toda uma estrutura dominante que essa categoria reproduz na sua ação profissional. Tal domínio pode ser rastreado pelas ideias hegemônicas disseminadas a partir dos países ricos, pois essas ideias representam importantes referências para as ações dos agentes políticos locais, porque é por meio delas que se buscam justificativa e legitimidade nas ações direcionadas à sociedade.

¹ ROUSSEFF, Dilma. Pronunciamento da presidenta Dilma Rousseff. Brasília (Distrito Federal), 21 jun. 2013. Brasília: **Canal do YouTube da Planalto**, 2013. 1 Vídeo (10 min.). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=XEj3UH69g5k>>. Acessado em: 12 jun. 2020.

A consequência dessa medida governamental, ou seja, a solução posta para resolver o problema público foi o Programa Mais Médicos (PMM). Esse programa visa resolver a falta de médicos em diversas localidades e, com isso, atender a necessidade de criar uma porta de entrada no sistema de saúde de modo que a prevenção seja priorizada sem desassociação do tratamento, da recuperação e da cura no atendimento à saúde. Se espera, com isso, fortalecer atenção primária à saúde para que o Sistema Único de Saúde se torne mais sustentável.

O que chama a atenção, no caso do PMM, é o fato de uma política pública ser implementada sem o aval e a mediação da categoria médica.² Isso fica claro ao se analisar o processo de constituição do setor da saúde e de formação da categoria médica no Brasil, que ocorreu entre outras coisas, pela ação do Estado a partir das ideias e práticas importadas da Europa – e posteriormente também dos Estados Unidos. É por esse motivo, que a ação pública do Estado brasileiro pode ser vista como um processo que busca adequar a ação local a partir das referências hegemônicas globais, ou seja, as referências dos países ricos.

Portanto, a implementação do PMM, seguindo um rito diferente dos anteriores, poderia significar uma mudança do paradigma vigente, com a realidade local sendo priorizada em detrimento das referências hegemônicas, demonstrando assim uma dinâmica de ruptura no cenário local, que pode ser apresentada pelas forças do governo de um lado – tentando impor uma política pública sem pactuação dos agentes políticos ligados ao setor – e de outro lado, o próprio setor, cuja hegemonia é dada à categoria médica. Tal ruptura poderia representar um novo ciclo, no qual o Estado teria a oportunidade de adotar um novo caminho para ação pública. Entretanto, para implementar tal ciclo é necessária uma mediação capaz de formar no imaginário nacional um novo sistema de referências, que permita a mudança pretendida pela política pública (MULLER, 2004, 2005, 2018), o que não aconteceu. Desse modo, como o processo de mudança local não cria novas referências globais, o resultado é um novo alinhamento as referências globais dos países ricos a partir no processo de mudança local.

Por meio do fenômeno chamado por Muller (2004, 2005, 2018) de adequação do setor às referências globais (*rapport global sectoriel*), os agentes políticos locais buscam alinhar as ações à hegemonia global. Esse fenômeno é observado nas políticas do campo da saúde que geraram maior impacto social e que tiveram a categoria médica à frente fazendo a mediação global-local-setorial. A relação dessa categoria com o Estado foi sempre de

² Importante destacar que nem toda a categoria médica colou-se contra o Programa, mas as principais representações políticas da categoria posicionaram-se claramente de forma contrária, protagonizando situações constrangedoras na recepção dos médicos cubanos que vieram participar do Programa.

complementação nos processos de elaboração e implementação das políticas no setor, conforme ocorreu na Revolta da Vacina (1904), nas políticas campanhistas (1900-1960); nas políticas previdenciária-privatista (1920-1980) e na reforma sanitária (1970-1990).

No Programa Mais Médicos, implantado por Dilma Rousseff, conforme mencionado anteriormente, ocorreu uma ruptura na lógica dessa mediação. De um lado, o setor reafirmava seu poder corporativista, enquanto o Estado, em momento de forte reivindicação social, buscando atender às necessidades reais de acesso à saúde, o fez à revelia da categoria organizada, que se posicionou publicamente contrária à implementação do Programa. Essa ruptura representa uma tentativa de mudança na lógica dominante e colonialista que serve como referência para a ação pública na saúde, no qual o Estado brasileiro, associado aos agentes políticos do setor, tem adotado as referências globais para tal ação, à revelia das necessidades reais da população, reproduzindo, portanto, a estrutura e as relações de poder vigentes. Mas, para romper com a lógica dominante é preciso também mudar a estrutura do Estado de modo a provocar uma mudança social. Como será exposto ao longo da pesquisa, a ação pública proposta pelo Estado brasileiro, naquele momento, contestou a lógica vigente, mas não chegou de fato a superá-la.

Nesse sentido, pode-se questionar se as lutas no setor da saúde, representadas nas ideias sobre o “direito à saúde para todos”, são lutas que buscam romper com a lógica dominante ou fazem parte de um contexto histórico que envolve, nos termos de Mignolo (2000, 2010, 2012), o projeto global de poder para o setor, cuja reprodução passa por promover um ambiente sanitário seguro tanto para os países ricos, quanto para exploração das riquezas dos países periféricos no âmbito do sistema capitalista global. A partir dessa pesquisa, pode-se notar que as medidas de melhoria e de expansão dos serviços de saúde são frutos do desenvolvimento do setor pelo qual as referências globais e hegemônicas balizaram e nortearam esse processo, visto que o setor da saúde é um elemento estratégico para o desenvolvimento econômico.

Tal desenvolvimento é resultado de ações públicas que surgem na pressão de tratados e de acordos internacionais, em que a submissão do Estado brasileiro pode ser entendida a partir de um processo de colonialidade, no qual às referências globais e a expansão do sistema capitalista impõem uma nova ordem de poder e uma nova lógica de ação para os setores da sociedade. Os mecanismos da colonialidade, presentes na matriz colonial do poder (QUIJANO, 2002, 2005, 2009), podem ser utilizados para explicar as formas de dominação e de controle da sociedade, pelas quais a hegemonia do poder e a lógica dominante podem dirigir e dominar a sociedade. A partir dessa abordagem, percebe-se que as ações públicas são

determinadas por uma lógica que cega os indivíduos de sua realidade e por uma colonialidade que apaga as ligações entre os indivíduos e o local, para submetê-los assim, a uma estrutura de poder dominante. Mignolo (2000, 2010, 2012) chama essa dinâmica de projeto global do poder em referência a sua amplitude e a sua forma de tratar as particularidades presentes nos países ricos como globais e homogêneas a todas as civilizações.

Sob essa perspectiva, pode-se entender que os determinantes que formam o profissional da saúde possibilitam apontar que a categoria médica é constituída sob o domínio e o controle dessa colonialidade, tornando-se assim, um agente político capaz de reproduz tal estrutura hegemônica na sociedade. Por isso, quando o Governo tenta romper com essa colonialidade, a resposta da categoria médica organizada é de proteger a estabilidade do setor sob as fronteiras cognitivas e normativas estabelecidas na estrutura estatal. Isso impede a mudança no paradigma que o PMM poderia implementar a partir das referências contidas em uma cooperação entre países que orbitam a periferia do sistema capitalista global, que aqui é representada como países do Sul em contraponto aos países do Norte que são tidos, a partir de uma lógica dominante, como países ricos e de referência para as ações dos países do Sul. Nesse sentido, a presente pesquisa apresenta as transformações que ocorreram no setor da saúde, identificando, assim, a formação de hegemonia do setor e a estruturação do Estado no processo de ação sobre as demandas sociais, na qual é pensando o processo de ação pública em seus diversos ciclos de ações e de transformação social que forma o profissional da saúde e que permite à categoria médica ser mediadora da ação pública no setor da saúde.

Para o presente trabalho buscou-se em Jobert e Muller (1987), a partir do conceito de “sistema de referências”, entender as dimensões das ações públicas do setor, bem como os jogos políticos presentes na disputa entre a hegemonia local e global. Com base em Gramsci (2007, 2011), foi possível compreender como a sociedade se agrupa a partir da disputa de ideias, formando assim grupos que buscam direcionar e dominar a sociedade, levando ao que Gramsci chama de hegemonia. E por fim, para compreender a singularidade do Estado brasileiro, em posição de subalternidade as forças hegemônicas globais, foi preciso buscar no conceito de decolonialidade (QUIJANO, 2002, 2005, 2009) uma abordagem que permitisse analisar os mecanismos de controle que submetem esse Estado a uma lógica patriarcal, racista e submissa frente ao que os estudiosos desse pensamento chamam de matriz colonial de poder (QUIJANO, 2002, 2005, 2009; MIGNOLO, 2000, 2010, 2012).

Diante do exposto, o presente trabalho tem o objetivo central de analisar a relação entre os profissionais da medicina e a formulação/implementação das políticas públicas de saúde adotadas pelo Estado brasileiro. Para alcançar esse objetivo, primeiramente será

revisada a teoria que embasa este trabalho, abordando o papel da ação pública no Estado, as formas de análise das políticas públicas e a perspectiva da decolonialidade; em um segundo momento, será analisado o processo de formação, de transformação e organização da categoria médica e do setor da saúde sob a ação do Estado brasileiro; por último, será discutido o resultado desse processo histórico, social e político, na configuração do setor da saúde e da estratégia adotada pelo Estado para atender as demandas da sociedade.

O corpus dessa pesquisa é formado por leis, decretos, regulações e regimentos relacionados ao setor da saúde que estão disponibilizados de forma digital no sítio eletrônico da Câmara Federal. Essa matéria fornece aquilo que Muller (2018) chama de caminho de dependência, que é tratado nesta pesquisa como um desenvolvimento político, em que as ações pública do setor são conectadas, fornecendo assim um entendimento do processo de transformação a partir das ações do Estado. Esses documentos legais foram separados, qualificados e classificados segundo o impacto no setor e a capacidade de produzir transformações. Esses dados foram organizados conforme as ligações existentes entre as políticas públicas, permitindo assim recriar os ciclos de ações públicas adotados pelo Estado e as referências utilizadas por essas ações.

2 ESTADO, POLÍTICA PÚBLICA E DECOLONIALIDADE: ALGUMAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Neste capítulo apresenta-se as concepções que se formam sobre o Estado e como as ações públicas são analisadas. Assume-se aqui que o papel do Estado é percebido por meio da sua ação na sociedade, ação essa que produz sentido, normas, fronteiras e limitações que transformam os setores e a sociedade (MULLER, 2004, 2005, 2018). Como apontado por Gramsci (2007, 2011), é imponente perceber que apesar das demandas vindas da sociedade balizarem as ações do Estado, o resultado obtido tende a favorecer o grupo dominante, situação essa que resulta nos conflitos entre as classes e na dinâmica presente no Estado, cuja descrição, neste capítulo, será feita com base na ideia do ciclo da ação pública pensada por Muller (2018).

Dessa forma, é necessário pontuar que quando o problema individual passa a ser um problema coletivo, a forma de lidar com esse problema demanda uma ação pública. Por essa característica, Muller (2004, 2005, 2018) aponta que as instituições estatais são as únicas capazes de resolver o problema público. É por esse motivo que é tratada aqui a política

pública como uma ação pública do Estado sobre um problema público da sociedade, ou seja, uma ação do Estado em determinados setores da sociedade com impacto em toda a sociedade.

Outro ponto que será desenvolvido a seguir, é a noção de Estado, que de forma alguma deve-se confundir ou igualar aos Estados surgidos na Europa. Esse modelo de Estado burguês e europeu foi reproduzido sob uma lógica de dominação das Américas, na qual os povos foram separados, subalternizados, excluídos e exterminados. Essa estrutura de poder nasce com esse objetivo e se mantém reproduzindo esse poder, em que a busca de alcançar a modernidade europeia leva o processo de ocultação de toda a colonialidade que permite a reprodução do poder dominante e de subalternização dos povos das Américas.

Mais adiante, no sentido de identificar a colonialidade no processo de ação pública, serão abordadas as formas de análise das políticas públicas, demonstrando, sob uma breve exposição da formação da disciplina de análise das políticas públicas, as abordagens que pretendem tal análise e as vantagens em utilizar a abordagem cognitiva e normativa por meio da perspectiva referencial global e setorial (*référentiel global sectoriel*) de Jobert e Muller (1987).

Uma vez que as teorias da ação pública do Estado são produzidas com base nas histórias locais dos países ricos, tendo, portanto, a perspectiva daqueles países na construção cognitiva global, algumas questões estão postas nesse debate, na medida em que os países periféricos, ao adotarem essas referências globais, agem como se fossem uma réplica dos Estados europeus e estadunidense, ocultando assim, os mecanismos de poder dos países ricos sobre os países periféricos, subalternos à estrutura dominante, como no caso do Estado brasileiro, cuja particularidade histórica local apresenta um ciclo de ação pública e uma influência interna determinada pelo jogo político no qual só os países ricos participam. Nesse sentido, é incorporado ao arcabouço teórico desse debate a perspectiva da decolonialidade, como forma de revelar a colonialidade do poder reproduzida no processo histórico de constituição do Estado brasileiro e da transformação social imposta a sociedade. Essa perspectiva é construída conforme a proposta de Mignolo (2000, 2010, 2012), na qual a descolonização do pensamento (saber e conhecer) é obtida por meio da crítica à unilateralidade presente na monocultura de pensamento eurocêntrico/estadunidense. Tal perspectiva crítica é denominada pelo autor como pensamento de fronteira (*border thinking*) porque é produzido nas margens do saber e do conhecer em um processo de construção dialética entre as histórias locais (ocultadas) e o projeto global de poder (hegemonia global).

2.1 AS PERSPECTIVAS DE ANÁLISE DO ESTADO

Muller (2004), revisitando alguns conceitos centrais da sua obra “*L’État en Action*” de 1987, produzida em parceria com Jobert, notou vários estudos sobre as políticas públicas, produzidos na década de 1990, que não abordavam o Estado como elemento central nas análises, mas sim um emaranhado de políticas públicas agrupadas e coordenadas sem referência a estrutura do Estado. Segundo o autor, essas novas abordagens constituem o Estado como se fosse um agrupamento de políticas públicas, ou seja, que as políticas públicas estavam ocupando o papel do Estado, enquanto esse estava aos poucos deixando de existir na ideia dos pesquisadores. O autor pontuou ainda, que as principais causas que influenciaram essa abordagem são: o surgimento da União Europeia, que não se configura como Estado, mas ajuda a desassociar as políticas públicas do Estado; o estabelecimento de políticas descentralizadas, que retira o poder do Estado na coordenação setorial em prol da autonomia local; e as novas formas de avaliação das políticas públicas, que representam novos modelos de gestão pública, reformistas e com pouco resultado.

A mudança na forma que se percebe o Estado, conforme observado anteriormente, muda a perspectiva do cidadão, tornando-o mais propenso, por exemplo, as ideias neoliberais, que defendem uma menor intervenção do Estado na economia e na sociedade; ou às ideias nacionalistas autoritárias, que defendem uma retomada do papel do Estado associada com um confronto direto com a população (MULLER, 2004). As novas formas de perceber o Estado, com ênfase nas políticas públicas, reduz o papel e as funções atribuídas ao Estado, abrindo espaço para ações públicas setoriais alinhadas as ideias hegemônicas globais e para ações públicas concebidas sem a participação do Estado (MULLER, 2004).

Conforme observado por Gramsci (2007, 2011), é papel do Estado capitalista manter o equilíbrio entre as classes sociais, como forma de regulação social; por sua vez, Muller (2004, 2005, 2018) acrescenta que o Estado busca esse equilíbrio por meio das políticas públicas. Ambos os autores apontam que a ação do Estado gera mais conflitos, o que para Muller (2004, 2005, 2018) tem relação com a imposição do Estado em transformar os setores da sociedade, já para Gramsci (2007, 2011) tem relação com o favorecimento aos grupos dominantes em detrimento de toda a sociedade. Os autores percebem que apesar da ação do Estado ter na demanda pública a sua justificativa, é por meio da direção e domínio do grupo estabelecido no poder que a ação pública é conduzida. Assim, pode-se apontar que o grupo dominante conduz a ação pública de modo a moldar a sociedade e perpetuar seu poder,

constituindo por essa ação uma formação cognitiva e normativa que reduz a contestação por parte dos indivíduos na sociedade.

Desse modo, as perspectivas hegemônicas, que representam os interesses dos países que ocupam a centralidade do sistema capitalista global, são polos de atração para os países subordinados a essa centralidade, como no caso do Brasil. As ideias hegemônicas, ao serem socialmente naturalizadas, resultam na criação de sentidos de modo a regular as ações dos indivíduos. Essa hegemonia dominante surge da dialética de forças em constante disputa na sociedade (GRAMSCI, 2007, 2011; MULLER, 2004, 2005, 2018; QUIJANO, 2009).

Gramsci (2007, 2011) explica que o poder político/econômico dos países ricos promove as ideias dominantes não só nas suas sociedades, mas também nos países periféricos, influenciando assim na dinâmica política desses países. Esse processo é histórico, sendo, portanto, determinado por uma construção social/política histórica de formação de sentido, um constructo mental, conforme apontado por Quijano (2005), formando marcas sociais e fronteiras epistêmicas, no qual se estabelece paradigmas na sociedade.

Partindo da percepção de que a hegemonia global forma um paradigma na sociedade, Muller e Surel (2002) explicam que a existência de crises representa sinais de rupturas nesses paradigmas vigentes, tornando possíveis assim mudanças que surgem na sociedade e no Estado. Conforme os autores observaram, essas mudanças não ocorrem de forma imediata, mas como parte de um processo. Kuhn (1998, p. 78), ao teorizar sobre a ruptura de paradigmas, afirma: “não são eventos isolados, mas episódios prolongados, dotados de uma estrutura que reaparece regulamente” e são, muitas vezes, vistos como se a natureza estivesse violando “as expectativas paradigmática”. Desse modo, pode-se apontar que a naturalização de dadas circunstâncias reforçam a ideia do paradigma hegemônico, enquanto a crítica, que revela as contradições, gera anomalias que se voltam contra o paradigma hegemônico naturalizado na sociedade.

Para Muller e Surel (2002) a existência dessas “anomalias” fazem surgir uma série de ajustes nas matrizes cognitivas e normativas, gerando mudança nas ações públicas, nos equilíbrios institucionais e na natureza de trocas sociais. Desse modo, o paradigma que sustenta o Estado é confrontado pelas novas formas emergentes, um novo natural à medida que o Estado se ajusta a nova ordem vigente, transformando-se de dentro para fora, em um processo de transformação social orientada pela estrutura de poder.

Muller (2005, p. 75) apresenta uma nova formulação ao abordar o ciclo de ação pública, ou seja, “um processo através do qual se desenvolve, se estabiliza e se desintegra uma configuração global que define o papel e o lugar das políticas públicas no funcionamento

das sociedades”. Para determinar esse processo, o autor sugere analisar as dimensões que se articulam na forma de regimes econômico, global, de cidadania e de ação pública. O autor explica que:

Cada ciclo se caracteriza por um período de aumento de poder durante o qual se configura a articulação entre os quatro regimes: um momento de estabilização (mesmo que ele seja, obviamente, apenas relativo) e uma fase de desintegração ou de desarticulação combinada com a fase de emergência de um novo ciclo. Neste momento é que aparecem novas articulações ao mesmo tempo em que as margens de ação dos atores são de máxima importância (MULLER, 2018, p. 76).

A Figura 01, a seguir, apresenta esse processo de forma conceitual, em que o desenvolvimento de ações públicas vai se moldando aos processos econômicos, sociais e políticos, garantindo assim a estabilidade do sistema, seja por meio do incremento nas ações estabelecidas ou da ruptura desse ações. Cabe ressaltar que o processo de ruptura com a lógica que norteia a ação pública estabelecida pode caminhar para uma reestruturação no lugar de uma ruptura. Isso ocorre porque a contestação não é forte o suficiente para quebrar o paradigma estabelecido, dando espaço assim para uma reorganização das fronteiras cognitivas e normativas a partir das contestações realizadas. Como resultado final, a reestruturação e a ruptura apresentam a mesma imagem de novidade, mas somente a ruptura se diferenciará em maior nível com o processo anterior. Na figura abaixo pode ser visto como cada ciclo de desenvolvimento é seguido por um momento de desintegração, quebrando a estabilidade do sistema e demandando ações de incremento. Esse momento de desintegração abre a possibilidade de rompimento com o modelo estabelecido, possibilitando novos ciclos e novos paradigmas.



Fonte: Elaboração própria com base nas abordagens de Muller (2018) sobre o ciclo de ação pública

Ou seja, a ação pública local pode ser seguida de ciclos incrementais de ação ou pode ser atravessada por um ciclo de ruptura, ou ainda, podem ocorrer ciclos incrementais de reformulação com aparência de uma ruptura. Devido os ciclos de rupturas agirem de modo a promover uma transformação radical, esses ciclos só poderão ser trabalhados dentro de uma perspectiva de poder ou dentro de uma perspectiva que consiga fazer frente ao poder dominante. Por isso, pode-se apontar que os países ricos são responsáveis por essa ruptura, enquanto os países subalternos reproduzem a hegemonia estabelecida. Muller (2018) explica que os países apresentam de forma geral os ciclos: liberal-industrial; Estado-providência; Estado-empresa; e governança-sustentável.

Para Muller (2018), o aumento do poder do capitalismo industrial formou um novo regime econômico, global, de cidadania e de ação pública que pode ser agrupado e entendido como ciclo liberal-industrial. Esse ciclo, segundo o autor, teve início no fim do século XIX, terminando em 1929, com a quebra da bolsa de valores de Nova York, simbolizando o auge de uma crise econômica com impacto global. O poder do capitalismo industrial nesse período pode ser percebido por meio da nova lógica imposta as relações sociais e de consumo, no qual os indivíduos, ao buscarem maior qualidade de vida a partir dos bens industrializados, acabaram por abrir mão de suas autonomias produtivas e do seu modo de vida tradicional. Nesse sentido, pode-se apontar que as organizações passaram a ocupar um papel importante na sociedade, definindo assim o tipo de sociedade e o grau de poder dos Estados.

Com o esgotamento do ciclo liberal-industrial e o novo momento de reorganização geopolítica mundial, surgem diversas possibilidades de romper com o paradigma anterior e formar um novo paradigma. Do ponto de vista econômico, tem-se, já no início do século XX, nos EUA, uma proposta de transformação no modelo de organização da produção que foi, posteriormente, denominada Taylorismo/Fordismo, em função de pautar-se nos métodos de organização do trabalho propostos por Frederick Taylor (1856-1915), por um lado, e em tecnologias capazes de permitir o processo produtivo com esteiras semiautomáticas, inaugurado na fábrica de Henry Ford (1863-1947). Esse modelo aumentou a produtividade e reduziu os custos de produção, dando início a um processo de mudança organizacional e social, que pode ser percebido por meio da produção e do consumo em massa.

Esse modelo de produção só pôde se expandir após 1945, quando a necessidade de reconstrução das cidades destruídas pela segunda grande guerra demandou uma reorientação das ações Estatais, no sentido de socorrer as organizações e ajudar na reconstrução dos países atingidos. Muller (2018, p. 78) aponta que esse novo papel do Estado dá origem ao ciclo Estado-providência, em que por esse papel se “supõe dever implementar políticas de

acompanhamento, e até mesmo de promoção, das transformações e da modernização das sociedades ocidentais”. Ainda segundo o autor, o papel intervencionista do Estado veio sob o referencial keynesiano acompanhado pelo “mundo em profunda transformação, simbolizado pelos acordos de Bretton Woods, o início da Guerra Fria e o fim dos impérios coloniais que marcaram o recuo dos Estados europeus” (MULLER, 2018, p. 78).

Já no final da década de 1960 a economia capitalista, de base Taylorista/Fordista, começa a dar sinais de que chegou ao seu limite, e uma nova crise abala a economia dos países industrializados, se expandido do centro desse sistema para sua periferia. Nesse contexto, as críticas se concentravam sobre as políticas públicas desenvolvidas pelos Estados Nacionais, acusados de gastarem mais do que conseguem arrecadar, sendo, portanto, responsáveis pela crise econômica. Tais críticas se davam sob forte influência da ideia de eficiência, que passou a pautar as ações do Estado a partir de então. Com isso, surge um novo referencial na esteira das políticas neoliberais que pode ser denominado Estado-empresa. Muller (2018, p. 80) explica que esse ciclo segue um novo “processo de revisão de formas e de redefinição de todas as políticas setoriais em relação a um novo referencial global: o referencial da eficiência pública”. Segundo o autor, isso significa: normatização das ações, limitação de despesas, “modernização” da estrutura estatal, questionamento das políticas sociais, de cunho desenvolvimentista, integração e abertura de mercados.

Por fim, na esteira da crise ambiental, surge um outro paradigma, que o autor denominou ciclo Estado-sustentável, que tem origem a partir da ideia de uma política de continuidade, uma política de Estado, que ao mesmo tempo que consegue se manter, consiga trazer o retorno social pretendido inicialmente. Essa ideia de sustentabilidade sofreu muitas influências dos debates nas arenas políticas acerca da temática ambiental. Assim, a ideia de sustentabilidade Estatal vai além de manter uma política de Estado, absorvendo assim a ideia de que a ação pública no presente não pode inviabilizar a manutenção estatal no futuro, daí surge a necessidade de constantes reformas políticas que atendam as demandas presentes e projetem uma estabilidade estatal futura. Muller (2018) aponta que este ciclo é marcado por políticas em níveis globais, nos quais ações públicas locais procuram se integrar as ações públicas globais em um esforço conjunto de vários países para resolver determinados problemas da sociedade.

A partir da abordagem dos ciclos de ações públicas e da análise dos regimes contidos em cada ciclo, é possível entender os fatores que levaram a formação da hegemonia na sociedade, a introdução de certas temáticas na agenda política e a necessidade de o Estado continuar ou romper com determinadas políticas públicas setorializadas. No caso brasileiro, a

ideia do ciclo de ação pública pode explicar a dependência do sistema referencial local das construções cognitivas e normativas globais, que Muller (2004) chama de *rapport global sectoriel* (RGS), ou seja, adaptação das realidades locais a partir das referências. De outro modo, o ciclo de ação pública pode mostrar como a transformação estatal permitiu a continuidade do poder de uma elite para outra, estabelecendo a permanência da hegemonia dominante global. No caso da independência político/administrativa que o Brasil obteve de Portugal, foi transmitido o poder para elite local, mantendo os mecanismos de domínio, as relações de poder e formas de controle social, perpetuando, assim, as relações de colonialidade (MIGNOLO, 2000, 2010, 2012; SOUSA SANTOS, 2010a, 2010b).

Desse modo, aborda-se, neste trabalho, a relação dialética entre o local e o global na produção e na reprodução das ideias compartilhadas socialmente, as quais são formuladas inicialmente como um constructo mental (MULLER, 2004, 2005, 2018; QUIJANO, 2005). A passagem desse constructo mental para referência hegemônica é explicada por Gramsci (2007, 2011) por meio dos aparelhos privados de hegemonia³, responsáveis por transmitir as ideias de um determinado grupo para a sociedade com intuito de produzir um consenso, fazendo com que estas se tornem as ideias de toda a sociedade. Para tanto, Gramsci (1999, 2011) atribui aos intelectuais orgânicos esse papel de levar as ideias de um grupo para serem incorporadas por toda a sociedade, como também, a construção daquilo que o autor chama de grupo dominante e dirigente, grupo esse que incorpora a hegemonia dominante. O autor explica, ainda, que a perpetuação dessas ideias no poder é obtida por meio dos aparelhos de Estado, como por exemplo o sistema educacional, cuja função é formar cidadãos tendo como parâmetro aquilo que o Estado entende como ideal.

Apesar da construção hegemônica local e dos mecanismos de controle e de domínio do Estado, os Estados nacionais devem também ser analisados com base nas relações internacionais. Assim, o autor chama a atenção para o fato de que se deve:

levar em conta que estas relações internas de um Estado-Nação entrelaçam-se com as relações internacionais, criando novas combinações originais e historicamente concretas. Uma ideologia, nascida num país mais desenvolvido, difunde-se em países menos desenvolvidos, incidindo no jogo local das combinações (GRAMSCI, 2007, p. 42).

Isso porque conforme o autor explica:

as relações internacionais reagem passiva e ativamente sobre as relações políticas (de hegemonia dos partidos). Quanto mais a vida econômica imediata de uma nação

³ Para Gramsci, os aparelhos privados de hegemonia são instituições da sociedade civil voltadas à produção de um dado consenso, no sentido de tornar hegemônica uma determinada visão de mundo. Esse processo se dá por meio da ocupação de espaços ideológicos, como escolas, igrejas, imprensa, entre outros.

se subordina às relações internacionais, tanto mais determinado partido representa esta situação e a explora para impedir o predomínio dos partidos adversários (GRAMSCI, 2007, p. 20)

Portanto, a luta pela hegemonia e pela determinação das ideias socialmente dominantes, se dá no âmbito das disputas políticas na sociedade civil, na criação de grupos dirigentes, que se constituem e atuam por meio dos aparelhos ideológicos; mas para os países periféricos, como no caso do Brasil, a disputa política na sociedade civil sofre interferência da hegemonia dos países ricos, mudando assim o jogo político local, de forma que as ideias locais são subordinadas a hegemonia global formada a partir dos países ricos. Nesse caso, ocorre o que Muller (2005) chama de adaptação do setor as ideias globais. Esse modo de ajustamento interno e estabelecimento de novos paradigmas acaba por mudar as configurações sociais por meio do domínio cognitivo e normativo, que formam sentidos e fronteiras de conhecimento e de pensamento.

A mudança na sociedade é explicada por Gramsci (2007, 2011), portanto, por meio das ideias hegemônicas na sociedade, ideias que se tornam coletivas no meio social e que influenciam as ações dos indivíduos no âmbito econômico e político, até intelectual e moral. A mudança que ocorre no Estado, para o autor, ocorre por meio dos aparelhos privados de hegemonia, mas também, por meio da difusão de ideias oriundas das conquistas por hegemonia em países “desenvolvidos” frente a países subordinados, que são suscetíveis a tais ideias. Portanto, para Gramsci (2007, 2011) a dialética social que transforma o Estado surge a partir da disputa das ideias dominantes locais e globais na sociedade civil e depois na sociedade política (Estado). Desse modo, Gramsci (1999, p. 320) explica que: “A realização de um aparelho hegemônico, enquanto cria um novo terreno ideológico, determina uma reforma nas preocupações e dos métodos de conhecimento”.

Essa hegemonia, para Muller (2004, 2005, 2018), é produzida na dialética global setorial, transformando a sociedade por meio da ação do Estado, uma ação cognitiva e normativa em um determinado setor da sociedade. Não há contradição entre esses dois autores, já que o processo de ação pública do Estado parte do grupo dominante e dirigente que veio da hegemonia conquistada na sociedade civil. Muller (2004, 2005, 2018) explica que essa ação é criada por meio de matrizes cognitivas e normativas que sustentam os sistemas de referências e um conjunto de regras sociais são direcionadas aos indivíduos primeiramente, mas respondem por mudar o Estado posteriormente.

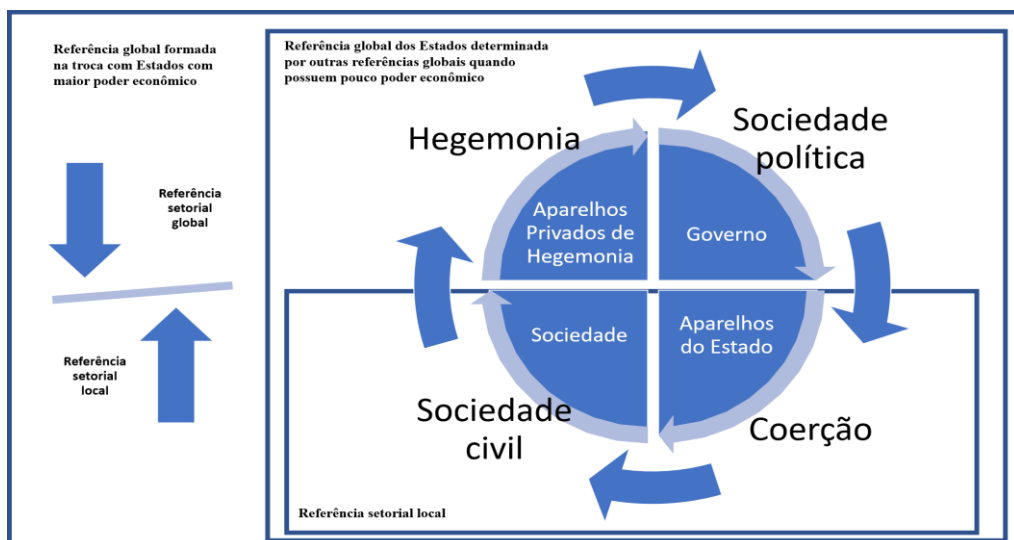
O paradigma hegemônico tem, dessa forma, mecanismos para se estabelecer no poder a partir das ideias que se formam na sociedade, o que explica a transição de poder e a

permanência da estrutura controladora do poder hegemônico. Pode ser concluído então, que a contestação do paradigma hegemônico não ocorre por via da transição de poder entre grupos sob a mesma estrutura de dominação. Por esse ponto de vista, um dado Governo de esquerda, com uma política pública social pode atender mais ao interesse de um grupo dominante que propriamente o interesse da sociedade para a qual a política pública é destinada. Isso ocorre porque os mecanismos de poder permanecem intactos na sociedade e por isso determinam a ação por meio do controle dos sistemas de referências cognitivas.

Gramsci (2007, p. 42) explica que “a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei) entre os interesses do grupo fundamental e os interesses dos grupos subordinados”. A partir da compreensão, partilhada tanto por Gramsci quanto por Muller, de que o Estado, na ação pública, privilegia os grupos de poder, e que, portanto, as ideias dos grupos dominantes são também dominantes na formulação das políticas do Estado, se pode concluir que os autores também concordam que essa dialética entre a hegemonia local e global produz conflitos sociais que demandam novas ações estatais.

A Figura 02 é uma representação conceitual baseada na abordagem desses dois autores, no qual a dialética no interior do Estado mostra que o Governo age por meio de seus aparelhos de Estado na formação de políticas nacionais e setoriais para a sociedade, enquanto a sociedade organizada, ciente das contradições, mas sob uma lógica e uma referência dominante, disputa a hegemonia por meio dos aparelhos privados.

Figura 02 - Modelo conceitual de ação pública, hegemonia e transformação



Fonte: Elaboração própria com base nas abordagens de Gramsci (1999, 2001, 2007, 2011) sobre hegemonia e Estado e nas abordagens de Muller (2004, 2005, 2018) sobre o Estado em ação.

Esse modelo conceitual (Figura 02) busca demonstrar como o Estado, por meio de seus aparelhos, age nos setores da sociedade, mas também, como a sociedade por meio de seus aparelhos privados de hegemonia pode transformar o Estado por dentro. O modelo utiliza o conceito de Estado ampliado de Gramsci (2007, 2011): “Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia couraçada de coerção” (p. 244). Para o autor, a sociedade política corresponde ao Estado, com seu grupo dirigente e correspondentes aparelhos de coerção; e a sociedade civil corresponde ao espaço de disputa pela hegemonia e difusão de ideologias, compreendendo as escolas, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, os meios de comunicação etc. Dessa forma, o autor apresenta o Estado como um espaço de produção de consensos, mas um consenso sob o revestimento da coerção.

Assim, procura-se demonstrar o que Gramsci (2007, 2011) explica como o poder político/econômico dos países ricos, que advém da hegemonia econômica e política desses países, determinando as transformações sociais nos países periféricos. É importante pontuar que essas transformações não carregam o aprendizado compartilhado socialmente nos países ricos, resultando assim em uma imposição de sentido e um processo de ocultação da realidade e das histórias locais nas periferias do sistema capitalista global.

Desse modo, busca-se a partir da análise das políticas públicas realizar uma análise estatal e social, pois de outra forma, não teria como relacionar conflitos sociais e políticos (Estado) com a ação pública. Como bem apontou Muller (2004), a estrutura de criação e de desenvolvimento das análises de política pública estadunidense, fundamentada na postura individualista e na análise gerencial, contribuíram para o “declínio de abordagens holísticas como o marxismo ou o estruturalismo, ao mesmo tempo em que contribuíram para colocar em segundo plano a agenda científica de reflexão sobre ‘o Estado’” (p. 36, tradução nossa). Desse modo, o autor sugere utilizar a mesma estratégia que adotou na construção do trabalho “*L’État en Action*” de 1987, junto com Jobert, para as novas pesquisas que pretendam uma perspectiva holística para as análises das ações públicas, explicando que:

A postura de pesquisa em torno da qual o livro foi construído baseava-se, [...] no desejo de pensar “ao mesmo tempo” na dimensão sistêmica das relações entre Estado e sociedade e de levar em conta o papel de atores, altos funcionários ou representantes de grupos de interesse. Em outras palavras, tratava-se de combinar os ativos de uma abordagem global (resultante do marxismo) e os mais recentes da sociologia das organizações que haviam destacado a autonomia dos atores em um contexto de uma dada ação pública. Pareceu-nos impossível explicar o significado de uma política pública sem levar em conta “ambos” os jogos complexos dos atores envolvidos e os efeitos mais globais da determinação, em particular a “relação setorial global” (MULLER, 2004, p. 36, tradução nossa).

Nesse sentido, a ação pública pode ser entendida como transformadora, na qual Muller (2018) apresenta essa ação do Estado como dual, que ao mesmo tempo reúne um consenso para legitimar sua ação e regular a sociedade para impor padrões de comportamento e formas de pensar, ou seja, age em uma estrutura normativa e cognitiva. Assim, a ação pública é entendida pelo autor como mediadora entre a sociedade política e a sociedade civil, mediação que resulta na aplicação/criação de referências hegemônicas e de transformação da sociedade. Nesse processo, é importante destacar a presença de agentes políticos responsáveis pela ação pública no interior do aparelho estatal, cujas influências, embora limitadas, gozam de relativa autonomia, o que lhes permite, em certa medida, mudar as estruturas e gerar novos processos de transformações que resultem em novos ciclos de ações públicas.

Isso significa que “as estruturas supervisionam os atores e como os atores que se beneficiam de relativa autonomia, podem mudar as estruturas” (Muller, 2004, p. 37, tradução nossa). Assim, torna-se possível, nesse processo, transformar tanto a sociedade como o Estado por meio da ação pública e da relativa autonomia dos indivíduos. Dessa forma, o autor atribui maior importância a parte de sua pesquisa aos agentes políticos que atuam no sentido de promover a ação pública junto a sociedade, pois esses agentes, dotados de certa autonomia, acabam mediando as relações entre as referências globais e locais nos setores da sociedade, ou seja, tem a capacidade de agir nos dois espaços.

Essa perspectiva compõe a abordagem cognitiva e normativa, no qual o sistema de referência de Jobert e Muller (1987) faz parte. Dessa forma, Muller (2018) aponta que a análise das políticas públicas é um dos meios para explicar as transformações sociais, explicando que: “Para entender o funcionamento das sociedades modernas é fundamental assimilar os processos a partir dos quais são formuladas e implementadas as políticas públicas” (p. 7).

Nesse sentido, a academia cumpre um importante papel na educação cidadã, transcendendo as análises das políticas públicas para além do campo das ciências políticas, sendo vistos, portanto, na Administração, com a Administração Pública, na Saúde, com a Saúde Pública, como também em outras áreas do conhecimento humano, mas sempre com o mesmo objetivo, de pensar a ação do Estado na sociedade com base nos paradigmas de cada disciplina (MULLER; SUREL, 2002; MULLER, 2018). Para a academia, a abordagem que estuda os sistemas, as organizações e os processos políticos é denominada como Ciências Políticas. Esse campo é composto de vários ramos, entre eles, a disciplina dos estudos das políticas públicas, que se configuram em ações públicas do Estado.

Conforme pontuado por Muller e Surel (2002), a ação pública existe mesmo antes da existência de uma estrutura estatal formalizada, pois a definição da ação pública é tida como uma ação direcionada a sociedade, em contexto de relações de poder determinadas, que configuram uma estrutura de dominação e de controle. É importante observar, nesse sentido, os mecanismos de poder que se formam na sociedade e que agem de modo a estabelecer uma estrutura de dominação e controle. Os estudos que abordam as políticas públicas analisam a tomada de decisão, a ação nos setores sociais e a ação no espaço geográfico, levando assim a entender que a ação pública, seja ela qual for e em qual segmento da sociedade atuar, será matéria para discussão no âmbito da análise das políticas públicas (MULLER; SUREL, 2002). Segundo Muller e Surel:

para que uma política pública “exista”, é preciso que as diferentes declarações e/ou decisões sejam reunidas por um quadro geral de ação que funcione como uma estrutura de sentido, ou seja, que mobilize elementos de valor e de conhecimento, assim como instrumentos de ação particulares, com o fim de realizar objetivos construídos pelas trocas entre os atores públicos e privados. Uma tal proposição, que pode parecer trivial, levanta na realidade, enormes dificuldades. Ela implica, primeiramente, em tomar consciência do caráter normativo de todo programa de ação pública. Isto significa que toda política governamental se definirá, antes de tudo, como um conjunto de fins a se atingir, como por exemplo “melhorar os rendimentos dos agricultores”, “reduzir o desemprego dos jovens”, “elevar a capacidade de ataque das forças armadas”... Tais fins, ou objetivos, poderão estar mais ou menos explícitos nos textos e nas decisões do governo (o preâmbulo de uma lei, por exemplo), detalhando os objetivos estabelecidos pelo governo no setor em questão (MULLER; SUREL, 2002, p. 16).

Essa citação ressalta a complexidade da ação pública, mas também apresenta conceitos da análise cognitiva e normativa, ao tratar as ações do Estado como formadoras de sentido. A imagem cognitiva é assim criada com um conjunto de finalidades, agregando e limitando os indivíduos agrupados em um determinado setor. De certo, como apontado na seção anterior, a ação pública pode criar conflitos, ao agregar apenas uma parte dos indivíduos, e pode trazer conflitos entre setores da sociedade, ao direcionar a atenção para uma determinada área em detrimento de outra, como se esse fosse primordial desenvolver apenas um setor, como um jogo de soma zero. Assim, Muller e Surel (2002, p. 19) chamam atenção para o fato de que: “Para estudar uma política pública, é preciso, portanto, levar em conta o conjunto dos indivíduos, grupos ou organizações cuja posição é afetada pela ação do Estado num espaço dado”.

Muller (2018) explica que diferente da corrente estadunidense, que pensa a política pública a partir do governo e da governança, a corrente francesa, que herda a tradição canônica dos estudos sobre o Estado e a sociedade, pensa a política pública como uma ação do Estado na sociedade, incorporando assim as teorias do Estado e da sociologia nas análises

das políticas públicas. Jobert e Muller (1987) apresentam essa oposição entre um conhecimento adquirido pelo exercício da democracia e o conhecimento filosófico adquiridos pela observação do Estado e das lutas de classe, concluindo que não tem como falar de política pública sem falar de Estado e não tem como falar do Estado, na sociedade moderna, sem o desenvolvimento das políticas públicas.

Dentre diversas perspectivas de abordagem das políticas públicas, Muller e Surel (2002) apresentam a abordagem cognitiva, na qual procura-se entender “as políticas públicas como matrizes cognitivas e normativas, constituindo sistemas de interpretação do real, no interior dos quais os diferentes atores públicos e privados poderão inscrever sua ação” (MULLER; SUREL, 2002, p. 44). As abordagens cognitivas e normativas tomam como premissas que os agentes políticos, em certa medida, não são nem totalmente determinados e nem totalmente livres das instituições e dos limites impostos pelo desenho institucional (MULLER; SUREL, 2002; MULLER, 2005).

De todo modo, os autores apontam que a abordagem cognitiva coloca a ação pública como um sistema que busca interpretar e impor uma certa visão de mundo. Essa característica coloca a ação pública como formadora de sentido, dentro de um sistema de referências global e local. Esse sistema atua por meio do Estado em ação, dos elementos de mediação entre o Estado e a sociedade e dos limites de legitimidade e de regulação que constituem o sistema de referências para os setores da sociedade (JOBERT; MULLER, 1987; MULLER, 2018). Muller (2005, p. 170, tradução nossa) explica que a noção de referencial “dá mais importância aos interesses do que as abordagens das ideias, na medida em que considera que as ideias não existem sem interesses (referenciais expressos na visão de mundo dos grupos dominantes)”.

Desse modo, a análise do sistema de referências é importante, pois como apontam os autores, as análises que enxergam apenas as instituições sociais não enxergam os interesses reais em disputa, percebem apenas uma pulverização de interesses distintos, numa perspectiva que colabora com as ideias e as práticas neoliberais, reforçando os paradigmas do individualismo como referência e da falsa discussão pública de interesses diversos.

Com isso, Muller (2004, 2005, 2018) aponta que o sistema de referência global impôs uma agenda política local, forçando a tomada de decisão, direcionando a ação pública e estabelecendo uma perspectiva individualista na sociedade. Essas colocações, somadas às novas configurações geopolíticas regionais e globais, ajudam a enfraquecer a ação dos Estados nacionais e a torná-los reféns dos acordos e dos interesses externos. Nesse ponto, o autor questiona o papel do Estado na sociedade complexa, explicando que as referências globais não são mais um papel exclusivo do Estado, levando assim a mais uma questão:

identificar a origem da formação da referência global e a forma como é reproduzida nos setores da sociedade.

Dado o fato de os países tidos como “desenvolvidos” terem forte influências na disputa de hegemonia local nos países subordinados, há maior probabilidade de as ações públicas brasileiras serem subordinadas às ideias produzidas no cenário global, portanto, identificar essas ideias é revelar a formação cognitiva normativa global sobre o setor. Então, a abordagem cognitiva, que parte da ação pública como formadora de sentido, ou seja, criadora de uma imagem cognitiva para a população, é o caminho para entender a representação da ideia de valores e de progresso, que cria identidades substitutas, novos modos de definição e novas ações normativas, conforme apontado por Muller (2004, 2005, 2018):

A existência de uma matriz cognitiva e normativa é, por isso mesmo, fonte de fronteiras, que constituem um grupo e/ou uma organização e/ou um sub-sistema em si, mas ela está igualmente na origem dos modos de articulação e de passagem destas “clausuras”, que permitem aos defensores do paradigma ou do referencial pensar em relação a um conjunto mais vasto (MULLER; SUREL, 2002, p. 48).

Nesse conjunto mais vasto, é importante compreender a denominada matriz do poder e as relações constituídas por ela, que podem ser representadas por meio dos vários caminhos nos quais a colonialidade é constituída pelo poder dominante sobre as periferias do sistema. Partindo do pressuposto de que a periferia não retrata um atraso civilizacional, conforme posto em muitos discursos liberal/desenvolvimentistas, pode-se entender que esse é o lugar no qual a posição unilateral do poder colocar tudo aquilo que se traduz como o “Outro” para se autoafirmar como superiora (QUIJANO, 2002, 2005, 2009).

A periferia é, deste modo, o lugar de exclusão, em que o indivíduo é posto como subordinado a um poder que se desdobra no controle e no domínio dos modos de ser e de pensar, conforme apontado por Mignolo (2000, 2010, 2012). A formação de sentido, portanto, não pertence a periferia, mas sim a centralidade, pois a estrutura do poder impede as ações subalternas de questionarem a estrutura hegemônica. Visto desse modo, a ação pública nos países da periferia do sistema capitalista global se dá de forma diferente da ação pública nos países da centralidade desse sistema, pois os sistemas de referências cognitivas e normativas, responsáveis por nortear e determinar as ações públicas são construídos sob uma perspectiva e uma lógica hegemônica que pertence a estrutura de poder.

2.2 A DECOLONIALIDADE E A AÇÃO PÚBLICA

Antes de entender a perspectiva da decolonialidade, é importante saber como a exclusão social e a imposição dos mecanismos de controle e de domínio constituíram o que Quijano (2005, 2009) chama de colonialidade do poder. Para isso, é preciso retroceder ao momento que o processo de exclusão e a imposição do controle e do domínio foram criadas por meio da justificativa civilizatória sob a perspectiva unilateral de um povo. Para Dussel (1993), esse início ocorre com as condições comerciais pouco frutíferas da Europa, motivando, no século XV, Portugal liderar aquilo que ficou conhecido como a “descoberta do Mundo Novo”. Segundo o autor, a posição geográfica de Portugal, no fim da terra (*Finis Terrae*), direcionava esse país a descoberta de novas riquezas e de novas fontes de domínio. O autor aponta ainda que a Espanha se lançava também neste empreendimento marítimo de descobertas, que se transformou em uma disputa entre nações.

Dussel (1993) explica que é por meio das novas descobertas que a Europa, como um todo, sai da situação de sitiada pelo mundo muçulmano e passa para a descobridora do “Mundo Novo”. Segundo Quijano:

até a chamada “revolução industrial” no século XVIII, nessas regiões (na Europa Ocidental, pois) não se produzia nada que tivesse importância no mercado mundial. E que, em consequência, foi exclusivamente o controle colonial da América e do trabalho gratuito de “negros” e de “índios”, produzindo minerais e vegetais preciosos, que permitiu aos dominantes entre os colonizadores não só começar a ter uma posição importante no mercado mundial, mas sobretudo a concentração de ingentes benefícios comerciais, e junto com eles também concentrar em seus próprios países o assalariamento ou mercantilização da força de trabalho local (QUIJANO, 2005, p. 21).

O empreendimento marítimo e colonizador, bem como as novas formas econômicas/políticas, como o mercantilismo e o colonialismo, resultou no estabelecimento da Europa como o “centro” do mundo (DUSSEL, 1993; QUIJANO, 2005). A Europa vira, portanto, o lugar das metrópoles, a matriz que controlava o “Mundo Novo” recém-colonizado, mas também o lugar de destino dos espólios resultantes da conquista e da dominação. Mas antes de tornar-se o “centro” do mundo, a Europa Ocidental era a periferia do centro estabelecido pelo mundo muçulmano, por isso era percebida como “uma cultura isolada, que fracassara com as Cruzadas por não poder recuperar alguma presença num polo nevrálgico do comércio do continente euro-asiático” (DUSSEL, 1993, p. 112). Assim, a descoberta do “Mundo Novo” e toda a sua riqueza, propiciada pela conquista e pelo domínio, tiraram a Europa da periferia, tornando possível o desenvolvimento social, o acúmulo de riqueza e o controle sobre vários territórios. E essa estrutura de poder se legitimou como centro do mundo no processo de exclusão do “Outro”, ou seja, todos aqueles não-europeus.

Nesse sentido, o processo de colonização pode ser entendido como o processo que torna um determinado povo sujeito a um sistema colonial por meio da dominação do território e do controle da população. Mas isso não pode ser tomado como um processo natural. Para Dussel (1993), esse processo atua ao mesmo tempo em dois flancos conceituais da Modernidade: a racionalidade, que promove a emancipação, e a irracionalidade, que justifica a violência. O autor explica que a Modernidade tem origem nas cidades da Europa Medieval, livres e criativas, mas o seu “nascimento” é consumado “quando a Europa pôde confrontar com o seu ‘Outro’ e controlá-lo, vencê-lo, violentá-lo: quando pôde se definir como um ‘ego’ descobridor, conquistador, colonizador da Alteridade constitutiva da própria Modernidade” (DUSSEL, 1993, p. 8). O “nascimento” da Modernidade é paralelo à constituição da Europa como o “centro” do mundo e como o lugar que inaugura uma História Mundial, criada por meio do encobrimento do “Outro”, da dominação e da violência, definindo assim parte do que é a Modernidade (DUSSEL, 1993). Do mesmo modo, Quijano (2005, p. 9) afirma que: “a América Latina foi tanto o espaço original como o tempo inaugural do período histórico e do mundo que ainda habitamos”, ou seja, a produção da Modernidade global teve e tem na América Latina a sua base constituinte e a sua exclusão que se reproduz ainda hoje.

A “periferia” é a determinação e o lugar que é atribuído à América Latina nesse projeto global do poder colonial, como também, lugar na história da modernidade europeia, lugar que fortalece e justifica a ação do “centro” (Europa Moderna) em modernizar a população latino-americana (DUSSEL, 1993; MIGNOLO, 2000, 2012). Segundo Dussel (1993), a ideia de modernização dos povos é a mesma justificativa utilizada para colonizar a Ásia e a África, e por trás dessa justificativa existe o pensamento eurocêntrico, representado na ideologia do “desenvolvimento”, que atribui aos indivíduos (o “Outro”) a culpa e o estigma do atraso.

Segundo Dussel (1993), Kant⁴ é responsável por incorporar essa ideia à perspectiva da modernidade quando relaciona a preguiça e a covardia como causas da humanidade permanecer em um estado de imaturidade. Assim como Kant, Dussel (1993) aponta que Hegel⁵ também contribui para fortalecer essa justificativa da modernidade ao tratar o “desenvolvimento” como uma categoria ontológica, em que o ser evoluiu por meio da consciência e da superação, levando a Europa a terceira idade, que seria a Modernidade, que:

⁴ Referência ao filósofo prussiano Immanuel Kant (1724/1804).

⁵ Referência ao filósofo alemão Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770/1831).

“inicia-se com a reforma luterana propriamente alemã, que se ‘desenvolve’ totalmente na ‘Ilustração (*Aufklaerung*)’ e na Revolução Francesa” (DUSSEL, 1993, p. 22).

Mignolo (2010, p. 53, tradução nossa) compartilha da mesma percepção de Dussel, ligando Hegel a concepção de Modernidade histórica por meio de “três marcos fundamentais: o Renascimento, a Reforma e o descobrimento do Novo Mundo”. Para Quijano (2009), os intelectuais da modernidade ditaram a direção que permitiu o controle e o domínio europeu por meio do conhecimento, em um novo sistema que englobaria todos os continentes, explicando que:

Desde o século XVII, nos principais centros hegemônicos desse padrão mundial de poder, nessa centúria, não sendo um acaso a Holanda (Descartes, Spinoza) e a Inglaterra (Locke, Newton), desse universo intersubjetivo, foi elaborado e formalizado um modo de produzir conhecimento que dava conta das necessidades cognitivas do capitalismo: a medição, a externalização (ou objectivação) do cognoscível em relação ao conhecedor, para o controlo das relações dos indivíduos com a natureza e entre aquelas em relação a esta, em especial a propriedade dos recursos de produção (QUIJANO, 2009, p. 74).

Dussel (1993, p. 22) aponta que Hegel atribuiu aos ingleses o papel de se “transformar nos missionários da civilização em todo o mundo”. Sousa Santos (2010a, p. 16, tradução nossa) completa o pensamento anterior explicado que: “As teorias do contrato social dos séculos XVII e XVIII são tão importantes para o que eles mantêm como para o que eles silenciam”. Com isso, Sousa Santos (2010a) explica que o “Outro” é impedido de constituir uma sociedade civil e por isso condenados a um “estado de natureza”. Assim, a modernidade europeia passa a ser percebida como única e global, e a Europa o centro do mundo, em um processo de reafirmação dos valores civilizatórios europeus (DUSSEL, 1993; MIGNOLO, 2000, 2012; MIGNOLO; WALSH, 2018; QUIJANO, 2002, 2005, 2009; SOUSA SANTOS, 2010a, 2010b).

Como explicado anteriormente, esse paradigma sustenta os mecanismos de conquistas e justifica as ações dos povos europeus, como também, serve para encobrir que parte desse processo decorre da anulação dos indivíduos (SANTOS, 2010a, 2010b). Sendo assim, o “Outro” não foi descoberto, mas encoberto, na projeção do próprio europeu em um “estágio anterior” da história, ou seja, o europeu apagou o passado dos indivíduos para incorporar o seu próprio passado, colocando-se como fim da história e justificando sua violência em um processo de transformação de uma sociedade bárbara em uma sociedade civilizada (DUSSEL, 1993).

O eurocentrismo tornou a Modernidade europeia um processo global, ocultando seu lado mais obscuro, a colonialidade, um mal que se reproduz por meio dos mecanismos de controle herdados do sistema colonial e que não pode ser percebido sem a libertação da

“mente” e do “imaginário” do “Outro”, conforme apontado por Mignolo (2010). Nesse sentido, Quijano (2005, p. 15) explica que “a perspectiva eurocêntrica distorce, quando não bloqueia, a percepção de nossa experiência histórico-social, enquanto leva, ao mesmo tempo, a admiti-la como verdadeira”. Esse pensamento eurocêntrico surgido na modernidade é, segundo Sousa Santos (2010a), um pensamento que constitui uma linha abissal, formado por um lado visível que é constituído por meio da invisibilidade do outro lado, ou seja, duas forças que são impedidas de existirem ao mesmo tempo como duas realidades distintas, pois a visibilidade de um lado depende da invisibilidade do outro.

Segundo Dussel (1993), o eurocentrismo com sua unilateralidade de mundo: produz essa invenção do “Outro” de si mesmo para encobrir o “Outro” e se autoafirmar nesse processo hegemônico de poder; justifica assim a conquista pela dominação e pelo controle do território, mas também pela dominação e pelo controle dos corpos e do espírito; e estabelece, com tudo isso, o mito da modernidade construído pela autodefinição do ser superior na atribuição da inferioridade e da culpabilidade do “Outro”. Essas são as faces da Modernidade que precisam ser superadas, no qual o autor explica que:

não se trata de um projeto pré-moderno como afirmação folclórica do passado; nem de um projeto antimoderno de grupos conservadores, de direita, de grupos nazistas ou fascistas ou populistas; nem de um projeto pós-moderno como negação da Modernidade como crítica de toda razão, para cair num irracionalismo niilista. Deve ser um projeto “transmoderno” (e seria então uma “transmodernidade”) por subsunção real do caráter emancipador racional da Modernidade de sua Alteridade negada (“o Outro” e não a Modernidade), por negação de seu caráter mítico (que justifica a inocência da Modernidade sobre suas vítimas e por isso se torna contraditoriamente irracional) (DUSSEL, 1993, p. 187).

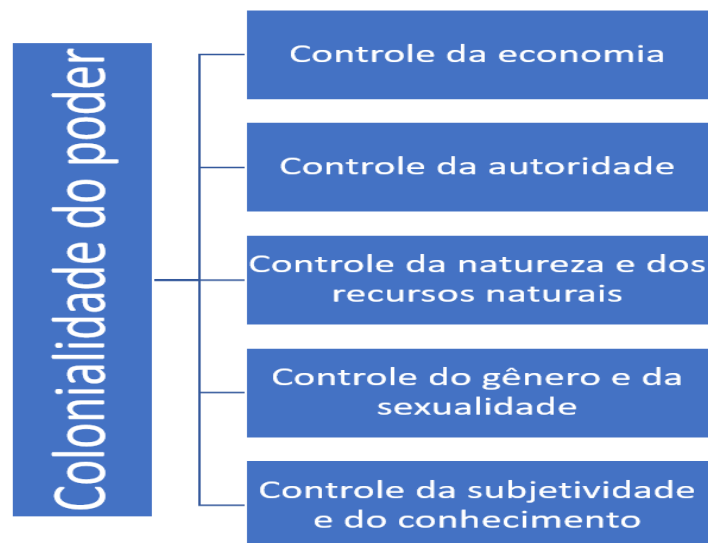
Indo nessa mesma perspectiva, Mignolo (2010) explica que o conhecimento é instrumento para colonização e, portanto, o conhecimento é instrumento para o controle e para o domínio, sendo necessário então a descolonização do saber como forma de libertação dos controles da colonialidade. O autor aponta, assim, um caminho para a construção do pensamento de fronteira, lugar de produção de diálogo entre ambos os lados da linha que divide o grupo estabelecido e o grupo excluído. Desse modo, Mignolo se apoia na ideia da colonialidade do poder de Quijano para revelar o vínculo da “colonialidade do poder nas esferas política e econômica à colonialidade do conhecimento” (MIGNOLO, 2010, p.11, tradução nossa).

Com isso, é revelada, por meio do debate sobre a colonialidade do poder, a (re)produção da ideia de “naturalidade” das ações do grupo dominante (MIGNOLO, 2000, 2010, 2012; QUIJANO, 2002, 2005, 2009), expressão máxima do controle dos corpos e do espírito (DUSSEL, 1993). Mignolo (2010, p. 12) explica que a sustentação dessa matriz de

poder ocorre “por três pilares: conhecer (epistemologia), entender ou compreender (hermenêutica) e sentir (*aesthesis*)”. Segundo esse autor, a colonialidade do poder mantém o controle sobre a economia, a autoridade, a natureza/recursos naturais, o gênero/sexualidade e a subjetividade/conhecimento. Na Figura 03 são listados os mecanismos de controle que são subentendidos da matriz colonial do poder, na qual Quijano aborda a dimensão da econômica em intercâmbio com as demais dimensões da matriz (MIGNOLO, 2010).

Quijano (2009, p. 76) explica a Colonialidade do Poder (Figura 03) como um sistema, em que “o espaço e uma malha de relações sociais de exploração/dominação/conflito articuladas, basicamente, em função e em torno da disputa pelo controle dos” [...] “meios de existência social”. Esse fenômeno do poder é apresentado pelo autor como sendo caracterizado por três elementos contidos nas relações sociais: dominação, exploração e conflito. Um sistema que mantém padrões de controle e condiciona os indivíduos, o que explica o erro existente no entendimento do processo de descolonização, que dá uma falsa ideia de independência.

Figura 03 - Matriz da Colonialidade do poder



Fonte: Mignolo (2010, p. 12) com base na matriz da Colonialidade do Poder criada por Quijano

Conforme explicado por Mignolo (2010), a descolonização não libertou os países da colonialidade europeia, pois esse processo de “libertação” não previa a descolonialidade e, por isso, os indivíduos foram mantidos sujeitos ao domínio imperial, que transitou, à época, de um grupo do poder para outro, com os mecanismos de controle intactos. Sousa Santos (2010b, p. 8, tradução nossa) explica que “o fim do colonialismo político não significa o fim do colonialismo nas mentalidades e subjetividades, na cultura e na epistemologia” e que por esse motivo a sua reprodução na sociedade é endógena. Da mesma forma, Quijano (2002, p.

13) diz que houve um “paradoxo histórico, mas notório da experiência Latino-americana: a associação entre Estados independentes e sociedades coloniais”. Está claro, portanto, que o fim do regime de colônias no mundo europeu não interrompeu a colonialidade, visto que essa se mantém nas relações sociais e políticas, embora sob a máscara de independência.

Disfarçado de modernidade e de globalização, os mecanismos de controle ganharam novos contornos, que supostamente objetivavam a justiça com a ideia de direitos universais e a emancipação com a ideia de democracia, mas os seus resultados não atingiram esses objetivos, ao contrário, aprofundaram o processo da colonialidade (DUSSEL, 1993; MIGNOLO, 2010, SOUSA SANTOS, 2010a). Sousa Santos (2010a) explica que esse processo, como um todo serviu apenas para produzir um paradigma social, que de várias formas se revelou na tensão entre regulação e emancipação, ou seja, da ordem e do progresso. Situação que permitiu o controle dos países periféricos pelos países ricos.

O enfrentamento dessa hegemonia é, para Mignolo (2000, 2010, 2012), Quijano (2002, 2005, 2009) e Sousa Santos (2010a, 2010b) uma questão de descolonizar o pensamento, ou seja, descolonizar o saber e o conhecer. Os autores explicam que a decolonialidade surge como uma resposta para descolonizar, pois revela os mecanismos da colonialidade, ocultados pela modernidade e pela globalização, de forma que é necessário questionar a ideia única de sociedade, representada por uma monocultura do pensamento e a unilateralidade de escolha. O processo de decolonialidade exige assim uma sistemática crítica às ideias hegemônicas, que nada mais são que uma falsa hegemonia, pois os indivíduos são compelidos por meio da colonialidade do poder e do saber a aceitarem essas ideias como únicas e hegemônicas.

Os mecanismos de controle e os pilares da matriz de poder colonial garantem a reprodução dessas ideias hegemônicas e limitam os indivíduos, que com pouca autonomia, não conseguem agir fora dos limites estabelecidos. Nesse sentido, a estratégia de desprendimento, segundo Mignolo (2010), é uma forma de desnaturalizar as ideias hegemônicas e abrir espaço para crítica sistêmica a colonialidade do poder. Esse desprendimento, portanto, leva a novas formas de conhecimento e de entendimento, no qual Mignolo (2010, p. 42, tradução nossa) chama de “epistemologia da exterioridade e das fronteiras”. Ele explica que essa crítica que parte da exterioridade e das fronteiras cria uma nova abordagem epistemológica, que não pretende uma totalidade hegemônica, mas uma totalidade constituída de totalidades. Mignolo e Walsh (2018, p. 5, tradução nossa) completam apontando que a decolonialidade “não é um novo paradigma ou modo de pensamento crítico. É uma maneira, opção, ponto de vista, analítico, projeto, prática e práxis”.

A abordagem cognitiva e normativa, vista na seção anterior, apresenta elementos que dizem respeito a uma superestrutura e a vários subsistemas que buscam adequar-se à superestrutura hegemônica, em um processo de “tentar ajustar o funcionamento do setor em relação ao global” (MULLER, 2004, p. 38, tradução nossa). Esse processo está presente na ação da colonialidade do poder quando sujeita tanto a população periférica, no interior da centralidade do sistema, quanto no exterior do sistema global, que Mignolo (2000, 2012) apresenta como fronteiras internas e externas.

Partindo da ideia de que o sucesso de uma política pública depende dessa adequação a partir das ideias hegemônicas globais para o setor (MULLER, 2018), o processo de colonialidade pode ser percebido como um processo naturalizado no interior do ciclo de ação pública. Desse modo, as ideias de útil, de eficiente, de eficaz e de sustentabilidade são tidas como valores e premissas de uma ação pública, e por isso, são incorporados à ideia que se constrói sobre o Estado, bem como a crítica da sua ação sobre os setores da sociedade. Entender então que “as políticas públicas são, nas sociedades modernas, os principais locais para a construção do significado” (MULLER, 2004, p. 38, tradução nossa) é entender como a colonialidade do poder se produz e reproduz na sociedade por meio da ação do Estado. Portanto, a ação pública é concebida como um instrumento para colonialidade do poder porque seu resultado serve como domínio, controle e transformação da sociedade em um processo de formação de sentido e do estabelecimento de fronteiras cognitivas e normativas.

Por esse motivo, a ação pública não pode ser analisada de forma apartada do Estado e da sociedade, porque essa ação parte do Estado e tem como destino intervir na sociedade, atuando de forma segmentada em determinados setores, regiões, classes, grupos e etc. (MULLER, 2018). Muller (2004, 2005, 2018) explica que quanto mais o Estado age, por meio de políticas públicas, mais demandas surgem na sociedade, visto que as respostas para os problemas sociais são sempre parciais, gerando desequilíbrios e tornando necessárias novas intervenções. O autor aponta também que por meio desses desequilíbrios os indivíduos tomam consciência de sua situação, cobram mais ação do Estado e agem nas estruturas do sistema em busca de mudança. Indo no mesmo sentido, Gramsci (2007, 2011) explica que o processo de formação de consciência coletiva na sociedade parte da percepção inicial do indivíduo (tomada de consciência), propiciando a organização de estruturas sociais, a formação de uma consciência coletiva, a disputa hegemônica em espaços políticos e a incorporação de uma hegemonia na sociedade.

As perspectivas e os paradigmas que sustentam as formas de ação do Estado partem da experiência dos seus idealizadores, normalmente estabelecidos na centralidade do sistema

global e por isso desconsideram as relações de fora da estrutura de poder. Segundo Grosfoguel (2008), de forma geral, os autores e os pesquisadores partem sempre de um lugar de fala, lugar epistêmico e social. O autor explica que as análises desse lugar de fala servem para entender a reprodução da estrutura de poder na sociedade, uma vez que a produção e a reprodução do conhecimento e do controle estão fundamentadas na invisibilidade dos indivíduos e nos seus modos de vida, que esconde uma variedade de formas de ser e de pensar. A perpetuação dessa situação é para Sousa Santos (2010b) um efeito da colonialidade interna que ocorre nos países que estiveram sob o domínio estrangeiro, em que a população é impedida de encontrar saídas fora da perspectiva das posições hegemônicas globais.

Conforme apontado por Mignolo (2010), a colonialidade não sujeita só os indivíduos da periferia do sistema global aos mecanismos da matriz colonial do poder, quem domina também está condicionado aos mesmos mecanismos dessa matriz. Com isso, o autor explica que o neoliberalismo e a globalização não são só processos econômicos e sim um processo civilizacional do projeto global de poder. Desse modo, pode-se colocar que Mignolo (2000, 2012) reformula e amplia a ideia de Gramsci (2007, 2011) de formação do cidadão ao mostrar que não é apenas o Estado que pretende um modelo de cidadão, mas também a articulação do poder capitalista mundial que determina a ação dos Estados em criar cidadãos que reproduzam essa lógica hegemônica.

Para alguns teóricos, como Dussel (1993), Grosfoguel (2008), Mignolo (2000, 2010, 2012), Mignolo e Walsh (2018); Quijano (2002, 2005, 2009) e Sousa Santos (2010a, 2010b), realizar uma crítica às teorias fundamentadas na perspectiva eurocêntrica é o mesmo que questionar as premissas e os pressupostos que colocam essas teorias como naturais. Desse modo, o processo de crítica sistemática ajuda a romper com paradigma vigente, entretanto, romper com a referência hegemônica é o mesmo que perder a estrutura que legítima e que justifica as ações e o conhecimento que são aceitos. Tal dilema reforça o paradigma eurocêntrico hegemônico por manter uma estrutura que serve como base para a produção de conhecimento e de referências para ações, tornando diminuta assim a probabilidade de refutar tal paradigma. Portanto, é compreensível que os pesquisadores latino-americanos insistam no arcabouço teórico eurocêntrico. Grosfoguel (2008) explica que são raras as exceções de trabalhos latino-americanos que priorizaram estudos que partam da perspectiva do lugar de fala dos próprios autores, rompendo, assim, com a colonialidade do poder.

Este trabalho parte da perspectiva do pensamento crítico fronteiriço, que Mignolo (2000, 2010, 2012) apresenta como sendo a fronteira entre as histórias locais e os projetos globais. Histórias locais que, segundo o autor, são encobertas pela história universal, ou seja,

invisíveis de forma geral, mas visíveis para quem está na fronteira. Mesma percepção de Sousa Santos (2010a, 2010b), que dá o nome de linha abissal a essa fronteira que oculta a realidade local. Utilizar a perspectiva da decolonialidade por meio da abordagem do pensamento crítico fronteiriço serve então para ir além das abordagens tradicionais que encobrem as particularidades locais. O ir além é, portanto, ter como ponto de partida a perspectiva local, um desafio para aqueles que estão nessa fronteira.

Mignolo (2000, 2012) explica que o confronto entre o local e global produz o pensamento de fronteira, uma condição dialógica criada pela diferença colonial, ou seja, o confronto entre a perspectiva subalterna e a perspectiva hegemônica, que gera problemas de “autenticidade” e marcas na sociedade, articuladas pela colonialidade do poder. Ainda segundo o autor, esse pensamento fronteiriço não é um pensamento híbrido, mas um pensamento fraturado decorrente dessa condição dialógica entre o subalterno/local e o hegemônico/global, ou seja, das diversas cosmologias em colisão. Essas “fraturas” são entendidas como a “anomalia” que, segundo Kuhn (1998), possibilitam a quebra do paradigma vigente. Essas “anomalias” são neutralizadas pelas narrativas dominantes, que Mignolo (2012) aponta como responsáveis por pregar uma totalidade “globalista” que torna homogênea as relações e as particularidades sociais, que encobre a colonialidade do poder sobre o saber e que permite manter a desigualdade nas relações sociais para obter maior vantagem no processo de controle e de domínio.

Buscando revelar essa fronteira oculta pela perspectiva dominante, no próximo capítulo será abordado como a colonialidade foi estruturada e reproduzida no setor da saúde e como a transformação do profissional da saúde está condicionado a esse processo de controle e de domínio, no qual a categoria médica é posta como mediadora do setor.

3 A FORMAÇÃO SOCIAL DA CATEGORIA MÉDICA PELO ESTADO

Neste capítulo busca-se entender o processo de formação da atividade e da categoria médica a partir da ação do Estado, em que serão analisadas as mudanças no setor de modo que seja possível entender os ciclos de ações públicas e as referências adotadas pelos agentes políticos. Para tanto, será apresentada a formação do setor da saúde, em que à medida que o Estado age por meio de mecanismos próprios que condicionam e limitam os indivíduos sob uma lógica de poder, ocorre a transformação dos indivíduos, que posteriormente transformam a estrutura do setor. Essa transformação imposta, coloca o Estado como hegemônico, mas essa hegemonia perde força quando o Estado se sujeita a outras estruturas de poder em um

processo de reorganização geopolítica mundial. Esse processo gera uma hegemonia global, na qual os países ricos, com maior poder político e econômico, passam a determinar as referências para as ações públicas, enquanto os países periféricos são destinados a reproduzir essa hegemonia dominante.

Com isso, o Estado deixa de ser a referência global para as ações locais e os agentes políticos deixam de mediar a hegemonia da sociedade para mediar a hegemonia global. Essa situação se agrava mais ainda com as mudanças nas formas de produção que condicionam as novas lógicas da vida em sociedade. Neste contexto, o poder econômico acaba por impor uma visão homogênea dos problemas sociais, tornando possível a adoção da lógica dominante em qualquer particularidade local. Assim, as relações comerciais são determinantes de tal modo que, no caso da saúde, condiciona os profissionais, permitindo a estabilidade do poder econômico no setor. Essa estabilidade pode ser percebida por meio da mediação do profissional da saúde, que conforme Paim (2009) observa, torna o setor da saúde um mercado imperfeito, em que o profissional responde por condicionar a ação de consumo do cliente. O poder econômico atravessa essa dinâmica comercial e por meio da dependência do profissional da saúde das tecnologias médicas, impõe uma relação de consumo que cabe ao profissional reproduzi-la sob o pretexto de modernização e do avanço nos serviços de saúde.

É importante pontuar que o contexto da ação do Estado e do poder econômico no Brasil difere dos países ricos, não apenas pelo *status* que o país ocupa no cenário mundial, mas pelo fato de que o Brasil se desenvolveu sob um processo de controle e de dominação enraizado em estruturas sociais marcadas pela colonialidade, cujas relações de poder se perpetuam na referência global e na hegemonia dominante dos países ricos. É por esse motivo, que parte desta pesquisa, abrange um período em que o Estado brasileiro ainda não estava plenamente formado, mas era um território que estava sendo forjado a partir do domínio colonial da Coroa portuguesa. Esse sistema de domínio, conhecido como sistema Colonial, responde pela base social/econômica/política formadora do Estado e da sociedade brasileira.

Desse modo, será dado maior enfoque ao processo político/administrativo que o Estado adotou para o setor da saúde, como forma de apresentar o papel dos grupos políticos na mediação das ações públicas. Será apresentada, portanto, a formação do setor por meio do estabelecimento de uma política de Estado e de uma organização profissional que tornou possível o surgimento e fortalecimento da categoria médica.

3.1 A MEDICINA COMO INSTRUMENTO DE PODER

O período abordado nesta seção compreende os anos entre 1520 e 1828, período que abrange dois momentos na história brasileira, o período Colonial e o início do período Imperial. Esses momentos históricos tiveram início com o empreendimento marítimo e colonial de Portugal, como forma de superar as dificuldades internas e de encontrar novas formas de exploração com possibilidades comerciais. Antes das denominadas “descobertas do Mundo Novo”, foi visto anteriormente que a Europa não passava de uma periferia do mundo muçulmano, um lugar coberto por crises econômicas e sociais decorrentes dos resultados negativos dos longos períodos das cruzadas. O destino para o “Mundo Novo” seria então uma oportunidade para sair dessa situação e para tanto esse novo lugar deveria ser conquistado e dominado. Com isso, nascem as Colônias de exploração, nos quais os recursos naturais seriam destinados a Metrópole para o fortalecimento dos grupos dominantes (DUSSEL, 1993).

Esse processo poderia ser conhecido apenas como pilhagem, nome que já foi utilizado para descrever um processo similar, resultado das navegações escandinavas do século VIII até XI, nos quais a população conhecida como Viking atacou as costas de vários países da Europa, saqueando mosteiros e vilas. Esses ataques buscavam as riquezas da região, mas também buscavam oportunidade de colonização, que permitissem o estabelecimento da população em novas localidades. Devido à semelhança com a situação posta nas Américas, “pilhagem” deveria ser o termo utilizado para descrever a forma como a Europa ocupou e saqueou as riquezas desse continente. Mas devido a relação de poder que é imposta, esse processo é relacionado ao ciclo de desenvolvimento, que responde por tirar as Américas do seu estado natural, em uma relação de subordinação dos povos e culturas existentes, levando-os a um patamar supostamente superior ou “civilizado”. Termo que traz, em si, a ideia de superioridade, jogando tudo a mais na vala da inferioridade. Segundo Dussel (1993), é por esse motivo que a violência e a dominação foram permitidas e justificadas.

No sistema Colonial/Mercantilista, parte do “Mundo Novo” virou Colônia de Portugal, dando início assim a uma sistemática ocupação e dominação por meio dos mecanismos que a Coroa portuguesa tinha disponível. É importante ter em mente que o domínio português foi exercido de várias formas, resultando em múltiplos controles sobre as formas de ser, pensar, sentir, ter e agir dos nativos e dos indivíduos que migraram para os novos territórios dominados (DUSSEL, 1993; SOUSA SANTOS, 2010a, 2010b). Para esses mecanismos de controle, de dominação dos corpos e da mente, Quijano (2002, 2005, 2009) deu o nome de colonialidade do poder. Esses mecanismos de controle foram elaborados e

aplicados conforme o setor da sociedade, pois segundo Muller (2004, 2005, 2018), independentemente da existência de uma estrutura ministerial e governamental específica, como ocorre nas sociedades complexas, a ação pública encontra na atuação por setores da sociedade a justificativa e a legitimidade para agir sobre determinados grupos de forma mais assertiva.

Nesse sentido, os assuntos relacionados a saúde e a higiene, tanto de Portugal, quanto dos territórios que estavam sob o seu domínio, ficavam inicialmente a cargo do Físico Mor e do Cirurgião Mor, responsáveis, assim por administrar as políticas para setor (BRASIL, 1891a, 1891b; PORTUGAL, 1791a). No final do século XV, a medicina estava se estabilizando como ciência e como profissão, consequência da transformação que a sociedade europeia passava, primeiramente no período renascentista e posteriormente no iluminismo. Esse solo fértil propiciou o fortalecimento das Universidades na Europa, lugar que agrupava os intelectuais da sociedade europeia e que constituíam nos seus interiores as academias científicas – que agiam como guardiões do conhecimento. Os documentos normativos e legais da Coroa Portuguesa apontavam os Físicos e os Cirurgiões como representantes da ciência portuguesa no setor da saúde, setor esse que pode ser entendido por tudo aquilo que é relacionado à saúde e à higiene (BRASIL, 1891a, 1891b; PORTUGAL, 1791a).

Pode-se apontar que as Universidades têm um papel importante na produção e reprodução do conhecimento científico, ou seja, da nova estrutura de poder que passava a dominar a sociedade, pautada na colonização. Já os Físicos e os Cirurgiões, podem ser considerados instrumentos dessas estruturas, visto que são determinados por ela e condicionados a reproduzir a colonialidade sobre a subjetividade e o conhecimento. Gurgel (2014) explica que os Cirurgiões, ou Cirurgiões Barbeiros, eram profissionais da prática médica cirúrgica, como a amputação e a extração de tumores e abscessos. Segundo o autor esses profissionais dedicavam um bom tempo para os estudos universitários e que, após acompanhar um mestre-cirurgião por dois anos, servindo-o como um enfermeiro ou ajudante, conseguiam treinar a arte da cirurgia e anatomia, podendo assim ser liberados posteriormente para atuar como profissionais liberais. Ainda segundo o autor explica, muitas vezes esses treinamentos eram feitos sob condições precárias, com o envolvimento da população mais pobre, sem acesso aos serviços médicos particulares. A notória falta de técnica e de conhecimento prático e teórico, levava os Cirurgiões a praticarem a medicina nessa população, em lugares onde não existia a autoridade médica regular, lugares em que o atendimento público era pautado pela caridade.

Em comparação com os Cirurgiões, os Físicos representavam uma autoridade médica superior, com uma prática intelectual diferenciada, composta por estudos clínicos e filosóficos, enquanto os Cirurgiões estavam mais voltados para o exercício prático da medicina, ou seja, para habilidades manuais (GURGEL, 2014). Para Nogueira:

A palavra *físico* foi usada durante toda a Idade Média para designar o médico internista, ou seja, aquele que empregava drogas diversas no tratamento de enfermidades internas do corpo, em contraposição ao cirurgião, que cuidava de lesões e problemas externos por meio de operações manuais (NOGUEIRA, 2007, p. 19).

Pode-se apontar, portanto, que a repulsa as habilidades manuais e o reconhecimento intelectual aproximavam os Físicos das classes de poder estabelecida na sociedade, enquanto o trabalho manual, em condições precárias e de menor prestígio aproximava os Cirurgiões das camadas populares e economicamente vulneráveis, típicas da pequena burguesia da época. Os Cirurgiões atuavam dentro de um processo artesanal de formação e de atuação profissional, em que o conhecimento era transmitido pelo mestre que detinha o domínio sobre todo o processo.

Esse modo artesanal de formação permitia aos melhores alunos ascenderem a posição de mestre quando conseguissem dominar toda a técnica e o conhecimento necessário para atuação profissional. Já os Físicos estavam mais direcionados a academia e por isso ligados as pesquisas, as descobertas, os testes e a produção de conhecimento. Com a transformação das estruturas sociais, ocorrida em função das mudanças nas relações de produção, a própria noção de ciência teve que adequar-se as necessidades da nova sociedade. Desse forma, a estrutura acadêmica foi direcionada para reproduzir esse novo modo de produção e para atender a lógica mercantil.

Portanto, se nesse primeiro momento a divisão entre os Físicos e os Cirurgiões, simbolizava a superioridade da elite do conhecimento sobre a pequena burguesia trabalhadora, posteriormente essa burguesia seria responsável pela nova lógica de produção, em que o conhecimento seria submetido a uma nova estrutura de poder, determinado assim um novo tipo de profissional da saúde. Essa dialética social que definiu as novas sociedades por meio dos novos modos de produção também serviu para definir o setor da saúde, em que a ação profissional reproduziu importantes transformações que deram um novo contorno ao setor da saúde.

Por outro lado, diferente dos Físicos e Cirurgiões, a população nativa das colônias formou-se no processo acumulado de séculos de intercâmbio com a natureza. Esses conhecimentos acumulados foram cristalizados na cultura das sociedades nativas e foram

transmitidos pelos indivíduos mais velhos para os mais novos. Desse modo, por meio da cultura os indivíduos incorporavam hábitos e valores construídos por seus antepassados que permitiam sobreviver em diversos ambientes e fazer usos dos recursos naturais para a sobrevivência. Assim, a saúde é construída, na ideia desses povos nativos, por várias dimensões, que lhes permitem entender a saúde de forma holística. Esse conhecimento, que não segue um método científico consolidado na academia, carecendo, portanto, da “prova científica”, é excluído como um conhecimento aceito, por mais que seja eficaz para manter a saúde da população. Pode-se apontar também que esse conhecimento não é direcionado para o comércio, portanto, sem valor para a sociedade complexa e capitalista. Assim, esse conhecimento holístico é subjugado e tratado como um conhecimento poluído por crenças locais (MIGNOLO, 2000, 2012). Desse forma, o conhecimento nativo das Américas foi excluído quando não exterminado junto com a população no processo de controle e de domínio cultural.

Apesar da forma pela qual esse conhecimento foi tratado pelos colonizadores europeus, a sobrevivência na floresta exigia um intercâmbio com a comunidade nativa, haja vista a necessidade de sobrevivência em um território desconhecido. Assim, a população nativa foi utilizada nesse propósito pelos membros da Companhia de Jesus como forma de sobreviver em ambiente pouco conhecido (GURGEL, 2014). Os nativos foram coisificados e instrumentalizados no processo de colonização, em que seu valor e seus conhecimentos foram pouco reconhecidos pelos colonizadores, mas muito utilizado para colonização. A sujeição dos nativos envolve a sua anulação identitária e histórica. Essa anulação ocorreu primeiramente com a comunidade tradicional, mas com o processo de estabelecimento das colônias, essa anulação foi incorporada ao processo de desenvolvimento social local, em que a lógica dominante excluía a realidade local ao mesmo tempo que incorporava o processo social dominante.

Assim, pode-se apontar que o processo de exclusão do conhecimento e da subjetividade das comunidades nativas e tradicionais das Américas, tratadas genericamente como indígenas pelos europeus, condenaram essa população a exclusão do convívio da nova sociedade que se formava, resultado da imposição civilizatória europeia. Os poucos sobreviventes desse massacre tiveram que escolher entre sucumbir ao modo dominante no processo de aculturação e de perda de suas identidades ou resistir a esse processo de dominação em refúgios afastados das grandes cidades, que inevitavelmente seriam alcançados na imposição do desenvolvimento.

É nesse contexto que os Físicos e Cirurgiões exerciam uma posição de poder perante a população da Colônia, posição que representava o monopólio da “arte de curar” e a exclusão de todo conhecimento que colocasse em *xequê* o conhecimento cartesiano eurocentrado. A colonialidade do conhecimento foi assim reproduzida primeiramente por meio da instituição do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino, autoridades que representavam uma espécie de Ministros para o setor da saúde à época. Em outro momento esses indivíduos atuaram conjuntamente em uma Junta Protomedicato, uma junta médica colegiada que coordenou por um curto período de tempo as ações públicas para a saúde, mas que logo em seguida tiveram que retornar para o Físico-Mor e o Cirurgião-Mor do Reino com a vinda da família Real para o Brasil (PORTUGAL, 1791a; BRASIL, 1891a, 1891b).

A coordenação desses agentes políticos, tidos aqui como mediadores do poder Real no setor, foi obtida por meio da regulação da atividade profissional, estabelecida inicialmente à categoria dos Físicos em 1521. A Carta Régia que estabelece maior poder aos Físicos, trata das principais funções que deveriam ser desempenhadas por esse profissional, como: a fiscalização da atividade médica e dos serviços relacionados a saúde e a higiene; a aplicação de multa àqueles que não cumprissem as determinações sanitárias; a nomeação de médicos mediante exame específico e tempo de atividade; a nomeação das representações comissárias para auxiliar nas atividades relacionadas ao Físico-Mor; a fiscalização de toda atividade que tivesse relação aos assuntos de saúde e higiene; e a proibição daquele que se denominasse Físico desempenhar o papel de Cirurgião e o de Cirurgião o papel de Físico (PORTUGAL, 1791f).

O regimento que regularizou a atividade dos Cirurgiões só foi estabelecido 100 anos após o regimento para os Físicos, ainda assim, com várias limitações que estavam relacionadas às especificidades das funções desempenhadas pelos Cirurgiões. Esse regimento foi estabelecido em 1631, no qual foram permitidos aos Cirurgiões a fiscalização da atividade profissional médica e a atuação sobre práticas irregulares não liberadas (PORTUGAL, 1791g). Os Cirurgiões atuavam também em várias posições no sistema de poder vigente, liderando ou fiscalizando equipes compostas por Barbeiro, Sangrador, Prático e Parteira (PORTUGAL, 1791g) e chefiando atividades médicas no âmbito militar (BRASIL, 1891a, 1891b). Os Cirurgiões foram incorporados ao estamento militar em 1808, recebendo com isso a graduação de Tenente no Corpo Militar (BRASIL, 1891a). Essa posição permitiu também a esses tenentes nomearem outros cirurgiões para atuarem nos diferentes corpos militares (BRASIL, 1891b).

Apesar do papel dos Cirurgiões ser cada vez mais importante para estrutura de poder estabelecida, os Físicos-mores e os Cirurgiões-mores compartilhavam significativamente os mesmos direitos e deveres, como nomear comissários, aprovar os testes de conhecimento, fiscalizar as colônias portuguesas por meio dos delegados e dos comissários e liberar para atuação profissional, tanto em Portugal, como nas colônias, os profissionais aprovados nos testes (BRASIL, 1891a, 1891b; PORTUGAL, 1791f, 1791g).

Mas devido a demanda pelos Cirurgiões ser muito grande em Portugal e, consecutivamente, serem mais bem remunerados pela elite portuguesa, era esperado o desinteresse crescente desses médicos portugueses em atuarem nas colônias de Portugal (GURGEL, 2014). Esse desinteresse só não era fator de impedimento quando a atividade médica estava sujeita a uma determinação militar que obrigava os Cirurgiões a atuarem nas colônias portuguesas para garantir a saúde da tropa e da elite, que estavam instaladas nessas colônias (BRASIL, 1891a, 1891b; GURGEL, 2014; PORTUGAL, 1791a, 1791f, 1791g).

De todo modo, o objetivo da Coroa portuguesa estava mais voltado em garantir a segurança sanitária na metrópole e manter um regimento mínimo e necessário nas colônias, do que atender as necessidades sanitárias crescentes nos territórios que estavam sob seu domínio. Fato que não se modificou com a Ordem ao Conselho Ultramarino de 1742, no qual se estabeleceu aos comissários indicados para atuação no Brasil o dever de serem médicos formados na Universidade de Coimbra, permitindo assim que indivíduos da colônia portuguesa ou de outras nacionalidades pudessem pleitear o grau de Físico ou Cirurgião para atuarem nos domínios reais (PORTUGAL, 1791a).

Pode-se apontar, assim que, mesmo com a liberação de médicos de outras nacionalidades (até mesmos os nascidos nas Colônias portuguesas), desde que formados em Coimbra, pudessem atuar como médicos nas Colônias, isso não foi suficiente para demonstrar o interesse de Portugal com a saúde pública nessas localidades. De outro modo, tal medida contribuiu para o domínio português ao mesmo tempo que reproduziu nessas localidades os mesmos mecanismos de controle estatal presentes em Portugal.

Em seu conjunto, as ações públicas setoriais causaram profundas transformações sociais, tanto em Portugal como nas suas Colônias. Para Escorel e Teixeira (2012) o setor da saúde era composto por dois tipos de medicina à época do Brasil Colônia e início do Brasil Império: a medicina oficial, de formação acadêmica e descrita pelos autores como medicina erudita com formação na Europa, que estava concentrada nas maiores capitais e disponíveis apenas para a parcela mais abastada da sociedade; e a medicina não oficial, sem formação acadêmica, descrita pelos autores como mais distante das práticas médicas, oferecida por

curandeiros e pelas ordens religiosas, com cuidados que estavam disponíveis nas mais diversas localidades e utilizados pelos mais diversos grupos sociais.

Nesse sentido, a caridade exercida pelo jesuítas era melhor aceita que as práticas curativas locais, em que a Companhia de Jesus, conforme apontado por Gurgel (2014), manifestou uma grande habilidade, adquirida por meio da observação, experimento, aprimoramento e desenvolvimento de fórmulas terapêuticas com matérias primas nativa e da troca com os membros integrantes dessa ordem.

A Companhia de Jesus representa bem o que Dussel (1993) e Sousa Santos (2010a, 2010b) tratam como encobrimento e ocultação do “Outro”, visto que a atuação dos jesuítas se deu num processo em que, ao mesmo tempo que usa, exclui os saberes locais da condição de constituinte do conhecimento que é habilitado como hegemônico, um conhecimento pautado na lógica racional, científica e sistematizada de produção. Esse processo permitiu aos jesuítas serem conhecidos como detentores de “grandes habilidades,” conforme apontado por Gurgel (2014). Isso ocorreu devido a utilização de recursos naturais e a sobrevivência no ambiente desconhecido à época, além do comércio com a população nativa, detentora desse conhecimento.

Apesar da instrumentalização do conhecimento da população nativa do Brasil ser um fator decisivo para sobrevivência dos jesuítas e para incorporação, a partir das “descobertas” desses religiosos, de novas práticas adotadas pela medicina europeia, a anulação sistemática dessa população impede o intercâmbio cultural, encobrindo assim o “Outro” para ser descoberto apenas o que fosse valorado pela cultura europeia, o que mais recentemente pode-se entender como um produto de valor para o mercado.

Nessa perspectiva de mercado busca-se “descobrir” os valores presentes na floresta, que a população tradicional já conhecia pela sua longa convivência, mas que a ciência precisa validar em um processo de desassociar o “Outro” e toda a sua cultura e história local para se extrair aquilo que se entende como válido, um valor útil para sociedade branca/europeia/urbana/industrial. Assim, por meio da ciência trata-se de “descontaminar” o conhecimento local para se extrair algo de valor para sociedade, tendo o padrão de conhecimento europeu como base para a sistematização dessa “descoberta” em um conhecimento válido.

Esse processo de anulação é justificado pela perspectiva eurocêntrica de produção do conhecimento e visão unilateral de mundo, no qual se legitima por meio de uma racionalidade e de uma estrutura singular, permitindo assim a violência e a exclusão de um povo sobre o outro (SOUSA SANTOS, 2010a). Por meio desse processo, Quijano (2005, p. 19) explica

que: “com a conquista e a colonização ibero cristã das sociedades e populações da América, na transposição do século XV ao XVI, foi produzido o construto mental de ‘raça’”. Essa ideia de raça, segundo Quijano (2005, p. 18), divide a sociedade em “novas identidades históricas e geoculturais originárias do novo padrão de poder: ‘brancos’, ‘índios’, ‘negros’, ‘mestiços’”. Esse constructo mental faz parte da lógica dominante que funda uma nova ordem social, em um processo civilizatório que coloca a Europa, branca e patriarcal como sendo a referência global para os outros indivíduos agora classificados e hierarquizados dentro de uma estrutura de poder. As estruturas sociais são formadas assim por essa lógica que é naturalizada no meio social como forma de ver o mundo e de entender a realidade.

A superioridade advinda do padrão de poder eurocêntrico deu ao homem branco europeu a justificativa e o direito necessários para dominação e para exclusão (SOUSA SANTOS, 2010a, 2010b). Dessa forma, os missionários puderam se colocar como superiores perante os povos nativos, em um processo que se tornou naturalizado e que permitiu os jesuítas assumirem a responsabilidade para com os enfermos nativos, que por sua vez acabaram por receber o tratamento que os colocavam acima dos sacerdotes e curandeiros locais. Essas representações culturais locais, para os nativos, eram atribuídas aos indivíduos que tratavam as enfermidades físicas e espirituais, lugar que os jesuítas buscavam ocupar como forma de dominar a população nativa.

Gurgel (2014) fala que os jesuítas tinham a vantagem de serem sobreviventes das doenças infectocontagiosas vindas da Europa e por isso tinham anticorpos que os permitiam atuar junto as enfermidades locais provocadas pelo processo de colonização. Segundo a autora, isso foi determinante para que os jesuítas ocupassem uma posição de prestígio perante a sociedade nativa local, uma posição de poder que poderia ser usada para determinar as ações locais.

Os jesuítas também tinham a seu favor o processo de colonização e a imposição de uma nova estrutura de poder que levou a perda de autonomia da população nativa. Esse processo de perda de autonomia pode ser relacionado ao processo de exclusão no qual os indivíduos deixaram de ter acesso ao conhecimento transmitido por geração para incorporarem a dependência dos profissionais da saúde e de suas tecnologias (métodos, técnicas ou produtos advindo desse processo de produção). Assim, as chagas dos estrangeiros e a anulação de si próprio, fizeram parte da construção da ideia de “superioridade” do povo europeu e da “inferioridade” da população nativa.

Nesse processo, os jesuítas ficaram conhecidos por uma atividade pioneira nas áreas médica e farmacêutica nas Colônias. Esse pioneirismo foi reforçado pela exclusividade na

atuação em determinadas regiões, visto que em muitos casos as únicas autoridades permitidas para o exercício da medicina era a caridade jesuíta. Essa situação, na qual se mantiveram por centenas de anos, contribuiu para exclusão e o domínio da população nativa, formando a partir disso uma nova estrutura social que incorporava a lógica dominante. À medida que essa sociedade se estruturava, os jesuítas da Companhia de Jesus foram sistematicamente perdendo espaço, sendo reduzidos por meio das novas políticas de dominação destinadas as Colônias portuguesas (GURGEL, 2014).

Por meio dessa redução, o Estado Moderno ocupou o lugar que a estrutura religiosa ocupava no setor da saúde. Com isso, na falta dos jesuítas a referência dos nativos foram aos poucos sendo transferidas para os médicos (Físicos e Cirurgiões), construindo no senso comum da população a ideia de superioridade desses profissionais. Esse senso comum quando não criticado reforça a ideia hegemônica dominante, que nesse caso, reforça a superioridade do conhecimento europeu e da estrutura estatal moderna que é reproduzida na subjetividade e na ação desses profissionais. Assim, não seria estranho pensar que ainda hoje o profissional da medicina tenha no senso comum da população uma representação mental de poder e que a sua subjetividade e a sua ação sirvam para reproduzir uma estrutura dominante. Isso justificaria o fato de a categoria médica ser mediadora no setor e ter autonomia para tal ação na sociedade.

Sem as possibilidades de tratar a saúde com base na cultura tradicional, que foi abandonada no processo de incorporação da cultura europeia, a população nativa foi entregue a toda sorte para sobreviver em um ambiente com maior risco para sua saúde. Essa situação tem impacto ainda hoje, em um processo que se soma ao modo de vida europeu que promoveu e que promove riscos eminentes a saúde pública, transformando os agrupamentos urbanos em um completo caos sanitário, que de várias formas atingiu primeiramente os habitantes nativos e posteriormente os colonos, mas que hoje se naturalizou no processo de desenvolvimento social. Escorel e Teixeira (2012) explicam que o aumento dos problemas de saúde, no Brasil Colônia, estava relacionado diretamente com o ambiente, com o modo de vida e com o trabalho. Segundo os autores, esses problemas se agravavam pela falta de médicos de formação e pela falta de políticas da Coroa portuguesa que aproximassem a grande massa da população à medicina oficial.

Mignolo (2000, 2010, 2012) ajuda a explicar essa situação quando aponta que a exclusão gera uma situação não dialógica e que reflete diretamente na produção de sentidos e na transformação da sociedade. Ainda segundo o autor, isso causa fraturas e marcas sociais, ou seja, fronteiras (internas e externas), (re)produzida por uma colonialidade que se permeia

nas práticas sociais, nos modos de ser, saber e conhecer dos indivíduos. Nesse sentido, o Mignolo (2000, 2010, 2012) explica que o conhecimento da população da colônia, estritamente ligado as histórias e as práticas locais, precisou ser anulado para o domínio colonial. Mas esse processo não se deu sem dificuldades, haja vista a ineficácia e a inexperiência dos Governos e dos profissionais à época. Gurgel (2014) atribui ao Frei Caetano Brandão, Bispo do Grão-Pará e Maranhão no século XVIII, a preocupação com a fragilidade do médico europeu ao se deparar com as complicações médicas locais, afirmando que os “Tapuia do sertão” eram mais bem preparados para tratar as enfermidades, sem o constrangimento pelo qual os médicos de Lisboa passavam no exercício profissional perante os problemas sanitários locais.

O autor explica que essa ineficácia e inexperiência atribuída aos profissionais da saúde, como também a falta desses profissionais nas colônias, estão relacionados com a falta de instituições educacionais propriamente brasileiras que buscassem observar as questões locais e a disponibilidade de médicos para resolver tais questões. Com relação a baixa disponibilidade, Gurgel (2014) argumenta que a falta de médico no Brasil – que até 1799 não passavam de 12 em todo o território – agravava-se ainda mais pela dependência da Metrópole. Está claro, contudo, que não basta a existência de instituições de ensino para prover a necessidade de profissionais, visto que não há garantias que esses profissionais atuarão sobre as demandas locais, já que, como observado acima, o sistema educacional reproduz a lógica dominante para que o profissional seja agente desse processo de dominação e não da demanda da população.

Mignolo (2000, 2010, 2012) aponta que a colonialidade age sobre as estruturas sociais que compõem o conhecer e o saber, gerando assim um ciclo de dependência do dominado com o dominador. Assim, mesmo com a independência, esse processo de dominação permanece, uma vez que os mecanismos para isso são preservados. Portanto, mesmo com a repulsa à Metrópole, a dependência continuará por meio de novas posições do poder hegemônicas na sociedade, nos quais o sistema de ensino e a ação pública no setor da saúde contribuirão para reproduzir tal poder.

Sobre a liberação de médicos para atuarem no Brasil, pode-se apontar que a atuação desses profissionais estava sujeita a supervisão e a liberação por parte dos comissários nomeados pelo Físico-mor e/ou pelo Cirurgião-mor que ficavam em Portugal (BRASIL, 1891a). Somente em 1808, com a vinda da família Real, que o Físico-mor e o Cirurgião-mor passaram a atuar diretamente no território brasileiro (BRASIL, 1891a). Mas antes disso, pela impossibilidade da presença desses profissionais em todos os territórios do reino, a nomeação

de delegados e comissionários era feita para o controle e o domínio imperial sobre os assuntos relacionados a saúde e a higiene em Portugal e nas colônias (BRASIL, 1891a, 1891b; PORTUGAL, 1791b, 1791c, 1791d).

Desse modo, foi construído o setor da saúde sob a perspectiva das estruturas dominantes, em que as únicas formas de pensar a saúde partiam do conhecimento produzido na Europa. Para manter a estabilidade dessa estrutura nas colônias, os agentes representantes da Metrópole seguiam os regimentos a eles destinados. Tais regimentos foram determinados pela Provisão Régia de 1742, que impôs o Regimento Geral em 1774 e o despacho do Conselho Ultramarino de 1745, que manteve o controle a todas as colônias sob o domínio português (PORTUGAL, 1791b, 1791c, 1791d).

Os delegados e os comissários da saúde estavam sujeitos as ordens do Físico-mor e do Cirurgião-mor, mas essa situação passou por uma breve modificação em 1782, quando foi instituída a Junta do Protomedicato, extinguindo assim os cargos do Físico-mor e do Cirurgião-mor (PORTUGAL, 1791e). Essa junta médica era composta por sete Deputados com formação em medicina (Física ou Cirúrgica), tendo como presidente aquele integrante que tivesse maior idade (PORTUGAL, 1791e). Com a chegada da Corte portuguesa, em 1808, teve início então uma série de modificações administrativas, como forma de atender as necessidades da Corte. Como exemplo, em 1808 foi instituída novamente a atividade de Físico-mor e Cirurgião-mor do Reino, Estados e Domínio Ultramarinos da Coroa portuguesa (BRASIL, 1891f). Também nesse mesmo ano é regulamentada a atividade de Físico-mor, Cirurgião-mor e seus delegados e comissários, que passaram assim a terem poderes e limites na atuação pública no Brasil Colônia, regulamentação essa tida como necessária, para pôr fim aos “abusos” cometidos com ausência de fiscalização nesse território (BRASIL, 1891g).

Os ditos “abusadores” podem ser representados por aqueles que não eram médicos portugueses ou formados em Portugal, aqueles que de forma geral atuavam localmente com o conhecimento absorvido no intercâmbio com a floresta ou com a população nativa (BRASIL, 1891g). A prática médica “oficial” exigia assim uma ação direta do Estado, que respondia pela formação, liberação e fiscalização da atividade. Portanto, o Estado por meio da ação pública modificava o setor de forma a criar fronteiras cognitivas e normativas na sociedade a partir da imposição de um modelo de conhecimento e de um modelo de profissional da saúde. Dessa forma, os profissionais da saúde agiam conforme o interesse dominante, reforçando assim as políticas do Estado na mediação das relações no setor.

A vinda da Corte portuguesa para o Brasil proveu o Estado de soluções que não seriam possíveis sem a vivência diária com os problemas da colônia, mas essas soluções, no

entanto, partiam da perspectiva europeia, ou seja, das realidades locais da Europa. A título de exemplo, em 1808 foi criada a Escola de Cirurgia no Hospital Real da Cidade da Bahia (atualmente Cidade de Salvador no Estado da Bahia) a pedido de José Correia Picanço, Cirurgião-mor do Reino (BRASIL, 1891h). Nesse mesmo ano foi ordenada a cadeira de Anatomia no Hospital Real Militar e no ano seguinte foi criada a cadeira de Anatomia de Medicina operária e a cadeira de Arte obstétrica para ocupação de Joaquim da Rosa Mazarem (BRASIL, 1891i, 1891d). Em 1809 foi criado no Hospital Real Militar e de Marinha a cadeira de Medicina Clínica, Teórica e Prática para formar Cirurgiões (BRASIL, 1891c).

A criação das escolas de Cirurgiões e a ordenação dos Cirurgiões para o ensino nessas escolas, elevou a importância desses profissionais da saúde na estrutura do poder colonial. Essa situação determinou diretamente a formação desses profissionais, no qual o processo de formação priorizava a prática profissional em detrimento da formação intelectual que fazia parte da formação dos Físicos. Isso significa que a profissão de referência passava a ser a do Cirurgião, pois essa tinha como base a formação ideal para o setor da saúde que passava a se constituir como mercado consumidor. Se for considerado que os novos modos de produção da vida surgidos a partir do processo de industrialização transformaram também o modo de produção e formação de conhecimento, pode-se apontar que essa mudança na formação do médico era necessária para alinhar a produção de conhecimento as novas formas de produção da vida, determinadas a partir da lógica capitalista que se tornava dominante. Esse tipo de lógica valoriza o conhecimento utilitário e aquele pelo qual se pode obter maior valor no processo de comercialização. Assim, a medicina passa a ser vista pelo sistema colonial como uma atividade de valor, prática e executora das políticas do Estado.

Essa lógica é incorporada à estrutura de ensino, permitindo assim “a criação das Escolas Médico-cirúrgicas de São Salvador e de São Sebastião, instituições genuinamente estruturadas segundo o modo português e de onde saíram depois nossas duas Faculdades mais antigas” (NAVA, 2003, p. 49).

As políticas para saúde no Brasil Colônia, após 1808, estavam nas mãos do Físico-mor Manoel Vieira da Silva e do Cirurgião-mor José Correia Picanço, conselheiros e fidalgos da Casa Real, que anteriormente foram membros da Real Junta Protomedicato (Brasil, 1891j), extinta em 1809, momento que passaram a atuar respectivamente como Físico-mor e como Cirurgião-mor no Reino (Brasil, 1891k). Entre esses fidalgos, destaca-se o Manuel Vieira da Silva como Físico-mor, que em 1809 passa a responder pela Fisicatura para os assuntos relacionados a saúde e pela Provedoria da Saúde para os assuntos relacionados a higiene (BRASIL, 1891l). A Fisicatura-mor, o corpo institucional que o Físico-mor atuava, tinha a

função de promover a fiscalização do exercício da medicina, a aplicação de multas aqueles que agissem contra a lei sanitária, a habilitação de novos profissionais da saúde por meio de exames específicos e coordenação das atividades da Provedoria-mor da Saúde (BRASIL, 1891c; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Já a Provedoria-mor seria para instituir um ambiente capaz de garantir a salubridade da Corte, por meio do monitoramento e fiscalização de embarcações que atracavam nos portos brasileiros, atuando para prevenir o perigo de contágio por meio da identificação de casos suspeitos, examinado os integrantes da embarcação e verificando a contaminação de gêneros alimentícios (BRASIL, 1891c; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012; GURGEL, 2014).

Pode-se apontar que a transformação iniciada com a vinda da família real para o Brasil aprofundou-se a partir da autoproclamação de D. Pedro I como Imperador Constitucional do Brasil, em 1822, com a revisão de decisões e a incorporação de novos cargos e novas atribuições. Nesse sentido, em 1822 foi criado o cargo de Cirurgião-mor do Exército e Armada do Império do Brasil, nomeando para esse cargo o 1º Cirurgião da Armada Nacional, Francisco Júlio Xavier, rompendo assim as ligações que esse cargo tinha com a Corte portuguesa (BRASIL, 1887); já em 1824, foi ordenada a incorporação da cadeira de farmácia ao Colégio Médico-cirúrgico (BRASIL, 1886a); enquanto em 1824 foi possibilitado o aumento da quantidade de nomeados ao cargo de Cirurgião da Armada, expandindo assim a oferta desses profissionais Cirurgiões no meio militar (BRASIL, 1886b, 1886c); depois em 1826, o Imperador mandou passar carta de cirurgião (cinco anos de estudo) e de cirurgião formado (seis anos de estudo) àqueles que finalizassem com êxito o curso nas Escolas de Cirurgia do Rio de Janeiro e da Bahia, permitindo assim a esses formandos o exercício da cirurgia (para o cirurgião e o cirurgião formado) e da medicina (o cirurgião formado) em todo o Império (BRASIL, 1880). Apesar dessas conquistas, os Cirurgiões, ainda em 1825, estavam sujeitos, assim como as autoridades civis e militares, a obrigação de auxiliarem na execução de determinações do Físico-mor/Provedor-mor da Saúde (BRASIL, 1885).

Somente em 1828 determinou-se a extinção dos cargos de Provedor-mor da Saúde, de Físico-mor e de Cirurgião-mor do Império, passando a fiscalização da saúde pública para as Câmeras locais e os julgamentos para a Justiça Ordinária (BRASIL, 1878a). Escorel e Teixeira (2012) explicam que essa medida proporcionou aos governantes municipais agirem em causa própria, no qual os interesse particulares faziam frente ao interesse público. Isso significa uma municipalização da política de saúde frente a política nacional e a estabilização do Cirurgião como categoria dominante no setor da saúde. Desse modo, em 1828 foi declarado que as Câmaras Municipais teriam autoridade para: inspecionar a saúde pública e os

gêneros alimentícios, gerenciar os delegados, fiscalizar as boticas (drogarias) e julgar os casos relacionados a saúde e higiene na justiça ordinária municipal, atividades que antes ficavam sob a juízo do Provedor-mor, Físico-mor ou do Cirurgião-mor (BRASIL, 1878a, 1878b).

Apesar da influência portuguesa, a medicina também foi orientada por outros grupos hegemônicos que expandiam gradualmente suas influências à medida que Portugal perdia o domínio e controle sobre o conhecimento nas colônias. Nesse sentido, Nava (2003, p. 68) aponta que o cirurgião português Joaquim da Rocha Mazarem e o físico José Maria Bomtempo contribuíram⁶ “para abrir a medicina brasileira às ideias francesas [junto com] o sentimento de repulsa existente no Brasil contra a antiga metrópole”. Desse modo, a referência cognitiva da colônia passava aos poucos para outras hegemonias dominantes. Assim, pode-se apontar que o sistema educacional ajudou não só na reprodução do poder hegemônico, mas também a construção de profissionais da saúde subalternos ao conhecimento europeu e a lógica dominante que se estabelecia por meio da revolução burguesa.

3.2 A ESPECIALIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE E A ESTABILIZAÇÃO DA CATEGORIA MÉDICA COMO MEDIADORA NO SETOR

O período que será analisado nesta seção compreende os anos entre 1829 e 1895, tendo nesse intervalo de tempo, não só a consolidação do ensino e da atividade médica, mas também a formação de associações que permitiram a constituição de uma categoria médica unificada e de um setor da saúde propriamente dito. De todo modo, essa conquista promoveu uma maior divisão do trabalho e do saber, formando assim, outras categorias para setor. Essa divisão foi oportuna para o Estado, por proporcionar maior controle e domínio sobre as ações direcionadas para saúde pública. Essa divisão também garantiu a categoria médica uma posição de maior prestígio e destaque perante os demais profissionais da saúde. Essa categoria se constituía então organicamente como categoria dirigente das demais categorias da saúde e como instrumento para ação pública do Estado.

⁶ Segundo Nava (2003, p. 65), Joaquim da Rocha Mazarem era um cirurgião português que nasceu em 1775 e faleceu em 1849 e que veio para o Brasil acompanhando a família Real portuguesa na qualidade de cirurgião da embarcação Príncipe Real e aqui foi lente de medicina externa na Escola Médico-Cirúrgica. Foi responsável por difundir no Brasil os “princípios cirúrgicos de Richerand”. Já José Maria Bomtempo era um físico português que nasceu em 1774 e faleceu em 1843, “foi Físico-Mor de Angola e Juiz Comissário do Protomedicato”, transferido para o Brasil em 1809 para atuar como delegado do Físico-Mor do Reino e posteriormente atuou como diretor da Academia Médico-Cirúrgica. Foi responsável por difundir no Brasil a “filosofia clínica de Pinel” (NAVA, 2003, p. 55).

Conforme o Regulamento de Inspeção de Saúde Pública do Rio de Janeiro, para ser empregado na Provedoria da Saúde era necessário cumprir uma série de requisitos conforme o cargo. Entre eles, o cargo de Professor da Saúde, função com importante papel de declarar se uma embarcação estava desimpedida ou em quarentena, que só poderia ser ocupada por Cirurgiões (BRASIL, 1877). Mais tarde esse cargo de Professor da Saúde foi substituído pelo Provedor da Saúde, com as mesmas características e funções (BRASIL, 1868).

Desse modo, a Provedoria Municipal apresentava-se como referência para saúde e para higiene, no que tange à fiscalização e o embargo, no qual a posição mais importante era ocupada por um Cirurgião. As outras posições da Provedoria não exigiam tal formação, mas submetia os agentes municipais a essa autoridade institucional. Os cargos-chave das instituições ligadas à saúde e a higiene são desde a sua formação, destinados aos médicos.

Mesmo em uma administração colegiada o papel do profissional da saúde era reservado conforme a atuação no setor, como no caso da administração hospitalar em Pernambuco, que reunia as Casas de Caridades de Recife e Olinda e tinha na administração geral sete membros, entre os quais dois deveriam ser obrigatoriamente um médico e outro cirurgião. Apesar de participarem da administração colegiada, a atuação desses profissionais estava condicionada às decisões em matérias relativas às respectivas profissões, não podendo assim atuarem em outras matérias administrativas que não tivessem relação com a área de formação desses profissionais (BRASIL, 1875).

Com a importância da saúde e da higiene cada vez mais presente na administração pública e como consequência na ação do Estado, o profissional da saúde torna-se cada vez mais um elemento central dessa ação, pois a legitimava e a justificava perante a sociedade. Nesta época os profissionais da saúde não poderiam ser vistos como um corpo único e organizado, situação que gerava conflitos internos para marcar a posição de poder em favor de determinados interesses em detrimento de outros. Sobre isso, a diferenciação dada aos graduados em medicina no Brasil e no exterior, como também, aos estrangeiros com graduação no Brasil foi ao mesmo tempo um elemento de divisão e de sujeição entre os profissionais da saúde. Pela Lei de 26 de agosto de 1830, ficou estabelecido que aquele brasileiro que regressasse de Portugal após finalizar o quinto ano de medicina, receberia o título de Bacharel em medicina com validade em todo território do Império (BRASIL, 1876a). Com essa medida, a elite brasileira garantia o retorno do investimento feito em seus filhos e os colocavam em um patamar superior aos formados no Brasil, que precisavam de seis anos para concluir o curso e obter a carta de cirurgião formado (médico) e cinco anos de estudo para cirurgião (BRASIL, 1880).

Esse tratamento prova que o conhecimento médico produzido fora do Brasil, de origem europeia, continuava sendo referência, situação que reforça os paradigmas da saúde europeia que são praticados no Brasil. Assim, além do brasileiro que retornava ao Brasil com diploma estrangeiro, existiam também médicos estrangeiros que vinham ao Brasil para viver ou realizar um determinado trabalho, no qual a liberação de atuação profissional para exercício da “arte da cura” era concedida pelas Câmaras Municipais, pois cabia a essas fiscalizarem o exercício da medicina e liberarem a atividade médica nos municípios (BRASIL, 1876c, 1878a).

Tanto a licença fornecida aos estrangeiros, quanto o reconhecimento de brasileiros que cursaram medicina no exterior, foram determinadas pela Decisão nº. 244, de 13 de agosto de 1831. Uma particularidade dessa decisão é que as Câmaras não poderiam cassar a licença dos profissionais da saúde, apenas reconhecer e fiscalizar a atividade profissional (BRASIL, 1876c). Ficando claro então, que a liberação de atuação profissional é em parte burocrática e em outra interesse político local. Quanto a cassação, pode-se apontar que somente os profissionais da saúde possuem autonomia para tal questão, mostrando assim o poder que a categoria tem perante a estrutura estatal a partir do conhecimento estabelecido sobre fronteiras cognitivas e normativas.

Com a maior participação dos profissionais da saúde na vida política dos municípios, foi justificado também a crescente necessidade por atendimento à saúde e, com as demandas surgidas a partir da formação dos médicos no Brasil, era recorrente a apelação ao Imperador na busca de consenso em favor da ciência médica para as políticas de saúde pública. Por conta disso, surgiu o Decreto de 15 de janeiro de 1830, que criou uma associação com o título de *Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro*. O Imperador indicou nesse decreto que os esforços dessa associação devem atingir os objetivos de formação de um regulamento sanitário, indicação de estabelecimento/reformas de hospitais e de propagação de conhecimentos úteis aos mais diversos ramos da ciência médica (BRASIL, 1876b). O estatuto dessa sociedade estipula que:

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro institui-se para se preocupar de todos os objetivos que podem contribuir para os progressos dos diferentes ramos da arte de curar; para comunicar as autoridades competentes pareceres sobre a hygiene pública; para responder as questões do Governo sobre tudo o que respeita a saúde pública, principalmente sobre as epidemias, casos de medicina legal, doenças reputadas contagiosas, e capazes de serem importadas de paizes estrangeiros; sobre a propagação da vacina, o exame de remédios novos e secretos, de descobertas que podem ter resultados vantajosos, ou nocivos na sua aplicação na medicina; sobre as águas mineraes, naturaes ou artificiaes, epiozotias, etc (BRASIL, 1876b, p. 3).

Esses objetivos levaram a Sociedade a estabelecer comissões permanentes, renovadas anualmente, que são caracterizadas como comissão de: (i) vacina, (ii) consulta gratuita, (iii) doenças reinantes, (iv) salubridade pública (BRASIL, 1876b). Desse modo, os profissionais da saúde vão abrindo caminho no meio político/administrativo, tornando-se referências pela força do conhecimento científico para os assuntos de saúde e de higiene. Essa associação pode ser entendida como a primeira tentativa de institucionalização da categoria médica. Assim, com base na análise de Gramsci (2007, 2001) sobre aparelhos privados de hegemonia, pode-se afirmar que a categoria constituía um aparelho de hegemonia, compartilhando concepções que transcendiam a categoria, abrangendo outras áreas que estavam envolvidas no setor da saúde, cujos conhecimentos eram tratados como acessórios da ciência médica. Importante perceber que essa institucionalização coloca a categoria médica em posição privilegiada, mostrando o poder que exerce sobre as demais categorias no setor da saúde. Um poder que estava expresso no código institucional, que obrigava os associados a seguirem as determinações dessa Sociedade (BRASIL, 1876b). A eficácia dessa Sociedade foi reconhecida por meio de sua elevação de Associação para Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, por meio do Decreto de 08 de maio de 1835 (BRASIL, 1864).

A atuação da categoria médica nos assuntos de relevância nacional ajudou a estabelecer de vez essa categoria como mediadora no setor. Por essa atuação, a população passou a identificar nessa categoria a capacidade de entender as demandas sociais para a saúde. Já com a municipalização, pode-se apontar que foi útil para aproximar a categoria médica da população e da administração pública, situação essa que empurrava essa categoria para mediação das relações no setor.

Como apontado na seção anterior, a formação do profissional da saúde no Brasil teve como parâmetro o profissional formado na Europa, subjugado ao conhecimento e aos profissionais europeus quando comparado ao conhecimento e ao profissional local. Conforme foi visto também, a colonialidade que controla a subjetividade e o conhecimento agem por meio das instituições educacionais, fazendo com que o conhecimento reproduzido seja capaz de manter a estrutura de poder dominante. Pode-se afirmar, portanto, que a formação e o desenvolvimento dos profissionais da medicina, no Brasil, estão intimamente ligados aos aparelhos educacionais do Estado, cujas reformas representam os interesses do poder hegemônico na sociedade. Foi nesse contexto educacional que aconteceu o alinhamento com o pensamento francês no setor da saúde, pois tal pensamento constituía a hegemonia da época e contribuía para a ideia de progresso e de modernidade, ajudando assim a abandonar as ideias

antigas ligadas à Metrópole sem, contudo, deixar de aprofundar a colonialidade do saber, ao incorporar como referência a hegemonia francesa da época.

Com a Lei de 03 de outubro de 1832, aconteceram algumas modificações na atuação das Escolas Médico-cirúrgicas das cidades do Rio de Janeiro e da Bahia, como a incorporação dos nomes Faculdade ou Escola, conforme a formação; a nomeação de acadêmicos com formação em medicina, ou seja, Cirurgião formado em medicina (seis anos de estudo no Brasil) ou Bacharel em medicina (cinco anos de estudo em Portugal); a permissão de até seis substitutos, sendo dois das ciências acessórias, dois da cirúrgica e dois da medicina; a obrigação de concurso para o magistério da instituição que observe a nacionalidade brasileira, ter título de Médico ou de Cirurgião e depois de um período de quatro anos para essa organização será exigido o título de Doutor em Medicina; a atribuição das Faculdades em emitirem o título de Doutor em Medicina, de Farmacêutico e de Parteira; a exclusão da formação em sangrador; a liberação daqueles que tiverem o título de Doutor em Medicina exercer qualquer ramo da “arte de curar”; a obrigação de adquirir um título na Faculdade para o exercício profissional, mas liberados os que tiveram formação anterior; a verificação de títulos adquiridos no exterior, assim como a aplicação de exame que ateste o conhecimento conforme o título estrangeiro; a determinação de seis anos para concluir o curso de medicina e ter o título de Doutor em Medicina; a continuação da formação em Cirurgia para aqueles que desejarem, tendo a possibilidade de complementar, se necessário, para chegar a Doutor em Medicina (BRASIL, 1874a).

Um dos artigos dessa lei trata sobre a liberdade do ensino particular da medicina, ou seja, a exploração econômica da educação nesse setor, como também a liberação nacional ou estrangeira para promover o ensino em qualquer ramo da medicina sem a oposição da Faculdade, surgindo assim no Brasil, novas especializações e ramificações das ciências médicas por meio da exploração privada da educação. Em outro artigo da mesma lei, fala que enquanto não houver uma legislação que determine um regulamento e um estatuto para as Faculdades, essas seguiriam o regulamento e o estatuto da Faculdade de Medicina de Paris (BRASIL, 1874a), que era a referência dominante à época.

A reprodução da estrutura do saber nas instituições educacionais pode ser percebida em diversas circunstâncias, como as que levaram os estudantes das Escolas e Faculdades de Medicina a passarem por uma constante vigilância de seus professores, muito pelo interesse do Estado brasileiro em regular a formação do cidadão e garantir que sejam formados aqueles que representam o “modelo ideal” de médico. Nesse sentido, por força da Decisão nº. 263 de 1836, os Lentes (como eram chamados os professores universitários à época) deveriam

submeter à secretaria do Estado uma relação circunstanciada da aplicação e da moralidade de seus alunos, informando que a estes só caberia proteger aqueles alunos aplicados e formatados dentro de uma lógica educacional (BRASIL, 1861a). Nesse sentido, outras reformas foram estabelecidas com foco em garantir a formação do médico alinhada com a ideia que o Estado fazia do profissional ideal.

Uma dessas reformas foi na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no dia 06 de maio de 1837, por meio da Decisão nº. 127, que criou o Estatuto da Faculdade de Medicina modificando várias políticas internas. Entre essas modificações, foi exigido aos professores maior tempo de titulação e aos alunos uma maior nota para aprovação nos exames preparatórios e uma boa conduta moral perante a sociedade, conduta essa que era atestada por um Juiz de Paz (BRASIL, 1861b).

Conforme explicado por Gramsci (2007, 2011), o Estado busca formar o cidadão ideal conforme a hegemonia dominante, para tanto, faz uso dos seus mecanismos de controle que determinam a formação dos indivíduos e os papéis necessários para manter a estrutura dominante. Assim, o Estado permite a reprodução dos grupos de maior poder na sociedade, enquanto a maior parcela da população é excluída.

Esse processo de exclusão se manifesta de forma clara na medida em que os problemas sanitários vão sendo agravados pelas novas configurações sociais, dadas em função do surgimento dos novos agrupamentos urbanos em várias localidades pelo Brasil. Como as Escolas Médicas e os profissionais que elas formavam estavam nas grandes cidades e como o objetivo principal era atender a elite dos grandes centros urbanos, a população migrava em busca de alternativas para os problemas de saúde que as afligiam. Desse modo, os Hospitais, começaram a ser sobrecarregados a partir do número de atendimentos que precisava realizar para essa população que migrava em busca de assistência médica. Essa sobrecarga impactou também os Hospitais Militares.

Assim, foi criado, em 1832 o Cargo de Cirurgião do Partido Público, tornando os municípios menos dependentes da ajuda militar e os Hospitais de Caridade passaram a ter maior apoio, pois esses cirurgiões foram direcionados para atender a comunidade carente e para ajudar a diminuir a demanda nos Hospitais Militares. Esses cirurgiões do Partido Público estavam ligados às Câmaras Municipais e serviam a ela para os casos relacionados à medicina legal e a atenção à saúde (BRASIL, 1874c).

Esse Cirurgião de Partido atuava a mando do Estado por meio das Câmara Municipais em postos não militares e respondiam pelo atendimento a sociedade civil. Fora a atuação em hospitais, esses profissionais atuaram também como Professores de Saúde no

Colégio Pedro Segundo, como médicos nos tratamentos das enfermidades e como fiscalizadores no papel de monitorar a política de higiene nesse colégio (BRASIL, 1839). Um tempo depois, sob a ordem da Junta de Higiene Pública, que será tratada mais adiante, foi criado o cargo do Médico de Paróquia por meio do Decreto 6.377 de 1876, com a função de tratar os enfermos nas paróquias e nas freguesias suburbanas das províncias, tentativa essa que inicia a assistência à saúde para além dos grandes centros urbanos de forma mais estruturada (BRASIL, 1876d).

A incorporação dos profissionais da medicina ao estamento militar, que se originou no período Colonial, se estendeu até as tropas urbanas no período Imperial. O cargo de Primeiro Cirurgião, tido como Cirurgião-Mor do Exército e Armada, respondia pela política de saúde do corpo militar que estava sob o seu comando. A organização desse serviço de saúde no exército deu origem ao Corpo de Saúde do Exército em 1851. Esse grupo tinha como responsabilidade, sob a chefia do Cirurgião-Mor do Exército, fiscalizar todos os serviços das repartições, hospitais, corpos, depósitos ou praças (BRASIL, 1852a, 1852b).

Com a Junta de Higiene Pública, criada pelo Decreto nº. 598 de 1850, o Cirurgião-Mor do Exército e o Provedor de Saúde respondiam pelos assuntos de saúde do município; e com Decreto nº. 828 de 1851, a Provedoria de Saúde ficou responsável por essa junta, na qual o regulamento aprovado exigia que o Presidente deveria ser um médico com maior graduação e os Provedores da Saúde deveriam vir da Comissão de Vacinação das Províncias, dos Provedores de Saúde dos Portos e dos Delegados do Cirurgião-Mor do Exército. Essa junta respondia pela inspeção da saúde nos portos, pela inspeção da vacinação, pela inspeção do exercício da medicina, pela polícia de saúde, pelas visitas sanitárias, pela liberação da venda de medicamentos ou substâncias medicinais (BRASIL, 1852c, 1852d).

Os cargos de gestão ou de posição em colegiado deram aos profissionais da medicina maior poder sobre a sociedade, tanto a sociedade civil, quanto o estamento militar. Nessa dupla influência, a categoria médica pôde integrar todos os cargos relacionados a saúde e a higiene no Estado e nos municípios. Desse modo, a categoria médica consolida-se como um grupo dirigente no momento que ocupa todos os cargos administrativos relacionados a saúde.

Com a divisão dos setores da administração do Estado, foi criada a Seção de Saúde Pública, que respondia por 13 segmentos: (01) os negócios concorrentes ao exercício da medicina, as epidemias, os serviços sanitários dos portos, a higiene pública e polícia sanitária e a vacinação; (02) a Academia Imperial de Medicina; (03) a Junta Central de Higiene Pública e os inspetores de saúde das províncias; (04) as Provedorias de Saúde dos Portos; (05) os Lazaretos; (06) os cemitérios; (07) o Instituto Vacinação; (08) os hospitais; (09) os hospícios;

(10) as casas de expostos; (11) os recolhimentos de órfãos; (12) quaisquer estabelecimentos de beneficência; (13) e socorros públicos (BRASIL, 1859). Essa seção, no entanto, não coordenava as políticas de saúde dos militares, pois esses tinham sua própria coordenação, como também, tinham um lugar garantido na coordenação da Saúde Pública do Império.

Muller (2004, 2005, 2018) apontou, em diversos artigos, que a atuação do Estado em um determinado setor não depende da instituição de um aparelho próprio destinado a criar políticas setorializadas. Isso significa que uma política para saúde não dependeria de um ministério ou secretaria da saúde para poder ser criada e implementada. Com isso, pode-se apontar que a ausência de um aparelho estatal setorializado não impediu o controle, o domínio e a transformação do setor da saúde, que se deu por diversos meios: das Escolas de Medicina, que formam e orientam o profissional conforme a necessidade da elite e do estamento militar, mas acima de tudo na reprodução da hegemonia dominante; da Academia Imperial de Medicina, que servia como referência e o suporte para pensar e executar a ação pública na saúde; da Seção de Saúde Pública, que organizava e regulamentava o setor, garantindo a reprodução da estrutura do poder dominante; e do Corpo de Saúde do Exército, que respondia sobre os assuntos de saúde e de higiene para o estamento militar. Todas essas estruturas que agem sobre a sociedade e compõem os mecanismos de Estado são orientados por uma referência dominante que age na formação cognitiva e normativa dos indivíduos, exercendo assim o controle sobre a população.

Essa lógica de poder vai compondo a estrutura do sistema capitalista de produção, pois sob essa lógica, os vários segmentos de atuação no setor da saúde e os vários ramos da ciência médica tornam-se expressões do poder econômico, no qual a divisão do trabalho e do saber são importantes para reproduzir esse padrão dominante. Com a criação da Sociedade de Ciências Médicas em 1866, o conhecimento e a profissão da saúde foram divididos em ramos, como as ciências acessórias, médicas e cirúrgicas (BRASIL, 1866). Outros profissionais do setor buscaram também delimitar fronteiras cognitivas e normativas de modo a determinarem seu campo de atuação. Mas de modo algum isso pode ser visto apenas como uma resposta ao domínio do setor pela categoria médica, pois tal situação faz parte da lógica dominante e é por meio dessa lógica que os indivíduos buscam entender a realidade e direcionar a suas ações.

Nesse sentido, a categoria dos farmacêuticos conseguiu em 1870: aprovar o Estatuto que dá origem a Sociedade Farmacêutica Brasileira; ter a possibilidade de representar os avanços das ciências naturais da farmacologia e do livre exercício da profissão; representar os poderes do Estado conforme a lei do farmacêutico; fomentar a discussão pública; manter uma biblioteca com os assuntos relacionados a ciência farmacêutica; fundar uma revista

farmacêutica; montar um laboratório de clínica prática; e regularizar fórmulas de medicamentos (BRASIL, 1870). Houve também outras formações de sociedades nesse período, como a Sociedade Médica do Rio de Janeiro em 1879, que surge com a finalidade de realizar estudos, publicar esses estudos e realizar conferências sobre os assuntos da área médica (BRASIL, 1879).

Com a transformação do Estado, passando de Império para República, reestruturaram-se todas as instituições públicas, conforme as novas referências republicanas. Vale lembrar que essas transformações não foram absolutas, pois existiram algumas continuidades convenientes às estruturas do poder que agiam na sociedade. Nesse sentido, o novo Estatuto da Faculdade de Medicina e Farmácia dos Estados Unidos do Brasil de 1891, manteve a continuidade da formação de Doutores em Ciência Médico-cirúrgicas e Farmácia e da obrigação de realização de exames específicos àqueles que obtiveram títulos no exterior para poderem exercer a atividade de formação médica no Brasil. Já as novidades, são: a exclusividade das Faculdades Federais na formação dos profissionais nos ramos das ciências médicas, a inclusão dos cursos de Parteira e Odontologia nas instituições públicas, pois algumas ainda não tinham esses cursos; a permissão de ofertar cursos particulares, gratuitos ou remunerados dentro das Faculdades Federais; e a garantia que os doutorandos não passariam por censura prévia em suas teses de doutoramento (BRASIL, 1891e).

Pode-se apontar que essa transição entre o Império e a República não foi o único fator da transformação do setor, pois as relações sociais passavam a ser cada vez mais complexas visto a lógica capitalista que estava agindo sobre elas. Nesse sentido, funda-se uma nova ideia de Estado e de sociedade, sobre a qual trata a próxima seção.

3.3 O ESTADO SOCIAL COMO SOLUÇÃO PARA SAÚDE PÚBLICA

Durante o período colonial e imperial, no Brasil, cabia ao profissional da saúde apenas reproduzir o poder político e a hegemonia global nas ações públicas e profissionais no setor da saúde. A Proclamação da República e, conseqüentemente, um maior grau de institucionalização das ações para a saúde, garantiu à categoria médica uma elevada importância nas estratégias políticas do Estado, permitindo assim poder e autonomia perante as políticas de Governo para a saúde. Desse modo, o período que será apresentado nessa seção aborda a institucionalização da categoria médica no âmbito do Estado, com atuação na sociedade. Essa dupla atuação da categoria permitiu ao mesmo tempo transitar entre as

referências globais e locais, condição essa que se torna fundamental para mediar as relações políticas com o setor e que é essencial para adequação do referencial global na realidade local.

É importante pontuar que o período anteriormente analisado iniciou com a descentralização da estrutura estatal no setor da saúde e finalizou com a unificação dos serviços de saúde no Estado sob o comando da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897, por meio do Decreto nº. 2449 (BRASIL, 1898). Essa centralização não significou um retrocesso com relação às políticas anteriores, mas uma adequação as novas políticas de integração transnacional do setor da saúde. Integração essa que conduziu as políticas locais em maior sincronia com as ideias globais.

Nesse novo contexto, as Conferências Internacionais Americanas e as Convenções Sanitárias Internacionais constituíram instrumentos multilaterais responsáveis por formar a hegemonia global para o setor. Nessas arenas as pressões do capital político e econômico dos países ricos se manifestam por meio de soluções únicas e universais que determinam as políticas locais e as referências para o setor. A título de exemplo, em documento legislativo, o Estado brasileiro manifestou adesão e estipulou o compromisso em cumprir diversos tratados no setor da saúde, como o que foi estabelecido na Terceira Conferência Internacional Americana de 1906 e na Convenção Sanitária Internacional de Washington de 1905 (BRASIL, 1917).

No Brasil, a saúde pública foi instituída inicialmente para proteger um pequeno contingente militar enviado por Portugal, mas com a vinda da família Real em 1808, o foco passou para o atendimento à corte portuguesa, que representava a elite do poder colonial. Posteriormente essa proteção foi direcionada a elite do país e, por conta disso, as políticas sanitárias buscavam resolver os problemas sanitários das grandes cidades. Mas com o expansionismo econômico dos países ricos e a facilidade do trânsito entre as nações, as questões sanitárias da periferia do sistema capitalista global passam a ser matéria de interesse dos países ricos. Desse modo, os acordos multilaterais, fomentados por meio da criação de arenas políticas próprias para essa finalidade, como as Conferências Internacionais Americanas e as Convenções Sanitárias Internacionais, visavam reorientar as políticas sanitárias dos países periféricos sob a perspectiva hegemônica global. Sendo assim, as políticas sanitárias na periferia do sistema capitalista global surgem na ideia de controlar a desordem sanitária local para garantir a saúde nos países ricos e a expansão econômica em todos os continentes.

Para atender essa expectativa, e como exigência dos acordos feitos nas conferências e convenções internacionais, o Estado brasileiro teve que centralizar o processo decisório e

estruturar uma política nacional para a saúde. Nesse contexto, então, surgiu o Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores em 1920. Esse órgão era responsável pela política de saúde, pelo controle sanitário e pela notificação dos casos sanitários de maior perigo para sociedade (BRASIL, 1921a, 1921b). Pode-se apontar que esse órgão buscou um alinhamento com as determinações acordadas no âmbito das Convenções Sanitárias Internacionais, mostrando assim o poder da hegemonia global em orientar as ações locais.

A educação superior também foi centralizada, situação que permitiu a união de departamentos em uma única instituição. Com a criação da Universidade do Rio de Janeiro, por meio do Decreto 14.343, de 07 de setembro de 1920, foi agrupado nessa instituição a Faculdade Politécnica, a Faculdade de Medicina e a Faculdade de Direito (BRASIL, 1921c). Esse tipo de estrutura permitiu uma melhor gestão sobre o conhecimento por parte do Estado, mas também serviu para atender um movimento de estruturação dos setores da sociedade ao mesmo tempo que pensava em mecanismos institucionais para mediar as relações para o setor. Isso tornar as políticas públicas mais objetivas e direcionadas para as mudanças requeridas na sociedade, em face da organização social e política.

A figura do Hospital representa bem essa ideia de centralização de serviços médicos em um só estabelecimento. Por outro lado, esse tipo de política inviabilizou a expansão da oferta dos serviços de saúde, em função do alto custo e pela falta de infraestrutura no país. Nesse sentido, várias iniciativas surgem para diminuir o gasto com a construção de hospitais e ao mesmo tempo ter maior controle e domínio das questões relacionadas a saúde e a higiene. O Relatório Dawson de 1920 apontou uma estratégia pensada para saúde britânica, em que a solução partia da criação de um sistema interligado de atendimento e tratamento que funcionasse em níveis de complexidades disponível em todo o território britânico (DAWSON *et al.*, 1920). Essa experiência britânica tornou-se hegemônica no setor, passando a ser um paradigma para a ação pública, mas que demoraria a ser adotada no Brasil devido a estrutura do setor.

Com o crescimento dos gastos destinados a saúde e o aumento das necessidades e demandas, fica cada vez mais visível a ineficácia das políticas sanitárias adotadas pelo Estado brasileiro. Esse problema está diretamente relacionado a incapacidade do Estado de agir mediante as referências globais e as necessidade locais. Em busca de resolver esses problemas, o Estado tenta uma maior aproximação com a categoria médica. Essa aproximação ocorreu com o reconhecimento de utilidade pública pelo Governo da República para a

Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 1923 (BRASIL, 1924) e para a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em 1925 (BRASIL, 1926).

Com a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública em 1930, as políticas para o setor da saúde ganham uma outra importância, tanto que a partir dessa criação, procurou-se organizar a categoria médica e surgiram com isso várias iniciativas para a discussão pública dos assuntos relacionados a saúde e a higiene (BRASIL, 1931a). A criação desse ministério colocou o Departamento Nacional de Saúde Pública e o Departamento Nacional de Medicina Experimental sob o mesmo guarda-chuva, passando assim a compor a estrutura do ministério (BRASIL, 1931b). Foi também incorporado a essa estrutura a Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional (BRASIL, 1931c). As alterações seguintes deram mais foco a esse ministério recém-criado, o qual passou a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde Pública em 1931 (BRASIL, 1942) e por último, em 1953, foram separados esses dois setores, formando ministérios diferentes: o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura (BRASIL, 1953a, 1953b).

Além das modificações ocorridas na administração estatal, que permitiu um maior controle e ação sobre os setores da sociedade, como no caso da saúde, foi necessário também organizar a categoria médica, como forma de controlá-la a partir das políticas de Estado para o setor. Essa organização foi importante na constituição de um setor forte que pudesse mediar as relações com a sociedade e trabalhar melhor as políticas de Estado. A criação do Conselho de Medicina em 1945 teve essa finalidade, no qual foram traçados os objetivos: de zelar pelos princípios da ética profissional da categoria; de criar uma estrutura local nas capitais por meio de um Conselho Regional; e de organizar a categoria médica no país. Nesse sentido, as atribuições dos Conselhos Regionais seriam de: manter os registros dos médicos; conhecer, apreciar e decidir sobre os assuntos referentes à ética médica; exercer os atos de jurisdição; emitir parecer ou proferir laudo arbitral; e dispor sobre o regimento interno (BRASIL, 1945). Já em 1957, foram traçadas algumas diretrizes que esse conselho deveria seguir para poder atuar conforme a política de Estado (BRASIL, 1957). Essa estruturação permitiu organizar a categoria médica, dar uma certa autonomia para essa categoria e institucionalizar os profissionais da medicina.

Pode ser percebido, então, que o Estado fundou uma estrutura social para controlar e organizar a categoria médica, determinando ações e limites institucionais para essa instituição, ao mesmo tempo em que as ações do Estado são pensadas e formuladas por essa categoria, configurando assim uma simbiose, ou uma relação orgânica entre a categoria médica organizada e o Estado. Isso corresponde a um aparelho de hegemonia, que conforme pensado

por Gramsci (2007), é um aparelho da sociedade que tem poder de agir na estrutura do Estado a partir de uma hegemonia construída na sociedade.

Tal aparelho, portanto, já nasce hegemônico, com poder sobre os indivíduos que fazem parte dele e com poder de ser referência para as ações da categoria médica no setor da saúde. Isso significa que esse aparelho tem força suficiente para reproduzir a colonialidade do poder sobre a categoria médica, que mesmo com uma autonomia relativa, é incapaz de realizar mudanças nessas estruturas. Portanto, essa institucionalização força uma hegemonia a partir da estrutura de poder, motivo esse que leva a institucionalização a ser apontada como um processo de controle e de domínio dos grupos sociais em setores determinados.

Assim, ao mesmo tempo que buscava estruturar a administração estatal e a categoria médica organizada em uma instituição social, o Estado promoveu debates públicos como forma de direcionar a setor para as mudanças, que aconteciam no âmbito internacional, em atendimento aos interesses do capital. Estas mudanças atuaram na categoria de forma orgânica, mudando-a e levando-a a entender como sendo as suas próprias mudanças. Essa política foi importante para formar o setor como é conhecido hoje e para orientar a categoria médica conforme as referências globais. Assim, a categoria é direcionada pelo Estado conforme os acordos firmados no âmbito das Conferências Internacionais e das Convenções Sanitárias Internacionais; as experiências dos países ricos no processo de organização do setor da saúde; e conforme as decisões conjuntas ou colegiadas no âmbito da Organização Mundial da Saúde.

Esse direcionamento foi trabalhado com a categoria médica em debates públicos promovidos pelo Estado por meio das Conferências Nacionais de Saúde. Essas conferências foram convocadas por meio de decretos que determinavam o tema que seria debatido de modo que o Estado conseguisse obter uma solução que, ao mesmo tempo, atendesse a expectativa global para o setor e atuasse nas demandas locais. A criação da Conferência Nacional de Saúde ocorreu por meio do Art. 90, da Lei 378 de 1937, com objetivo de aproximar o Governo dos assuntos e das atividades referentes a saúde (BRASIL, 1938).

A criação de uma arena pública de debate político deu oportunidade de o Governo direcionar as discussões e controlar as mudanças no setor. De todo modo, a participação de várias categorias da saúde não serviu apenas para contribuir com as várias dimensões dos problemas sanitários, mas para formação hegemônica em torno de uma ideia única para o setor, a partir de uma referência consolidada e reconhecida em um contexto global.

Gramsci (1999) explica que o crescimento orgânico de apoiadores sob uma dada ideia, em um processo de formação de hegemonia, é construído por meio de lideranças, que o

autor denomina de intelectuais orgânicos devido a sua conexão com a realidade vivida pela sociedade. Portanto, a partir do entendimento das dimensões sociais e políticas e do domínio sobre o saber técnico relacionado a saúde, a categoria médica pode ser posta como capaz de formular soluções para as questões de saúde pública em um processo de aderência orgânica com a sociedade, o setor (demais profissionais) e o Estado (sociedade política). Sendo assim, a categoria médica, detentora de prestígio social, dado o reconhecimento de utilidade pública pelo Governo, logo se posicionou como reformista, mas no lugar de mudar o setor a partir dos problemas históricos locais, mudou a partir das ideias globais e do direcionamento do Estado, situação que Muller (2004) chama de *rapport global sectoriel*. As reformas então, não foram um movimento da sociedade, mas um movimento construído pelo Estado e mediado pela categoria médica, em grande parte, que aceleraram o processo de transformação com base em ideias hegemônicas globais em atendimento a determinados interesses econômicos e políticos.

Para entender como funcionou a direção dada pelo governo, apresenta-se a seguir as Conferências de Saúde e as temáticas propostas por decretos do Governo. Nesse contexto, serão apresentados alguns acordos no âmbito internacional que influenciaram as medidas políticas locais, o que permite entender a relação das mudanças locais para o setor com as ideias hegemônicas globais.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1941 para tratar os problemas de saúde e de assistência, como: (i) organização sanitária estadual e municipal; (ii) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra lepra e tuberculose; (iii) determinação das medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e (iv) plano de desenvolvimento de obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941a). Para essa primeira reunião, foi preparado um folheto reunindo a legislação sobre a conferência em questão e um questionário com os temas da conferência, que foi enviado para as administrações estaduais e municipais. Esse questionário teve o papel de acumular dados a serem consolidados pelo Ministério da Educação e Saúde como forma de ter informações estratégicas para propor uma política para o setor (BRASIL, 1941b).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1950, para tratar: (i) a organização sanitária dos estados e municípios; (ii) os serviços básicos de saneamento rural; (iii) a formação de pessoal (médicos sanitaristas, engenheiros sanitaristas, enfermeiros, visitadoras de saúde pública e outras auxiliares); e (iv) os convênios sanitários (BRASIL, 1951). A 1ª e a 2ª Conferência não tiveram anais do evento e/ou relatório final, talvez pelo fato dos dados estarem sendo consolidados e as problemáticas do setor sendo reveladas.

Já a 3ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1963 para tratar: (i) a situação sanitária brasileira; (ii) a distribuição e coordenação das atividades médico sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; (iii) a municipalização dos serviços de saúde; (iv) a fixação de um plano nacional de saúde (BRASIL, 1963). Essa conferência, treze anos após a segunda, foi considerada de extrema importância para o direcionamento das políticas de saúde, pois colocava como objetivo principal descentralizar as ações em favor dos municípios. No discurso de abertura proferido pelo Presidente da República, João Belchior Goulart, percebe-se a preocupação com problemas, recorrentes no setor, que impactam a economia e o cumprimento dos acordos internacionais, como: a má saúde como reflexo da pobreza, que incapacita o trabalhador; a má saúde como problema para baixa produtividade, que de forma estrutural reflete no crescimento econômico; a necessidade de balizar as ações públicas conforme a Organização Mundial da Saúde; a utilização dos esforços necessários, independente dos recursos financeiros; e o compromisso do Governo em utilizar os estudos e as sugestões dessa conferência (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAUDE, 1992).

Em que pese a preocupação com a ampliação do acesso da população à saúde, fruto, inclusive, do crescimento das reivindicações dos movimentos sociais sobre a questão, podemos observar uma concepção de saúde vinculada à ideia de produto. A saúde nessa conferência é vista como um produto que o cidadão adquire na vida para progredir, sendo papel do Estado disponibilizar meios de acesso a esse “produto”, deixado assim de concentrá-lo em uma pequena parcela da população para elevar o nível econômico do país. Essa ideia é posta sob o exemplo dos países ricos, por isso a necessidade de o setor traduzir os melhores exemplos para a realidade local. Essa síntese da apresentação mostra como a formação cognitiva é trabalhada pelo Estado; nota-se que a ideia de progresso, de produto, do papel do indivíduo no sistema produtivo, da referência hegemônica e da mediação da categoria são postas para justificar as ações reformistas no setor, mas não uma reforma que atenda a população, mas uma reforma que atenda ao Projeto Global hegemônico e a elite colonizada pela lógica global. Assim, o Estado encontra na necessidade geral a razão de sua ação, mas a forma como age é resultado dos interesses dos grupos dominantes (GRAMSCI, 2007, 2011; MULLER, 2004, 2005, 2018).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1966 para tratar: (i) o médico que o Brasil necessita; (ii) o pessoal paramédico e auxiliar; (iii) a responsabilidade do Ministério da Saúde na formação; e (iv) a responsabilidade das universidades e escolas de medicina no desenvolvimento de uma política de saúde. Além desses temas, foram solicitadas

mesas redondas para tratar a importância do saneamento básico no controle de doenças e a melhoria das atividades dos serviços estatísticos para a saúde (BRASIL, 1966).

No discurso do então Ministro da Saúde, Leonel Tavares Miranda de Albuquerque, é exposta a preocupação da categoria em atuar nas circunstâncias de um país em desenvolvimento que tem pouco incentivo à melhoria dos recursos humanos, sendo assim, é apontada a importância de seguir as recomendações do Senador Edward M. Kennedy, membro da delegação estadunidense que participou da 20ª Assembleia Mundial de Saúde, no qual é recomendado que: para além da ajuda financeira, deve-se buscar orientação e intercâmbio aos países em desenvolvimento; para formação dos médicos é necessária uma divisão do trabalho em especialidades e em níveis; para corpos auxiliares, deve-se formar “semimédicos”⁷ para atuarem nos programas que são prioridades para saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAUDE, 1967).

Para Muller (2004, 2005, 2018) o Estado incorpora as referências globais e constitui o cognitivo nacional e determina os mecanismos legais. Desse modo, pode-se colocar que a formação cognitiva de progresso para classe médica favorece a divisão do trabalho e do conhecimento, mas acima de tudo da sujeição ao conhecimento hegemônico, que forma fronteiras cognitivas e normativas no setor. Entretanto, essa sujeição não permitiu o surgimento dos chamados “semimédicos” no Brasil, apesar da divisão do trabalho existente no setor da saúde que preserva a categoria médica colocando os demais profissionais em posição inferior quando comparado com o profissional da medicina.

Vimos, a partir de Mignolo (2000, 2010, 2012), que a colonialidade do poder sustenta o projeto global por meio do domínio e do controle das particularidades locais. Essa situação pode ser observada ao analisar os mecanismos de controle postos na direção dada à 4ª Conferência que determina a posição do setor perante as expectativas hegemônicas globais e reforça o poder dos países ricos sobre a periferia do sistema capitalista global.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1975, para tratar: (i) o sistema nacional de saúde; (ii) o programa materno-infantil; (iii) a vigilância epidemiológica; (iv) o controle de grandes endemias; (v) a extensão das ações de saúde rurais pelas redes de unidades básicas e recursos humanos (BRASIL, 1975a). Essa conferência foi mais técnica, com foco na interação entre os agentes de saúde e as instituições no sentido de aumentar a

⁷ O semimédico poderia ser entendido como um médico técnico, ou seja, um profissional com formação aligeirada, para atuar de forma auxiliar. Em uma lógica capitalista liberal, significa propor mais uma divisão do trabalho e do conhecimento no processo produtivo da saúde, visando apenas coisificar o trabalhador de modo que seja possível reduzir o custo de sua formação, o valor pago por sua mão de obra e a quantidade de autonomia e poder que o trabalhador possa possuir ao ter domínio sobre todo o processo produtivo.

produtividade, no qual a ideia da institucionalização da saúde precisava passar pela implantação de um sistema que fizesse essa integração entre os agentes e instituições do setor e que as políticas fossem determinadas pelos dados metodologicamente organizados (BRASIL, 1975b).

Devido o momento político, sob o Regime ditatorial, as discussões nessa conferência estavam restritas ao tecnicismo do setor, valorado pelos militares. Essa concepção técnica buscava ignorar o debate político e as questões sociais, mas também manipular os dados em proveito do governo, de modo a evitar as críticas. Assim, o Ministério da Saúde conduziu a política de Estado na busca de implementar o plano traçado pelo governo e atingir as metas estipuladas.

A 6ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1977 para tratar: (i) a operacionalização dos novos diplomas legais, básicos, aprovados pelo Governo; (ii) a situação atual no controle das grandes endemias; (iii) interiorização dos serviços de saúde; (iv) a política nacional de saúde (BRASIL, 1977a).

No discurso de abertura o então Presidente, Ernesto Geisel, reconhece todas as dificuldades e os desafios enfrentados pelo setor, reconhece também que os indicadores, ainda em níveis inferiores, balizam as ações públicas e as pesquisas do setor, entretanto, pede que o setor olhe na série histórica os pontos positivos e evite a crítica e o negativismo que desanima as ações públicas. O Presidente finaliza clamando pela necessidade de normas e de vias alternativas para consolidar os resultados, mas que: “Normas e vias que sejam objetivas, coerentes com a realidade, compatíveis com a disponibilidade efetiva de recursos e representem o máximo que o Governo pode colocar à disposição do setor nos dias difíceis que vivemos” (BRASIL, 1977b, p.3). O Presidente busca, claramente, defender e justificar o regime de exceção, mas reconhece que a mediação dos profissionais da saúde é importante para melhorar os indicadores do setor.

O relatório final da Conferência apresenta, entre outras coisas: a necessidade de maior articulação entre todos que fazem parte do setor da saúde; o reconhecimento da dicotomia entre ações preventivas e curativas; a necessidade de formar o número necessários de profissionais que atenda a demanda do setor; a implantação da atenção primária à saúde em um sistema de atendimento em rede de níveis; a substituição da ação isolada da medicina preventiva ou da medicina curativa pelo conceito de atenção básica de saúde que busca essas duas formas de atuação; a continuidade da vigilância sanitária; a necessidade de maior controle sanitário em portos e em fronteiras (BRASIL, 1977b). O setor de saúde brasileiro

segue então a referência global do setor, absorvendo as ideias do Relatório Dawson (DAWSON *et al.*, 1920) e mantendo os acordos pactuados no âmbito internacional.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1979 para tratar a expansão das ações de saúde mediante serviços básicos, estrutura fundamental do Sistema de Saúde. O Governo propôs esse tema para captar propostas para elevar os índices sociais e econômicos da população brasileira (BRASIL, 1979).

No discurso de abertura, feito nessa Conferência pelo Diretor-Geral da OMS, Halfdan T. Mahler, foi apontado que os esforços para corrigir as injustiças entre os povos do mundo, são no sentido de democratizar a saúde para a população “levar uma vida social e economicamente produtiva” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, p. 11). Com isso o Diretor-Geral da OMS reforça o compromisso firmado pelo Brasil e outros países de atingirem até o ano 2000 a meta de democratizar a saúde, conforme caminho apontado na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde em 1978 e aprovada pela 32ª Assembleia Mundial de Saúde. O Diretor-Geral da OMS parabeniza a todos, pois, de acordo com ele, tanto o tema central da Conferência, como os pontos para discussão nos grupos de trabalho “correspondem plenamente aos objetivos e meios que os países do mundo acordaram por consenso em Alma-Ata e em sua Organização Mundial da Saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, p. 11).

Para finalizar, foram colocados os seguintes questionamentos que são essenciais para essa política de saúde acordada em Alma-Ata funcionar:

1. Os senhores estão dispostos a defrontar seriamente o abismo que separa os “privilegiados” dos “despossuídos” em matéria de saúde e a adotar medidas concretas para reduzi-lo?
 2. Os senhores estão dispostos a velar pelo planejamento e a aplicação adequada da atenção primária de saúde em um esforço coordenado com outros setores interessados, a fim de fomentar a saúde como contribuição indispensável para melhorar a qualidade de vida de cada indivíduo, família e coletividade como parte do desenvolvimento sócio-econômico geral?
 3. Os senhores estão dispostos a dar prioridade absoluta à alocação preferencial dos recursos de saúde aos setores sociais periféricos?
 4. Os senhores estão dispostos a mobilizar e informar indivíduos, famílias e coletividade até lograr que se identifiquem plenamente com a atenção primária de saúde, participem de seu planejamento e gestão e contribuam para seu funcionamento?
 5. Os senhores estão dispostos a introduzir as reformas necessárias para assegurar a disponibilidade de pessoal e da tecnologia suficientes para estender a todo o país nos dois próximos decênios e a um custo acessível a atenção primária de saúde?
 6. Os senhores estão dispostos a introduzir, se necessário, mudanças radicais no atual sistema de prestação de serviços de saúde para que sirva de base adequada à atenção primária de saúde como principal prioridade?
 7. Os senhores estão dispostos a encerrar as batalhas políticas e técnicas necessárias para superar quaisquer obstáculos sociais e econômicos assim como a resistência dos profissionais à introdução universal da atenção primária de saúde?
 8. Os senhores estão dispostos a comprometer-se politicamente de maneira inequívoca a adotar a atenção primária de saúde e a mobilizar a solidariedade internacional para alcançar o objetivo de saúde para todos no ano 2000?
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, p. 13-14)

O discurso direcionado aos profissionais do setor vem no sentido de mudar a forma como se entendia a saúde no Brasil. O sim proferido em resposta ao discurso do Diretor-Geral da OMS se transformaria em um longo caminho de adaptação do setor ao projeto global do poder, mas, contraditoriamente, foi também o caminho que levou à constituição de um dos maiores Sistemas de Saúde pública do mundo, o SUS. Importante destacar essa questão para entender o processo dialético que permeia a formação e a construção das políticas públicas da área da saúde no Brasil. Ou seja, embora o processo tenha um nítido direcionamento, dado pelos interesses hegemônicos globais e locais, está também permeado de conflitos e de contradições, que permitem ações contra hegemônicas e, portanto, mudanças importantes para a sociedade.

Considera-se, entretanto, que a estratégia do poder visando atender os anseios sociais se dão pelo mínimo, e sempre no sentido de perpetuar o paradigma da lógica hegemônica. De toda forma, essa *rapport* entre o global e o setor nas políticas de saúde é posta como fundamental para o avanço econômico, barreira que o Brasil teria que resolver para integrar seu mercado com o mercado mundial. Inicialmente, os países ricos buscavam prioritariamente se proteger das crises de saúde dos países pobres, mas agora os países ricos buscam prioritariamente resolver tais crises para a expansão econômica e domínio dos mercados emergentes.

Muller (2004, 2005, 2018) aponta a pressão da referência global sobre os setores da sociedade são para determinar as políticas públicas e as mudanças na sociedade. Considerando também que o domínio dos meios de produção da vida permite a classe dominante promover as ideias hegemônicas na sociedade, ideias que são passadas para a sociedade como se fossem universais (MARX; ENGELS, 2007), pode-se entender assim, que a falta de poder econômico, do controle dos meios de produção da vida e da capacidade de romper com a lógica dominante condiciona as ações sociais de tal forma, que o paradigma dominante consegue se reestruturar por meio de políticas públicas que atendem o mínimo necessário, mas que servem para controlar a população. Dessa forma, não se pode assemelhar a luta revolucionária que rompe com o paradigma estabelecido com a luta social que busca subsistir em um espaço de dominação do grupo dominante. Saber essa diferença é importante para entender o fato de que, em geral, as políticas públicas, mesmo sendo balizadas pelos problemas sociais, não resultam em soluções definitivas, mas sim em controle social e perpetuação do sistema de poder estabelecido.

Nesse sentido, foi observado ao longo desta pesquisa, que a lógica dominante baliza a mudança, em um contexto que a luta social tende a se estabilizar e a se enquadrar à medida que consegue parte das suas reivindicações, que ao mesmo tempo, abre espaço para transformação desejada pela hegemonia dominante. Em última instância, essas mudanças são vistas como uma conquista social a partir do encobrimento da complexa relação de poder na qual a estrutura da colonialidade se perpetua, em um processo que pode ser definido como a conquista da legitimação do movimento social nos limites de mudança permitida pelo grupo dominante. Além disso, conforme apontado por Gohn:

A institucionalização das ações coletivas impera, no sentido já assinalado, como regulação normativa, com regras e espaços determinados e não como um campo relacional de reconhecimento. A possibilidade da emancipação fica confinada aos espaços de resistência existentes (GOHN, 2010, p. 22).

Dessa forma, o movimento social, como o Movimento da Reforma Sanitária, abriu espaço para mudança no setor a partir das necessidades sociais, no qual essas mudanças foram percebidas como conquista social, apesar de a ação pública atender o mínimo necessário e a população continuar enfrentando os problemas antigos e os novos, surgidos a partir da ação de mudança no setor. Em paralelo a isso, o movimento é institucionalizado e a ação social passa a ser uma ação pública determinada pelo grupo dirigente e dominante, servindo assim como mais um controle para as ações sociais e mais uma forma de condicionar os indivíduos conforme a lógica do poder.

Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi muito importante, podendo ser posta como um marco de mudança na ação pública no contexto local, mais ainda sob as referências globais dominantes. Convocada em 1985, foi direcionada para tratar: (i) a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; (ii) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; (iii) o financiamento setorial (BRASIL, 1985). A apresentação dos Anais resume as Conferências anteriores, em que a 1ª e a 2ª foram para delimitar o espaço do setor da saúde e a importância dos profissionais do setor, a 3ª conhecer os aspectos nacionais e legitimar a importância do conhecimento do setor para o país, a 4ª teve o foco nos profissionais da saúde, a 5ª trabalhar a questão da doutrina como forma de superar os conflitos de visões do setor, a 6ª foi marcado pela assimetria das propostas e pelo surgimento das críticas vindas por meio das pesquisas no setor e a 7ª buscou adaptação das influências internacionais que apontavam a necessidade do setor promover a saúde e dar mais acesso a população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Nessa 8ª Conferência a ideia central era de continuar a posição da conferência anterior, fazendo uma transição do setor para um novo regime de poder, e de fazer “um

resgate histórico das preocupações da 3ª Conferência, acrescida dos avanços ocorridos nos últimos 20 anos” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 10).

Nesse sentido, o objetivo estava mais em atender os interesses econômicos do que realmente resolver os problemas sanitários. Essa ponderação é feita porque a 3ª Conferência visava exatamente atender a reprodução do poder capitalista global dando um mínimo de condição para o trabalhador na questão da saúde, tratando assim de absorver as ideias globais do setor com a leitura e a adaptação feita pelos profissionais de saúde. De todo modo, a transição para democracia era a oportunidade de romper com algumas barreiras e posicionar o profissional como agente desse processo de redemocratização, fato que levou essa conferência a adquirir maior destaque no setor. Assim, o profissional da saúde, em especial a categoria médica, construiu a autoimagem de que lutou pela democracia e pela saúde da população brasileira. A construção dessa autoimagem é fundamental para implementação das políticas de saúde porque promove aderência entre os profissionais da saúde, a sociedade política e a sociedade civil. Nesse sentido, não se pretende estabelecer o nível de contribuição da categoria médica, mas sim o nível de contribuição que a construção dessa autoimagem serviu para o Estado adotar determinadas políticas no setor.

Como dito anteriormente, esse processo de construção é permeado de contradições, e, em alguma medida, não se pode negar a existência de posições que busquem verdadeiramente avançar em soluções para os problemas do setor. Posições essas de grupos profissionais, que atuaram politicamente dentro das diversas categorias que compõem o setor da saúde e que faziam severas críticas ao direcionamento dado nessa conferência. Mas, em que pese alguns avanços, os debates e as ações decorrentes atendiam, majoritariamente, os interesses dominantes, cuja referência não são os interesse na saúde da população, mas as determinações dadas pelo grande capital, no sentido de responder minimamente as demandas e conflitos postos, contribuindo para manter a segurança sanitária dos países ricos e a expansão do comércio internacional.

Segundo Campos (1988), o atendimento desses interesse dominantes ocorreu porque a reforma sanitária do setor da saúde brasileiro, ao contrário dos países ricos, foi guiada pelo denominado “partido sanitário’ encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas” (p. 182). Desse modo, os intelectuais orgânicos foram excluídos do processo de formação de hegemonia para que os grupos dominantes e dirigentes pudessem se reproduzir e perpetuar o seu domínio sobre a sociedade. Para Campos (1988), a limitação transformista da reforma sanitária e a renúncia de construir a hegemonia junto a sociedade

confirmam essa situação, em que a reforma sanitária estava mais conectada a lógica dominante e aos grupos de poder na sociedade.

É importante pontuar o papel do “partido sanitário”, que Campos (1988, p. 182) explica como sendo uma “instituição imaginada para reforçar a aparência de que essa linha de pensamento ou até esse movimento sanitário teriam um afastamento e uma independência das classes dominantes”. Esse partido não pode ser considerado um aparelho privado de hegemonia, que apesar de ter essa roupagem, não surge a partir da formação de ideologia da sociedade e não forma uma hegemonia sobre toda a sociedade. Por isso, Campos (1988, p. 183) defende que não existe “um ‘partido de saúde’ colocado acima das classes, supostamente capaz de elaborar políticas em nome de e para ‘a sociedade’”.

Desse forma, pode-se apontar que a mediação da categoria médica no setor da saúde não ocorreu de forma orgânica com a percepção dos problemas sociais e formação de hegemonia, mas sim pelo domínio e direcionamento dos grupos e da lógica dominante que pautou as conquistas sociais por uma reforma que mantivesse a reprodução do poder. Assim, as reformas sevem para implementação de novas ações públicas que transformam o setor sem resolver de fato o problema público, pois a prioridade é manter a reprodução do poder dominante com o atendimento mínimo à sociedade.

Nesse sentido, os debates que se seguiram a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde mostra bem essa realidade, dando início assim a uma série de reformas em atendimento ao projeto global para saúde, que busca ações públicas integradas que permitam o desenvolvimento econômico e social. Como efeito, essa conferência foi convocada em 1990 para tratar como tema central a saúde municipal como caminho (BRASIL, 1990a).

Nessa conferência foi reafirmado a Sistema Único de Saúde (SUS) como a estratégia mais adequada para estrutura de Estado democrático; para necessidade de trabalhar a descentralização, como forma de possibilitar essa democracia; para priorização da prevenção, como forma de reduzir os custos com a saúde; para reafirmação das formas de financiamento público para saúde, no que surge espaço para que a iniciativa privada seja financiada com recursos públicos; para promover a saúde privada como saúde complementar ao SUS; e para limitar a comercialização de coleta, processamento e transfusão de sangue (BRASIL, 1993). Segundo Campos (1988):

Frequentemente, a descentralização é referida como sinônimo de democratização. A dedução automática de que, uma vez inaugurado o processo de descentralização, estaria garantida a gestão democrática do sistema, baseia-se na grande eficácia atribuída à gestão colegiada e a administração municipal (CAMPOS, 1988, p. 191).

Ainda segundo o autor:

A singeleza desse raciocínio oculta as graves contradições sociais que também se expressam na parcela municipal do aparelho do Estado. Não é sempre verdadeiro o pressuposto da maior representatividade das lideranças locais ou do poder executivo municipal. Também não é necessariamente verdade que o controle social é mais viável a nível local. O arbítrio, a prepotência e o clientelismo municipal nada ficam a dever ao estatal ou federal. Frequentemente, a capacidade de coação econômica dos poderes locais é direta, muitas vezes é cruel (CAMPOS, 1988, p. 192).

Essa Conferência ressaltou então na proposta de democratização do setor com pactuação entre as instâncias e os agentes da saúde em um processo de descentralização e de integração das políticas de saúde. Foi entendido pelo setor que a democratização da saúde não exclui a atividade privada, sendo, portanto, necessário apenas regular o abuso na busca por lucro. Campos (1988, p. 192) explica que esse processo serviu para “ocultar’ o peso decisivo que a lógica de mercado e os interesses privados têm no modo como se articula a distribuição e a alocação de recursos, a produção e o consumo de serviços, e, até mesmo, o perfil de intervenção do Estado no mercado da saúde”.

Conforme Campos (1988) aponta, um dos maiores problemas é a falta de integração institucional que permite ações públicas e privadas desorganizadas e irracionais, mas por estarem dentro de uma lógica dominante, não são criticadas e passam a ser vistas como necessárias. Pode-se apontar que essa falta de integração institucional é decorrente da busca pela articulação com as políticas globais, nas quais o Estado brasileiro é subalterno e tem pouca ou nenhuma gerência sobre essas referências. Assim, deixa-se de entender a realidade local e por esse motivo, continua-se a excluir a população local e a sua necessidade de atenção à saúde.

Sendo, portanto, guiada por referências globais para o setor, as ações locais entendem o problema público a partir dessas referências e implementam soluções que resultem em atendimento a essas referências. É por esse motivo que as ações locais parecem ser desconectadas da realidade, necessitando assim várias adaptações que servem para sociedade política justificar o domínio e a direção do setor.

A dialética entre o público e o privado foi tema de debate nas décadas seguintes e é ainda, pois a sociedade está sempre às voltas da argumentação do custo público e da eficiência privada, da corrupção e da livre iniciativa, do acesso público e do acesso a quem pode pagar. As ideias liberais que dominam o setor influenciaram fortemente as ações públicas e a formação cognitiva e normativa do cidadão, levando assim a constantes reformas e adequações do setor aos interesses globais.

Considerando que essas Conferências representam um processo no qual o setor da saúde foi debatido a partir do direcionamento dado pelo Governo e das referências globais

postas para o setor, pode-se concluir que a priorização do problema público, ou seja, a inclusão desse problema na agenda do governo, como também a construção de políticas para o setor, serviram para o Estado brasileiro gerar ações públicas de atendimento às necessidades básicas da sociedade, ao menos de forma parcial, ao mesmo tempo que atendia as expectativas globais. Dessa forma, não se trata dizer que o problema social deixa de balizar a ação pública, mas sim que a consideração de tal problema como um problema público parte de questões relacionadas à forma como os indivíduos entendem o problema e como os governos utilizam essas referências no processo de dominação e de controle. Para melhor compreensão, o resumo das Conferências Nacionais de Saúde pode ser visto na Figura 04.

Figura 04 - Lista das Conferências Nacionais de Saúde anteriores ao SUS

Conferências Nacionais de Saúde			
Ordem	Convocação	Pautas	Realizado em:
1^a	1941	(i) organização sanitária; (ii) ampliação e sistematização das campanhas nacionais; (iii) medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e (iv) plano nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941a).	1941
2^a	1950	(i) a organização sanitária; (ii) os serviços básicos de saneamento rural; (iii) a formação de profissionais; e (iv) os convênios sanitários (BRASIL, 1951).	1950
3^a	1963	(i) a situação sanitária brasileira; (ii) a distribuição e coordenação das atividades nos níveis federal, estadual e municipal; (iii) a municipalização dos serviços de saúde; (iv) a fixação de um plano nacional de saúde (BRASIL, 1963).	1963
4^a	1966	(i) o médico que o Brasil necessita; (ii) o pessoal paramédico e auxiliar; (iii) a responsabilidade do Ministério da Saúde na formação; e (iv) a responsabilidade das universidades e escolas de medicina nas políticas de saúde (BRASIL, 1966).	1967
5^a	1975	(i) o sistema nacional de saúde; (ii) o programa materno-infantil; (iii) a vigilância epidemiológica; (iv) o controle de endemias; (v) a extensão das ações de saúde rurais (BRASIL, 1975a).	1975
6^a	1977	(i) a operacionalização dos novos diplomas; (ii) a situação atual no controle das endemias; (iii) interiorização dos serviços de saúde; (iv) a política nacional de saúde (BRASIL, 1977a).	1977
7^a	1979	expansão das ações de saúde mediante serviços básicos, estrutura fundamental do Sistema de Saúde (BRASIL, 1979).	1980
8^a	1985	(i) a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; (ii) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; (iii) o financiamento setorial (BRASIL, 1985).	1986
9^a	1990	A saúde municipal como caminho e a busca por ações públicas integradas que permitam o desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 1990a).	1992

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos legislativos de convocação (BRASIL, 1941a, 1951, 1963, 1966, 1975a, 1977a, 1979, 1985, 1990a) e no material trabalhado nas Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 1941b, 1951, 1975b, 1977b, 1993; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, 1967, 1980, 1987)

4 A AÇÃO PÚBLICA E A CATEGORIA MÉDICA ORGANIZADA

A categoria médica se desenvolveu mais rapidamente a partir de 1920, por conta da divisão do trabalho, da especialização do profissional da saúde em áreas específicas e da ideia compartilhada socialmente de que essa categoria é essencial para formulação e implementação das políticas para o setor da saúde. Esse desenvolvimento foi apresentado no capítulo anterior, quando foi possível observar que a categoria médica obteve maior importância para o poder público por ser um elemento estratégico que justificava e legitimava as ações de controle da sociedade. A partir desse desenvolvimento, ficou evidenciado que os profissionais da saúde são valorados conforme o seu conhecimento alinhado as referências globais e a sua posição de poder na divisão do trabalho.

Tal situação posiciona a categoria médica como categoria de maior poder sobre as demais categorias profissionais do setor da saúde e como categoria de maior prestígio perante a sociedade. Essa posição de poder e de prestígio é reforçada pelo poder público e pelo poder econômico que utilizam essa categoria na mediação de soluções destinadas as demandas sociais. A sociedade, por sua vez, movida pela imagem construída acerca da saúde, vê nesse profissional um meio para se obter saúde e por isso abandona as práticas médicas tradicionais, nos quais o cuidado com a saúde integrava a sua cultura local, e adota assim novos hábitos a partir da orientação médica, pela qual os indivíduos são incapazes de entender ou valorar se não for pela perspectiva desse profissional devidos as fronteiras cognitivas e normativas que se formam.

Em busca de aprofundar o entendimento de como a categoria médica foi orientada sob as referências globais, apresentou-se anteriormente as Conferências Nacionais de Saúde e as principais temáticas debatidas nesse fórum. Essas conferências reuniram várias categorias profissionais e grupos de interesses do setor da saúde, em um processo de pensar o problema de saúde nacional e de criar estratégias para o setor. Por meio dessa análise, percebeu-se que as temáticas trabalhadas foram orientadas pelo Governo sob a perspectiva global para o setor, cabendo a categoria médica o trabalho de adequar essas referências à realidade local. Isso contribuiu para consolidar essa categoria como mediadora no processo de ação pública

destinado a saúde da sociedade, sendo assim, uma referência para população ao mesmo tempo que tem a capaz de transitar nos dois sistemas referenciais, locais e globais.

Conforme foi apresentado no capítulo anterior, essa capacidade advém do processo histórico de formação e de transformação desses profissionais. Esse processo permitiu submeter a realidade local ao projeto global de poder para o setor da saúde. Apesar disso, a realidade local ainda se fazia presente, demandando assim novas soluções para as quais as referências globais não eram eficazes. Isso permitiu novos ciclos de ações públicas incrementais que continuavam a política anterior, como também, intervalos de ruptura que possibilitavam romper com as referências homogeneizadoras do setor da saúde. Nesse contexto, a contradição parte do problema público e da atenção que é dada pelos Governos a esses problemas, que no processo histórico do setor a saúde brasileiro parasse ser norteado pelas hegemonias globais do setor.

Para estabelecer o profissional da medicina como mediador nesse processo, os demais profissionais da saúde precisaram ser subjugados, do mesmo modo que os indivíduos com o conhecimento tradicional sobre a saúde foram submetidos outrora. Assim, o conhecimento do médico e a sua posição na hierarquia profissional pôde se estabelecer como hegemônico. Com isso, os demais profissionais, que não ocupam uma posição de destaque e de referência, foram postos como incapazes de mediar as relações no setor porque não conseguem romper com a barreira cognitiva e normativa responsável por estabelecer as fronteiras do setor. Sendo assim, os profissionais subjugados são destinados a reforçar essas fronteiras estabelecidas. Essa mesma situação vale para própria categoria médica, que em seu interior busca valorar e hierarquizar profissionais conforme determinado conhecimento e origem.

Sendo posta a categoria médica como central no processo de ação pública para saúde e como capaz de traduzir as referências globais nas realidades locais, a sua formação deveria refletir tal situação de modo que a ação profissional fosse capaz de reproduzi-la. Com isso, a formação profissional torna-se um indicador importante para entender como o Estado busca moldar e direcionar o profissional da saúde para a transformação no setor. Com isso, a ação pública que será medida por esse profissional faz parte de um processo de transformação que tem origem a partir da formação do profissional.

A colonização do Brasil por Portugal foi importante para estabelecer essa estrutura de poder, no qual a exclusão dos indivíduo permitiu uma determinada forma de saber, de conhecer e de outros indivíduos acessarem esse saber e reproduzi-los na sociedade. A alteração da estrutura de poder só foi possível por meio de novos grupos de poder que

ocuparam o papel de direcionar e dominar os mecanismos de controle do Estado. Mas mesmo com alterações, continuava-se o fortalecimento do grupo dominante e a ligação com as referências globais, em que se nota um processo bem estruturado que permite moldar a estrutura à medida que a sociedade se transforma a partir da lógica dominante.

Nesse processo, o profissional da saúde se mostrou um produto da lógica dominante, em que seu papel social é determinado no ao reforçar e reproduzir a estrutura de poder por meio da mediação das relações públicas no setor da saúde. Entretanto, isso não significa que a categoria médica é totalmente determinada. Como bem pontuado por Muller (2004, 2005, 2018), ao explicar o poder advindo do desenho institucional, aponta que nenhum indivíduo é totalmente condicionado pelo desenho institucional que faz parte, pois sempre existem margens para manobra que permitem um certo grau de autonomia, motivo este que proporciona a existência de mudanças nos paradigmas ou na reestruturação do desenho institucional. Mas é importante salientar que as ações dos indivíduos fora da lógica dominante os excluem do grupo pelo qual são conhecidos, motivo esse que coloca outros profissionais da medicina em posição de menor poder e prestígio em relação ao grupo estabelecido, levando-os assim a agirem conforme a lógica dominante. Tal dispositivo de controle demonstra as fronteiras que se formam no setor com ideias e valores compartilhados entre os indivíduos. Dessa forma, os indivíduos reforçam tais fronteiras que ao mesmo tempo determinam e limitam as suas ações.

Conforme é defendido por Muller (2004, 2005, 2018), a ação pública transforma o setor de forma cognitiva e normativa, em que tal transformação reproduz uma ideia hegemônica do sistema global em determinados sistemas locais. Ao mediar as relações para o setor e ao determinar as políticas sanitárias sob as perspectivas hegemônicas, a categoria médica passa a ser vista como reprodutora desse poder na sociedade. Dentro dessa perspectiva, será analisado a seguir as soluções que foram adotadas para o setor da saúde de modo a refletir esse processo, como o Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS) e o Programa Mais Médico (PMM). Essas soluções foram aplicadas no setor com a participação ativa da categoria médica, não só na sua execução, mas também na forma como essas soluções deveriam ser absorvidas e desenvolvidas ao longo dos ciclos de ações públicas.

4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O SUS é uma estratégia de saúde nacional que o Governo brasileiro adotou como forma de atender as demandas do setor. Esse sistema aparece na Constituição Federal do Brasil promulgada em 1988 (CF88), na Seção II, que vai do Artigo 196 até o Artigo 200, em que é abordada a temática da saúde, as estratégias a serem seguidas e a estruturação a ser adotada. No Art. 196 a saúde é posta como um direito de todos e um dever do Estado; no Art. 197 as políticas, as ações e os serviços destinados à saúde são postos como relevante para o setor; no Art. 198 as ações e os serviços de saúde devem seguir a estrutura estabelecida pelo sistema; no Art. 199 a livre iniciativa no setor da saúde, ou seja, a exploração econômica do setor é permitida como elemento integrante das ações destinadas a saúde; e no Art. 200 a competência atribuída ao Sistema Único de Saúde define as diretrizes do setor (BRASIL, 1988).

Fazendo uma breve análise desses artigos, com base no desenvolvimento do setor apresentado no capítulo anterior, o Art. 196 vai além do que foi tratado no Art. 01 da Lei 2.312 de 1954, no qual o Estado passa a ter maior responsabilidade na garantia e na redução dos riscos à saúde para população por meio de políticas específicas destinadas ao setor da saúde (BRASIL, 1954a, 1988). Além dessas políticas, o Estado também deve promover o acesso universal e igualitário a toda a população brasileira como forma de garantir a saúde como um direito básico do cidadão (BRASIL, 1988). Não há dúvidas, portanto, que o setor da saúde é entendido como estratégico para o Estado, haja vista a atribuição de responsabilidade e a incorporação de direitos sociais. Importante salientar, ainda, o avanço no sentido da garantia de saúde como direito social, e que corresponde ao momento político do país, marcado pelo avanço de lutas sociais e pelo processo de redemocratização, após mais de vinte anos de ditadura militar (SOUSA, 2004).

O processo de construção de um Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que atende parte das demandas da sociedade acerca da saúde, faz parte de um debate importante no interior da própria categoria médica, como também de outras categorias, que ocorreram ao longo das Conferências Nacionais de Saúde. Entretanto, o processo de desenvolvimento do setor impôs uma realidade no qual a ação pública foi concentrada em grandes centros urbanos, em que as periferias e as localidades mais afastadas foram excluídas das políticas nacionais. Pode-se apontar que tal contradição existe pelo fato de que os debates locais não partiram da realidade local, mas sim do processo de adequação das políticas dos países ricos que são vistos como referência de avanço social e do ideal de modernidade.

Essa realidade de exclusão remonta o período Colonial, em que as políticas de saúde estavam concentradas em Portugal e as colônias contavam com um mínimo de atendimento,

suficiente apenas para manter o controle do território. A mudança dessa realidade só ocorre quando a classe de poder se estabiliza no Brasil e a saúde passa a ser vista como fundamental nos núcleos urbanos que se constituíam. Mas à medida que os riscos sanitários dessas localidades se agravavam pela falta de estrutura e de políticas sociais, a elite passava a cobrar medidas sanitárias que resolvessem os problemas das cidades e protegessem seus cidadãos. Da mesma forma que ocorreu no contexto local, no cenário internacional os países periféricos representavam uma ameaça para a segurança sanitária dos países ricos e para o fluxo comercial entre as nações. A solução para isso, foi cobrar dos países medidas sanitárias alinhadas com as soluções hegemônicas para o setor.

Para além da categoria médica, com a CF88, no Art. 197, as ações e os serviços de saúde passam também a ser considerados de relevância pública, no qual é posto como dever do Poder Público criar, estruturar, controlar, fiscalizar e executar ações no setor (BRASIL, 1988). Como a categoria médica é estabelecida como essencial para a ação pública no setor da saúde, logo a estruturação das políticas sanitárias e a sua aplicação passa por essa categoria. Isso resulta em um maior controle do setor de modo a direcionar as ações dos indivíduos sobre determinadas fronteiras cognitivas e normativas.

Em outra parte do Art. 197 e no Art.199 a liberação da livre iniciativa para exploração do setor é posta como um elemento complementar e integrante das ações e dos serviços destinados à saúde (BRASIL, 1988). Isso permite que a lógica do poder econômico faça parte da ação pública e condiciona o Estado a considerar essa lógica nas políticas para saúde. Nesse sentido, como a lógica do poder econômico é a lógica dominante, logo a ação do Estado será balizada e orientada por essa lógica. Isso significa maior controle da ação pública, no sentido de objetividade, de retorno e de limite ao gasto público. Além disso, a limitação da ação pública imposta pelo próprio mercado será motivo para o poder econômico avançar ainda mais, inclusive a partir do financiamento público.

A categoria médica reproduz essa mesma dialética na sua dupla atuação profissional, que ao mesmo tempo pode ser um empregado em alguma organização pública ou privada ou ainda profissional liberal ou empresário na exploração comercial no setor. Nessa dialética entre a exploração econômica e o serviço público a lógica dominante tem sido a lógica econômica, que passou a definir o modo de formação profissional direcionado para o mercado; a estruturação de um mercado consumidor de produtos voltados para saúde, com paciente sendo visto como cliente final e os serviços de saúde como uma cadeia de valor integrada para atender as demandas da clientela; e as referências para ação no setor, que são voltadas para

integrar as ações públicas locais a um processo global de atuação no setor sob a perspectiva da objetividade, do retorno e do limite ao gasto público.

Essa lógica dominante no setor permite que um país com saúde pública como o Brasil apresente números elevados e contraditórios de gasto com a saúde privada. Segundo o IBGE (2019, p. 2), no ano de 2017 o Brasil teve uma despesa com consumo final de bens e serviços de saúde na ordem de 608,3 bilhões, o equivalente a 9,2% do PIB, no qual “R\$ 253,7 bilhões (3,9% do PIB) foram despesas de consumo do governo e R\$ 354,6 bilhões (5,4% do PIB) despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviços das famílias”⁸. Na série histórica de 2010 até 2017, os dados coletados pelo IBGE (2019) mostram que o gasto das famílias e instituições sem fins de lucro a serviços das famílias sempre esteve acima do gasto público com a saúde. Para as famílias, no ano de 2017, o IBGE (2019) aponta que o gasto com a saúde privada foi na ordem de R\$ 231.057,00 (3,4% do PIB), para o Governo foi de R\$ 43.633,00 (0,6% do PIB) e para as instituições sem fins de lucro a serviços das famílias foi de R\$ 8.886,00 (0,1% do PIB).

Já no Art. 198 as ações e os serviços direcionados a saúde são postos como prioritários, na ideia principal de criar uma rede a partir da formação de regiões preestabelecidas em um sistema interligado e hierarquizado. Essa estrutura forma o Sistema Único de Saúde, no qual participa a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Esse sistema segue como diretriz: (i) a descentralização; (ii) o atendimento integral com prioridade para os serviços e ações de prevenção; e (iii) a participação da comunidade. Esse sistema é financiado com recursos públicos. Por último, o Art. 200 determina a competência do SUS, que são: (i) controlar e fiscalizar; (ii) executar ações; (iii) ordenar a formação de profissionais para atuar na saúde; (iv) participar da formulação e execução de políticas para saúde; (v) trabalhar com o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da inovação; e (vi) contribuir para preservação do ambiente (BRASIL, 1988).

Analisando essa estratégia de estruturação do setor, percebe-se que o SUS contém muita semelhança com a estratégia de saúde britânica, que surgiu a partir do conhecido Relatório Dawson de 1920. Em 1919 o Ministério de Saúde britânico, fazendo uso de sua competência legal, instituiu e determinou o *Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Associados* com a missão de discutir e elaborar um relatório sobre as principais questões para implementar um sistema de saúde único na Inglaterra. Mas esse relatório vai além de uma

⁸ Segundo o IBGE (2019, p. 4) “As instituições sem fins de lucro a serviço das famílias são apenas instituições como ONGs e igrejas que se ajustam à definição das Contas Nacionais para esse setor institucional”.

simples discussão, buscando assim alternativas que foram apresentadas como um plano de ação estratégico para ser aplicado no setor. Visconde Addison, primeiro-Ministro da Saúde britânico à época, foi responsável por solicitar o relatório e criar um conselho consultivo. Em nota, Visconde Addison recomenda fortemente a adoção das medidas contidas no Relatório Dawson como forma de construir uma política de Estado para o setor da saúde, de modo que as ações sejam abrangentes, cobrindo assim todo o território nacional (DAWSON *et al.*, 1920).

Conforme consta no relatório, essa “disponibilidade” não significa necessariamente gratuidade do serviço. Esse impasse entre os membros da comissão levou a determinar que tal situação dependeria de questões locais. É abordado no relatório que alguns dos membros eram a favor do serviço gratuito, mas a maioria era a favor da cobrança. Essa cobrança deveria ocorrer em forma de contribuição, isso porque os tratamentos médicos poderiam ser muitas vezes disponíveis a um custo maior que a população poderia pagar. O relatório aborda também outras questões, nas quais o foco maior é direcionado para a estruturação do setor e para implementação dessa estrutura. Dessa forma, esse relatório é dividido em sete seções, em que se trata: (i) os tipos de serviços e a sua estruturação; (ii) a estruturação e as diretrizes para os serviços de saúde domiciliar; (iii) a estruturação dos centros de saúde primários; (iv) a estruturação dos centros de saúde secundários; (v) a estruturação dos serviços suplementares; (vi) descrição do esquema sistematizado; (vii) resumo das recomendações (DAWSON *et al.*, 1920).

O Relatório Dawson funda uma nova hegemonia no sistema de referência global para a saúde. Essa referência parte de uma estrutura hierárquica separada em níveis de atendimento, no qual a atenção primária à saúde é priorizada. Starfield (2002) explica que:

Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Este arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção, cada um com um setor de atenção médica primária identificável e em funcionamento (STARFIELD, 2002, p. 30).

Essa estratégia balizou os debates nas arenas políticas internacionais, que na Assembleia Mundial de Saúde de 1977 se cogitou a atenção primária como estratégia para os governos adotarem para que até o ano de 2000 os cidadãos pudessem elevar o índice de saúde de modo a propiciar uma melhor qualidade de vida e uma maior produtividade econômica (STARFIELD, 2002). Outro marco importante para essa estratégia no setor da saúde foi a Declaração de Alma-Ata (1978). Essa declaração foi assinada na Conferência Internacional sobre Cuidados, realizada em setembro de 1978, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga URSS, num evento que contou com a participação de 134 países e mais 67 organizações internacionais.

A Declaração de Alma-Ata enfatiza a atenção primária à saúde, e aborda as seguintes questões: a elevação do nível de saúde como meta social para o mundo e participação de todos os setores; a diminuição da desigualdade no acesso à saúde; a premissa de que o desenvolvimento econômico e social deve atender também a promoção e a proteção à saúde; a adoção da meta de elevar o nível de saúde da população até o ano 2000; a atenção primária como prioridade no Sistema de Saúde dos países.

Pode-se apontar, portanto, que o modelo britânico se torna hegemônico e passa, assim, a fazer parte das referências globais para a saúde no mundo capitalista. Em que pese a meta de ampliação do acesso à saúde e o discurso democratizante, reproduz a contradição entre o público e o privado, que coloca o sistema sob a lógica dos interesses econômicos.

Ao olhar apenas para o processo histórico que deu origem ao Sistema de Saúde britânico e tantos outros, como o SUS, essa contradição, presente nas relações de poder do setor, é ocultada para que tal política torne-se referência global. Nesse sentido, independente da ideia que o indivíduo faça da sua realidade, essa política leva a entender que as necessidades básicas da população serão atendidas e permite a reprodução da lógica dominante sobre a ação pública. Ao reproduzir essa política como um ideal para o setor, sem considerar as particularidades próprias da realidade local, o Estado se integra a política global para a saúde e o profissional da saúde torna-se o mediador do processo.

O sistema de saúde nacional passa então a ser uma pauta prioritária da agenda política do Estado, mas a sua elaboração, como apontado por Paim (2009), também é fruto do que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento agrupou os médicos e outros profissionais da saúde contra as diretrizes impostas na Ditadura Militar, que à época era responsável pela administração do Estado. Ao analisar os documentos legais do Estado brasileiro, percebe-se que a agenda política do Estado seguia uma forte orientação pragmática, em que os acordos internacionais serviam como referências para as ações públicas locais. Desse modo, pode-se apontar que a pauta foi definida pelas ideias globais para o setor, cabendo ao Estado brasileiro priorizar na sua agenda política e fomentar os debates nas arenas políticas de modo que os profissionais e os grupos de interesse pudessem formar a hegemonia conectada a estrutura de poder. Essas arenas, portanto, são os lugares onde ocorrem a disputa por hegemonia no setor, uma hegemonia balizada pela referência global e pela necessidade de agir local. Como as ideias globais determinam as ações públicas para os setores da sociedade, quanto mais os agentes políticos locais conseguem se aproximar

dessas ideias, ao pensar na execução local, mais são as chances de uma determinada política ser implementada para atender as necessidades da população.

Muller (2018) aponta que as sociedades complexas partem da ideia de desenvolvimento social fundado na autorreflexão das ações públicas anteriores. Esse tipo linear de desenvolvimento a partir do processo de ação pública é atravessado pelas complexas redes de relações sociais de poder, nas quais os grupos dominantes determinam as estruturas e os papéis sociais, ocultando a lógica global de poder nelas cristalizada. A lógica dominante serve assim para cegar os indivíduos de suas próprias realidades, condicionando-os a reproduzirem os padrões dominantes socialmente compartilhados.

Dessa forma, as ações públicas são percebidas em movimento linear a partir da lógica dominante, assim como o desenvolvimento social é percebido. Por essa ótica linear constrói-se a ideia de progresso e de atraso, em que as referências globais são postas como o progresso a ser adotado e as experiências locais o atraso que deve ser superado. Assim, os indivíduos anulam seus passados e suas próprias realidades, incorporando o passado e a realidade do grupo dominante (MIGNOLO, 2000, 2010, 2012). Como a colonialidade do poder fica oculta, as experiências locais são vistas a partir de um movimento linear da história única de um grupo dominante. Assim, as políticas públicas locais seguem um ciclo de ações públicas a partir de um contexto global hegemônico que serve como referência.

Quando se analisa as relações de poder no setor de saúde brasileiro o que se percebe é um setor colonizado, em que se prioriza as pautas para ações públicas a partir do projeto global de poder com as suas determinadas referências hegemônicas. É importante pontuar que os indivíduos exercem papel protagonista na reprodução dessa estrutura de poder que incide sobre eles próprios, a partir do controle da economia, da subjetividade e do conhecimento.

Partindo dessa perspectiva, o SUS pode ser considerado um produto da autorreflexão de políticas anteriores determinado pelas referências globais. Essas referências se justificam nas necessidades locais da população e se legitimam no papel do Estado em agir sobre essas demandas. Quanto ao problema público, é selecionado e tratado conforme as referências globais que formam sentido para os tomadores de decisões e estabelecem fronteiras cognitivas e normativas para o setor. O SUS é, nesse ponto, uma solução que a categoria médica pôde interpretar sob tais referências na ocasião das Conferências Nacionais de Saúde. Sendo assim, pode-se concluir que existe ligação entre a ação local e a lógica dominante global.

O SUS, como produto dessa lógica, reproduz as contradições e as dialéticas que constituem e determinam o setor. Realidade que é oculta sob a luta de movimentos populares

que buscavam democratizar o acesso à saúde em um período que o Brasil estava submetido a um Governo ditador de cunho militar. Isso torna a realidade brasileira mais difícil de ser interpretada, porque além da lógica dominante que cega o indivíduo da sua própria realidade, como ocorre na centralidade do sistema capitalista global, a lógica da colonialidade apaga o passado dos indivíduos, ao mesmo tempo que impõe uma determinada realidade para manter a estrutura dominante. De outro modo, a autorreflexão não parte da experiência local, mas sim das referências globais, como também, a ação pública local, apesar de ser balizada pelos problemas sociais, não buscam resolver esses problemas, mas sim manter a estabilidade da estrutura dominante.

É nessa dialética que se constrói a ideia de desenvolvimento e de progresso social, em que a estrutura do poder se reproduz a custo da sociedade. Se for levado em consideração que a lógica dominante distorce a realidade dos indivíduos, ao ponto que a percepção de um determinado problema se dá a partir dessa lógica (MARX; ENGELS, 2007), mesmo que sirva para o indivíduo como um ponto de partida (GRAMSCI, 2007, 2011) e de formação cognitiva (MULLER, 2018), a contradição presente na ideia de desenvolvimento e de progresso social pode ser vista como base para formação dos movimentos populares. Escapar dessa determinação exige romper com o paradigma vigente que a hegemonia dominante estabelece. Isso significa reformatar as estruturas de dominação por meio da construção de uma contra hegemonia na sociedade, caso contrário a luta dar-se-á meramente no campo da reprodução, em um processo de anulação das particularidades locais para alinhamento a um movimento global.

Dentro dessa lógica, pode-se apontar que as soluções adotadas têm a finalidade de manter o domínio no setor de modo que seja possível impor determinadas transformações que atendam ao interesse econômico e ao grupo dominante e dirigente, e o atendimento das demandas da sociedade, por mais que aconteçam, será sempre de forma parcial. Os avanços e retrocessos nesse campo estão articulados com os interesses econômicos e políticos envolvidos. Portanto, a ideia de democracia e de saúde pensada a partir da lógica do sistema capitalista global não leva os indivíduos a terem mais poder na estrutura do Estado ou mais acesso a saúde, mas sim vários níveis de mediação com o poder e um acesso à saúde proporcional que permita o desenvolvimento econômico e a segurança sanitária da elite. E a partir dessa lógica que se aceita a exploração do setor e a transformação da saúde em um produto comercial, no qual a democratização da saúde não significa saúde gratuita para todos, mas significa liberdade para todos comprarem esse produto.

Essa exploração econômica se agrava por meio do empreendedorismo por parte da categoria médica, que na sua atividade liberal ou empresarial, faz uso da sua autonomia na determinação do consumo dos serviços e dos produtos disponibilizados pela indústria da saúde (PAIM, 2009). Essa determinação do consumo por parte da categoria médica é utilizada pelo poder econômico como forma de expandir o domínio no setor e assim condicionar as ações públicas e as ações médicas a partir das necessidades dos indivíduos. Como exemplo, o serviço suplementar, que pode ser representado pelos planos de saúde coletivos e particulares, exerce o poder sob as ações dos profissionais, tornando a saúde um produto e esse setor um mercado.

O poder econômico age também na indústria da saúde, no qual os profissionais da saúde são submetidos a um ciclo de dependência de tecnologias disponíveis para o setor. Assim, essas tecnologias, representados por equipamentos, métodos, técnicas e medicamentos, são tratadas como soluções que não podem ser desassociadas da ação profissional. Essa dependência é reforçada pelo modelo de formação profissional, pela atuação profissional no setor e pela ideia de desenvolvimento e de modernidade que as tecnologias da indústria da saúde promovem.

Com as transformações sociais e as formas de atuação do Estado surgidas a partir da lógica empresarial, que passa a dominar as relações sociais a partir da década de 1990, surge aos poucos, no meio social, a ideia de que o SUS, apesar de novo, precisa ser modernizado para melhor se adequar a estrutura do Estado e a necessidade da população. Esse tipo discurso segue o mesmo direcionamento da ideia de “aprofundar” a democracia, porque promove uma nova orientação cognitiva e normativa, que não atende aos problemas sociais, mas sim reprodução do poder dominante. Portanto, a ação do Estado fica condicionada a esse interesse no qual romper com a política estabelecida não impedirá a reprodução do poder, pois promoverá apenas uma readequação das estruturas.

Essa estrutura condiciona os indivíduos por meio do atendimento mínimo as suas necessidades básicas, colocando-os assim, em uma posição de inação quanto a mudança da sua realidade, para que dessa forma se possa impor uma determinada lógica, que de várias formas os indivíduos reforçam e reproduzem. Malvezzi, Ogata, Oliveira e Campos (2021) apontam que por um lado, os usuários do SUS possuem alguns elementos de apropriação dessa política social, relatando assim terem acesso as informações e ao conhecimento da lógica de utilização, atribuem dessa forma “valor de uso a esse sistema na medida em que veem respondidas suas necessidades de cuidado à saúde” (p. 11). Por outro lado, afirmam os autores, esses usuários deixam de ser agentes políticos de mudança e passam a reproduzir “a

força do modelo sociopolítico hegemônico, neoliberal e conservador, no qual a maioria da população está submetida” (p. 12)

Malvezzi, Ogata, Oliveira e Campos (2021, p. 12) concluem: “Ainda que os pressupostos do SUS apontem mecanismos para sua consolidação como política pública social, fica evidenciada a distância desse objetivo, permanecendo como desafio a sua apropriação pela sociedade”. A partir dessa conclusão, pode-se questionar até que ponto as políticas sociais são postas para sociedade de modo que resolvam seus problemas e sirvam para sua emancipação. Se as políticas sociais não atendem esse objetivo, então o que elas estão atendendo? Se pensarmos que o Estado e seus mecanismos de ação na sociedade são constituídos a partir dos grupos dirigentes e dominantes, como também ao grau de subalternização a outros Estados, pode-se concluir que as questões sociais são estratégicas para manter uma determinada estrutura de poder na sociedade, evitando assim a contestação dessa ordem e a reprodução desse poder.

Em uma perspectiva de ruptura com a colonialidade dessa ordem e poder, o Estado cubano apresenta resultados mais positivos no setor da saúde, no qual a liberdade na construção de referências para o setor local demonstra a capacidade de subsumir a referência dominante a realidade local. Diferente de Cuba, o Estado brasileiro adotou caminhos que buscavam a segurança nas referências globais, levando assim a uma maior dependência e submissão da ação local a essas referências. Isso determinou as estratégias para o setor e nesse ponto, a estratégia da atenção primária à saúde tem um papel importante na estruturação e na direção adotada para as políticas de saúde, pois torna-se uma demanda básica do SUS como forma de implementar as ações no setor e se manter como uma política social sustentável para saúde pública.

4.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DO SUS

A estratégia da atenção primária à saúde (APS) norteou as ações estratégicas do SUS à medida que esse sistema incorporou o modelo de níveis hierárquicos de atendimento à saúde, no qual o sistema de saúde britânico é posto como referência global. Como foi visto, esse processo decorre da sujeição das políticas sanitárias locais às referências dos países ricos e a formação cognitiva e normativa imposta ao setor. É importante perceber que as soluções adotadas servem apenas para determinados problemas que a hegemonia global busca tornar homogêneo em todo o setor, desconsiderando assim a realidade local.

Antes, contudo, de avançar nessa análise é necessário apresentar o contexto no qual essa estratégia tornou-se dominante. Para isso, é importante pontuar que para entender com profundidade o SUS é necessário entender a APS como um elemento central dessa estrutura do setor da saúde, para assim, revelar que as políticas públicas implementadas no âmbito da atenção primária atendem a forma como o SUS foi concebido. Que no primeiro momento pode-se apontar que as políticas no âmbito da APS representavam maior objetividade e regulação do gasto público, mas no segundo momento, com a adoção do Programa Mais Médico, representou um elemento central para sustentabilidade do SUS.

Como visto anteriormente, Muller (2018) aponta que os países ricos passaram pelos ciclos de ação pública com maior ou menor grau de participação. Segundo o autor, esse ciclos são: liberal-industrial, Estado-providência, Estado-empresa e governança-sustentável. Fazendo um paralelo entre esses países e o Brasil, não tivemos o ciclo Estado-providência, haja vista a incapacidade do Estado brasileiro de atender as expectativas econômicas e sociais na época da Ditadura Militar. Como o desenvolvimento social foi orientado pela ideia de progresso advinda da industrialização e posteriormente do empreendedorismo como forma de substituir o papel do Estado sobre os problemas sociais, o modelo Estado-empresa pareceu ser mais atraente para referências das políticas locais brasileiras.

É fato que a organização do setor da saúde acontece historicamente em escala global, situação promovida por meio de um ambiente para os Estados compartilharem experiências e definirem estratégias conjuntas sob a lógica dominante. Isso não serviu só para estabelecer um ambiente multilateral para formação de hegemonia, mas também para ser a base na qual as ações deveriam derivar em um processo integrado, visto que a saúde é uma questão global para a hegemonia global dominante. Nesse processo, o setor da saúde brasileiro conseguiu avançar na adaptação necessária das referenciais globais, com uma pactuação impulsionada pelo poder econômico e pela necessidade de segurança sanitária nos países ricos. Assim, o setor se constitui sob uma perspectiva que determina a forma de agir e de desenvolver.

Com a redemocratização iniciada na década de 1980, o processo de alinhamento com essa lógica dominante pôde ser mais bem trabalhado, já que a estrutura estatal pôde ser mudada mais facilmente por meio da pressão social e da ação econômica, de forma que a transformação se acelerou e foi absorvida como algo natural e não como algo imposto pelo interesse dominante. Embora a década de 1980 no Brasil tenha sido de conquistas importantes, como a Constituição Federal de 1988 e a implementação do SUS, levando a criação de expectativas na sociedade com relação aos rumos das políticas públicas sociais, como a saúde e a educação, do ponto de vista internacional se acelerava uma mudança de

paradigma, em que a perspectiva do Estado-providência (*Welfare State*) era abandonada, e se instalava a hegemonia da lógica empresarial, pautada nos interesses do mercado financeiro. Essa situação não tardou a chegar e se tornar referência para as ações públicas no Brasil, assim como nos demais países periféricos.

Essa mudança de paradigma aconteceu no contexto de fim da guerra fria, em função do desmantelamento da União Soviética, associada à queda do Muro de Berlim, em 1989, situações que alteraram a geopolítica mundial e foram o mote para a mudança na relação entre o Estado e a sociedade, pondo fim ao chamado liberalismo social, cuja lógica era o Estado-providência (*Welfare State*). Assim, os Estados mudaram o ciclo de ação pública, adaptando as novas referências do Estado-empresa, com a lógica em torno da objetividade, do retorno e da limitação do gasto público.

O ciclo Estado-empresa teve como referência hegemônica global os EUA. Essa referência ficou conhecida como Consenso de Washington⁹, porque foi construído com base na ideia de desenvolver a economia mundial sob a imposição de certas medidas aos Estados submetido à hegemonia americana (WILLIAMSON, 2008). Tal hegemonia, em plena articulação mundial, condicionava os Estados, que perderam seu protagonismo no processo de definição das políticas públicas e passaram a absorver as novas orientações para o setor. De início, essas referências, como no caso do Consenso de Washington, foram direcionadas aos países mais pobres, como os Estados latino-americanos, que tinham pouco poder de ação e muitos problemas sociais pendentes. Essas referências serviam para impor uma agenda de políticas públicas que transformasse os setores de atuação do Estado e a forma como o Estado se relaciona com a sociedade por meio das ações públicas nos setores sociais.

Algumas das medidas propostas nesse contexto foram adotadas pelo Brasil com menor ou maior intensidade, enquanto outras ainda estão na agenda política para serem implementadas. Mas o importante aqui é pontuar que essas ideias foram amplamente divulgadas e defendidas, de modo a formar o imaginário dos indivíduos, ou seja, o sistema cognitivo pelos quais passam a entender, a julgar e a agir conforme uma determinada hegemonia global.

⁹ O termo “Consenso de Washington” foi cunhado por John Williamson em 1989, com propostas para as políticas econômicas que os países latino-americanos deveriam adotar (WILLIAMSON, 2008). Para ajudar os países a superarem as dificuldades financeiras, Williamson propôs dez medidas que deveriam nortear as agendas de políticas públicas dos Estados latino-americanos, tidos por esse autor como “devedores”. Essas medidas são: disciplina fiscal; redirecionamento dos gastos públicos para serviços essenciais ao crescimento econômico; reforma tributária; taxas de juros sem intervenção estatal; taxas de câmbio favorável ao comércio; livre comércio; liberação do investimento estrangeiro direto; privatização; desregulamentação do mercado; e segurança jurídica para os direitos de propriedade privada (WILLIAMSON, 2008).

Dessa mesma forma, a ação pública setorizada segue uma determinada direção, sob a lógica dominante e a referência global hegemônica. Neste contexto, grupos com maior poder econômico são capazes de agir sobre as referências globais, impondo assim sua própria hegemonia e seus valores civilizatórios, que tornam o desenvolvimento das políticas públicas um processo histórico global e linear. Esses grupos podem ser identificados a partir da ideia de comunidades epistêmicas. Haas (1992) explica que as comunidades epistêmicas são fontes desse processo de legitimidade e se justificam quando ocupam o papel de orientação das ações públicas. As ideias difundidas por esses grupos no meio acadêmico e profissional agem tanto na objetividade e na formação de conhecimento, quanto no processo de ação local.

Também é por meio dessa comunidade epistêmica que as estratégias são formuladas e foi desse modo que a Atenção Primária a Saúde (APS) foi absorvida pelo setor da saúde, como uma estratégia que se justifica na necessidade de atendimento social e de organização do sistema de saúde. As comunidades epistêmicas dos países ricos agem sobre as referências globais e por isso tornam-se referências na produção e no controle do conhecimento e da subjetividade.

A APS foi pensada na atuação objetiva da ação pública e na racionalidade no uso dos recursos (técnicos e humanos), isso significa que é uma estratégia de menor custo e de maior foco nos problemas considerados pelo setor. Essa estratégia busca associar o processo de tratamento e de cura, que antes da APS eram tratados de forma separada, levando os Estados a um maior gasto no setor, mas também busca resolver os problemas de atenção à saúde nas grandes cidades de modo que torne o sistema de saúde mais sustentável. Segundo Campos e Pereira Junior (2016):

A estratégia para implementação da Atenção Primária no SUS pode ser classificada como sendo um “método indutivo”, em que se buscou criar demanda pelos novos programas mediante estímulo financeiro e de propaganda sobre o mérito sanitário da nova proposta. Não houve planejamento sistêmico, a programação de recursos ocorria conforme a adesão estimada de municípios interessados. Dentro desse enquadre não foi possível orientar a implementação progressiva da Atenção Primária obedecendo à diretriz da equidade, isto é, elegendo prioridades segundo populações e regiões mais ou menos vulneráveis (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 2656).

Sendo posta a APS como melhor estratégia dentro dessa hegemonia global para tratar os principais problemas do setor da saúde, foi necessário estruturar e orientar as ações do sistema nacional de saúde de modo a promover essa porta de entrada para os indivíduos acessarem os serviços de saúde promovidos pelo Estado. Essa estratégia foi construída sob uma lógica liberal, na qual a comunidade epistêmica construiu a sua base teórica.

Nesse contexto, pode-se identificar que a APS surge na elaboração do Relatório Dawson, por ocasião da formulação do sistema de saúde britânico e vira referência a partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, como uma estratégia global a ser seguida pelos Estados nacionais no setor da saúde. Assim, na constituição do SUS, em 1988 e na sua implementação, em 1990, a APS é a estratégia central para uma política pública com maior objetividade e menor gasto público. Dessa forma, as políticas surgidas nessa dimensão que abordam a atenção primária foram priorizadas, como é o caso do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) em 2002 e o Programa Mais Médicos em 2013.

O PSF é uma proposta para atenção primária à saúde criada no âmbito do SUS para integração de ações já estabelecidas por meio de equipes multidisciplinares. Essas equipes acionam os serviços de saúde por meio das interfaces institucionais disponíveis, integrando assim os serviços existentes à necessidade da população. Essa proposta para APS promove uma integração do sistema ao mesmo tempo que amplia o acesso à saúde. Paim (2009, p. 76) explica que nessa estratégia ocorre “a integração entre ações preventivas e curativas para cada seiscentas mil famílias em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes constituídas, basicamente, por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)”. Nessa estratégia, os agentes comunitários de saúde têm o papel de protagonista, pois cabe a essas pessoas interagirem com os indivíduos nas comunidades onde moram e atuam, criando condições para atuação dos demais profissionais da saúde. Para Paim (2009, p. 76) foi a partir da percepção de que o ACS “é um elo cultural do SUS com a população” que institucionalizou essa estratégia e, com isso, surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde vinculado a Unidade de Saúde da Família (USF).

Dessa forma, o PSF passou a ser priorizado e expandido, saindo de uma cobertura de 4,4% da população em 1994 para 37,9% em 2004, tendo em 2006 a sua consolidação como estratégia básica para a saúde (PAIM, 2009). Em 2002 o Banco Mundial (BIRD) passa a apoiar o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) para se alcançar as seguintes diretrizes: avançar no processo de descentralização; integralizar e hierarquizar os serviços disponíveis no setor da saúde; territorializar e cadastrar a população; participar do controle social; e atender com base em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2003). A expectativa era de ampliar os atendimentos, no sentido de alcançar a meta de 60% da população em 2010.

Em 2003 o Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) ligado ao Ministério da Saúde buscava uma maior coordenação e descentralização dos serviços de saúde, surgem

assim várias iniciativas como a Política Nacional de Humanização ainda em 2003¹⁰ e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em 2008 (CAMPOS *et al.*, 2014). Essas ações mostram a tentativa de ruptura com a estrutura dominante, mas também apresentam como as diversas ações de ruptura servem para fortalecer o desenho institucional do setor. Assim, por mais que essas iniciativas favoreçam o surgimento do PMM em 2013, elas também são o motivo para que a mudança proposta pelo PMM seja conectada as referências globais e não a realidade local.

Como exemplo, pode-se apontar que a proposta de acolhimento advinda da Política Nacional de Humanização “tem um potencial de ativar o processo de medicalização social numa dimensão microssocial e local” (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p. 3616). Isso significa que a estratégia de acolhimento contribui para o aumento da medicalização, pois nesse processo tanto o profissional da saúde, quanto o paciente, priorizam o tratamento de problemas por meio de exames, diagnósticos, tratamento e outros procedimento que muitas vezes podem ser evitados.

Conforme apontado por Tesser, Poli Neto e Campos (2010):

[...] alguns profissionais, por maior contato com o contexto de vida dos usuários (principalmente Agente Comunitário de Saúde e técnicos de enfermagem), têm um potencial maior para uma abordagem ampliada desses problemas, trazendo elementos da vida familiar e social, em alguma medida favorecendo a desmedicalização do diagnóstico e da terapêutica, ao relativizar a abordagem biologicista (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p. 3622).

Os autores apontam que os médicos poderiam, embora não o façam, contribuir com a diminuição da medicalização social por meio de informações claras que diminua a ansiedade e o medo dos usuários, mas que também permita que o ambiente da APS tenha “contato com a cultura popular e técnicas e curadores não científicos, muitos dos quais podem proporcionar interpretações e cuidados de baixo risco, culturalmente adequados, acessíveis e por vezes surpreendentemente eficazes” (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p. 3622).

Essa situação é fruto de um contexto histórico, no qual a Reforma Sanitária deu aparência de rompimento, mas que significou o fortalecimento da lógica privada. Campos (1988) explica que isso ocorreu porque a:

[...] hegemonia do padrão medicalizante de serviços, centrado na assistência médica individual, na valorização excessiva da “propriedade privada” e no atendimento curativo da demanda, terminou por transferir para as redes básicas municipais o

¹⁰ Para mais informações ver: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. **Site do Governo Federal**. Brasília, 28 julho. 2017. Disponível em: <

modelo assistencial do “pronto-atendimento”. Nem de longe esse modelo se aproxima do conceito de integralidade das ações da saúde, tão presente no discurso oficial. Pelo contrário, mantém as ações de promoção e de prevenção restritas às campanhas e à vigilância epidemiológica – quando existem – exatamente como nos velhos tempos (CAMPOS, 1988, p. 194).

Dessa forma, ainda que o PROESF tenha grande significado no sentido de ampliação do acesso aos serviços de saúde, as dificuldades em alcançar esse objetivo estava além dos recursos disponíveis à época, porque a lógica de atuação profissional, a falta de profissionais da saúde e a baixa disponibilidade desses profissionais atuarem em localidades afastadas dos grandes centros urbanos impõem uma difícil realidade a ser encarada pelo setor. Esses problemas locais são reflexo da lógica de atuação no setor, que é pensada a partir de valores das sociedades urbanas, valores capitalistas, individualistas, liberais e homogêneas em detrimento dos valores das sociedades rurais, em geral mais coletivistas e heterogêneos.

Pensando para além desses fronteiras externas, pode-se apontar que no interior das sociedades urbanas existem fronteiras internas que dividem em seu interior os indivíduos indesejados e invisibilizados, mas necessários para essa estrutura de poder. Por isso, a desigualdade ocorre também na periferia das grandes cidades, onde o PSF não conseguiu se estabelecer ou se estabeleceu, foi de forma demasiado precária (PAIM, 2009).

Essa demanda por serviços de saúde na periferia e nas cidades afastadas dos grandes centros urbanos impõe para o governo a busca pelo desenvolvimento de ações no setor. Nesse sentido, o Governo, no contexto das relações globais, busca suporte nas organizações internacionais, dispostas a estimular o que chamam de cooperação técnica entre países, processo que, de modo geral, se dá com hegemonia dos interesses econômicos ligados ao setor. Assim, a transferência de tecnologia entre países é posta como um importante instrumento para se resolver problemas similares com soluções já testadas. Nesse sentido, as referências para o setor são mantidas, e o processo de ação pública continua alinhado com a hegemonia global.

É importante pontuar que o fato de as referências usadas nas soluções para os problemas de saúde estarem articuladas e afinadas com as propostas globais, isso não significa dizer que não tenham certo grau de comunhão com as necessidades da realidade local, de forma que a implementação da APS no Brasil poderia resolver em grande parte os problemas da população. Ocorre que, sequer, esse sistema foi implementado de forma a funcionar adequadamente, seja por falta de equipamentos técnicos, seja por falta de profissionais adequados, seja por ambos os problemas. Soma-se a isso os problemas decorrentes de uma formação profissional com muitas precariedades, cuja centralidade não é a

humanização do Sistema de Saúde, o que acaba por ser um empecilho para a funcionalidade do sistema, de forma que, do ponto de vista das necessidades da população, a situação permanece sem uma solução minimamente adequada e satisfatória.

Exemplos disso podem ser vistos com frequência nas mídias, como o fato, público e notório, de que as pessoas, ao precisarem de atendimento de alta complexidade, podem ficar meses nas filas sem conseguir atendimento, quando precisam no Sistema de Saúde público. Pode-se apontar que o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) contribuem para diminuir as filas nos hospitais à medida que o trabalho com atenção básica reduz o número de pessoas que precisam de atendimento de alta complexidade. Por outro lado, como esses programas não atingem todas as localidades e como a referência da população para obter um tratamento de saúde é o Hospital, não é difícil concluir que o problema das filas em hospitais estão além de somente trabalhar a APS. É necessário uma completa mudança de paradigma do setor, de modo que a população seja direcionada a incorporar a ideia de prevenção no cuidado com a saúde e os hospitais deixem de ser a referência e deixem de centralizar os atendimentos à saúde da população.

Como a saúde vem sendo tratada cada vez mais como um produto de mercado, logo as políticas de Estado no âmbito da APS tendem, muitas vezes, a servirem para a iniciativa privada ofertar novos serviços e assim aproveitam a estrutura do setor que foi construída pelo Estado com base na necessidade da população. A título de exemplo, temos a situação das filas de espera em São Paulo. De acordo com notícias veiculadas em mídia nacional, a fila de espera por procedimentos requeridos por médicos para indicação de tratamento aos pacientes, em 2016 acumulava mais de 485 mil requisições na cidade de São Paulo. Segundo Stochero (2017)¹¹, a prefeitura fez uma parceria com hospitais privados para realizarem 20% dos exames, enquanto os hospitais públicos realizariam os outros 80%, a um custo de 17 milhões, ainda assim, em 2017 a fila dos agendamentos permanecia e contava com 88 mil exames, mesmo com a meta de espera entre 30 e 60 dias. Pinho e Estarque (2018)¹² relatam que em 2018 a fila passava de 163 mil, sendo 130 mil a mais de 60 dias na espera, além disso, foi percebido também uma fila nas consultas, no qual mais de 687 mil estavam na espera e mais

¹¹ STOCHEIRO, Tahiane. Doria gasta R\$ 17 milhões para zerar fila de exames; 88 mil de 2017 ainda aguardam. **G1 – Globo**. São Paulo, 04 abr. 2017. Disponível em: < <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/doria-gasta-r-17-milhoes-para-zerar-fila-de-exames-88-mil-de-2017-ainda-aguardam.ghtml>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

¹² PINHO, Angela; Estarque, Marina. Doria deixa herança de filas de exame e consulta fora de prazo prometido **Uol – Folha de São Paulo**. São Paulo, 16 maio 2018. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/05/doria-deixa-heranca-de-filas-de-exame-e-consulta-fora-de-prazo-prometido.shtml>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

de 647 mil acima do prazo. Esses dados referentes a maior cidade do país, que conta com um sistema mais robusto e organizado dão uma mostra do sistema como um todo.

A estratégia de atenção primária à saúde (APS) existe como modelo de atenção à saúde da população em diversos países. Nesse sentido, a estratégia trabalhada em Cuba tem sido reconhecida como modelo pela Unesco, OPAS/OMS, entre outras instituições, mostrando que é possível integrar o médico a comunidade, cuja atuação tem grande impacto, independentemente das tecnologias disponíveis e do volume de investimentos do Estado para desenvolver o setor. Como a referência para o Estado Cubano não é a lógica capitalista, logo o profissional é formado para ser integrado a comunidade e para ser um agente que promove a saúde da comunidade, assim, a necessidade econômica de explorar o setor ou a lógica do profissional liberal é deixada de lado em função da sociedade e da referência criada pelo Estado. Dessa forma, o profissional passa a entender que a sua integração junto à comunidade é o objetivo principal, ao contrário da lógica capitalista que faz com que o profissional busque se integrar ao mercado no processo de desenvolver a si, sua carreira e a economia a partir de soluções importadas para os problemas sanitários. Em ambas as lógicas apontadas, o profissional busca se adequar ao padrão hegemônico e a partir disso atua de forma a transformar o setor e o seu papel na sociedade. No caso em questão, o diferencial é o padrão hegemônico.

4.3 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS - PMM

Segundo Santos e Melo (2018, p. 90) o Sistema da Saúde cubano “passou por três modelos: o policlínico integral (1964-1974), o policlínico comunitário (1974-1984) e o modelo cubano de medicina familiar (desde 1984)” que permanece até hoje. Ainda segundo os autores, esse sistema “é único, descentralizado, com financiamento totalmente público e orientado por sete princípios” (SANTOS; MELO, 2018, p. 90), são eles: caráter estatal e social da medicina; orientação profilática; acessibilidade e gratuidade geral; integralidade e desenvolvimento planejado; unidade entre ciência, docência e prática; participação da população; e internacionalismo.

É importante pontuar que ao absorver um novo referencial, como ocorre no Estado cubano após a revolução de 1959, os recursos deixaram de favorecer a estrutura do poder econômico e passaram a atender as necessidades da população. Sendo assim, pode-se apontar que esse referencial deixa de ver a saúde sob a ótica do desenvolvimento econômico, no qual a lógica da concorrência de mercado e do processo de inovação orienta as ações no setor, e

passa a ver a saúde como um fator de necessidade humana e social. Com isso, os recursos técnicos e humanos são disponibilizados e trabalhados a partir da própria comunidade. Segundo Campos e Pereira Junior (2016, p. 2659): “Os médicos originários de Cuba, ao contrário da maioria dos médicos brasileiros que trabalham na Atenção Básica, tinham formação e experiência específica na Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade”.

Esse referencial dos médicos cubanos contrasta com a lógica hospitalocêntrica, com as luxuosas clínicas médicas, com serviços de saúde modernos e com a posição de poder que a categoria médica tem na sociedade brasileira. Considerando, entretanto, que a exploração privada no setor da saúde busca maior eficiência e eficácia para assim, aumentar a produtividade e diminuir o custo na produção, logo o modelo cubano de medicina familiar poderia servir ao projeto de exploração econômica do setor, na medida em que estabelece novas formas de atuação local. Essas formas são o uso de recursos locais na atuação profissional e a troca de experiências entre os profissionais e a comunidade, vistos, a partir da lógica empreendedora, como uma inovação capaz de reduzir os custos e aumentar a produtividade, gerando assim maiores resultados que as referências estabelecidas para o setor e sendo assim mais condizentes com a referência globais, como o Estado-empresa e o Estado-sustentável apresentado por Muller (2018).

A lógica da objetividade e do resultado na ação pública é vista por Muller (2018) como a base para os estudos de políticas públicas dos EUA e motivo pelo qual os agentes políticos passaram a avaliar as ações públicas de seus governantes. Usando esse critério de análise, ou seja, uma avaliação que priorize a objetividade e o resultado, as ações do Estado brasileiro não deram conta de prover soluções para integrar os médicos as comunidades e para construir diversos centros de atendimento conforme as referências para o setor.

Apesar do apoio e do financiamento dos países ricos, como ocorreu com o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família) que foi financiado pelo BIRD em 2002, no sentido de fomentar políticas próprias para o setor em um esforço global, já que a saúde é um dos elementos básicos para o desenvolvimento econômico, a falta de recursos humanos capacitados e disponíveis para atuarem em todo território brasileiro é um impeditivo para o avanço de políticas públicas no setor da saúde. Nesse ponto, o poder público poderia pensar em um estímulo financeiro para o setor de modo a aumentar os recursos pagos aos profissionais da saúde, motivando-os a atuarem em localidades mais afastadas dos grandes centros urbanos ou nas periferias das grandes cidades. Talvez essa solução não seja a mais indicada, podendo até ser malvista pelo mercado, já que a lógica do poder econômico tende a

desvalorizar o profissional por meio da divisão do trabalho e do conhecimento de modo que o indivíduo seja reificado no processo produtivo.

De todo modo, a proposta do Governo brasileiro de fazer uma parceria com Cuba, em 2013, foi a alternativa usada para o setor, que atende as referências globais e que permite a ampliação do atendimento das necessidades locais. Essa cooperação adotou o intercâmbio de profissionais da saúde como forma de absorver as técnicas e as estratégias do Estado, integrando os profissionais da saúde nas comunidades locais. Para tanto, seria necessário que a categoria médica brasileira passasse por uma reorientação cognitiva e normativa, para absorver assim um novo referencial a partir da periferia do sistema capitalista global. Outrora, esse processo foi realizado na formação do capital humano brasileiro, iniciando no Brasil Colônia com a formação em Portugal e mais recentemente com a continuação dos estudos dos médicos brasileiros na Europa ou nos EUA.

A diferença aqui só é percebida por meio da relação de poder, pois a cooperação Norte-Sul, ou seja, do centro para periferia, condiciona o Sul a partir da hegemonia do Norte, já a cooperação Sul-Sul, da periferia para a periferia, poderia promover uma ressignificação da ação local a partir de realidades compartilhadas entre os países periféricos.

Apesar de a cooperação ter sido realizada entre dois países do Sul, não envolvendo assim os países ricos do Norte, dando a entender que essa cooperação estaria livre de todo o controle e o domínio presente em uma relação com os referenciais dominantes no Norte, isso só poderia existir de fato se as relações brasileiras não fossem de subalternidade as políticas dos países ricos. É importante pontuar que essa situação de subalternidade não é o caso de Cuba, que rompeu com a colonialidade dos países ricos do Norte, apesar de se alinhar com outra potência, mas é o caso do Brasil, que busca se inserir no contexto internacional idealizando ser um país do Norte, mas nunca saindo da subalternidade. Rompendo com esse ideal, a ação pública brasileira poderia ter aproveitado melhor essa cooperação para impor um novo ciclo de ação.

O Programa Mais Médicos (PMM) é fruto dessa cooperação Sul-Sul entre Brasil e mais 40 países, tendo Cuba como principal parceiro nesse programa (BRASIL, 2015). Esse programa nasce como uma política pública com a proposta de levar os médicos para várias localidades do Brasil que estavam fora do PSF e em localidades periféricas desassistidas pelo poder público, em que o PSF não conseguiu se estabelecer.

O PMM surgiu por meio de uma Medida Provisória em 2013, atendendo assim a parte das demandas populares reivindicadas nas manifestações de junho daquele ano. Devido à pressão popular e a prioridade política por essa agenda vinda da sociedade, não demorou

muito para o Governo da Presidenta Dilma Rousseff mobilizar a sua base de apoio no congresso para aprovar a Lei nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013, substituindo assim a Medida Provisória nº. 621, implementada em julho do mesmo ano (BRASIL, 2013).

As diretrizes adotadas por esse programa são: (i) reduzir a desigualdade de médicos por região; (ii) priorizar à atenção básica; (iii) formar o médico sem desassociar a formação do conhecimento a aplicação prática; (iv) formar os médicos com a prática nas Unidades de Atendimento do SUS; (v) criar a cultura de educação permanente aliando a educação superior como supervisora das atividades médicas; (vi) valorizar a troca de experiências entre médicos estrangeiros e brasileiros; (vii) melhorar a formação médica via conhecimento e prática nas Unidades do SUS para atuação nas políticas públicas de saúde; e (viii) proporcionar formação de conhecimento pela pesquisa e publicação de trabalhos acadêmicos aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013).

As propostas contidas nessa ação política do Governo dividiram o setor da saúde, em que um lado foi formado por instituições governamentais, internacionais e comunidade epistêmica global e o outro lado pela categoria médica organizada em conselhos e associações e demais profissionais da saúde sobre os quais essa categoria exerce maior poder.

Sendo assim, uma parte do setor festejou a iniciativa em consonância com as referências globais para a saúde, pois ao mesmo tempo resolvia o problema de atenção básica do SUS e permitia a continuação da estratégia de atenção primária à saúde que é hegemônica nos países ricos. Em 2016 a Equipe de Trabalho do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul e Triangular (*United Nations Development Group Task Team on South-South and Triangular Cooperation*) considerou o PMM como uma excelente proposta de integração Sul-Sul, que possibilita uma abordagem de cooperação, com triangulação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em planos e ações de desenvolvimento nacional.

Segundo a análise dessa equipe, o desafio desse programa de superar a desigualdade no acesso a unidades de saúde e nos serviços médicos adequados, principalmente em áreas afastadas dos grandes centros urbanos e nas periferias das grandes cidades, só poderia ser atingido com uma intensa participação do Estado brasileiro e com o apoio de parceiros estratégicos aptos a superarem esses desafios. Os dados apresentados por essa equipe demonstram a realidade de abandono por parte do Estado, com 700 municípios sem a disponibilidade de médicos e com 5 estados com menos de um médico para cada mil habitantes (ONU, 2016).

O acordo de cooperação técnica entre Brasil e Cuba contou com a mediação da OPAS, que triangulou essa cooperação técnica Sul-Sul e que oportunizou a entrada de outros médicos estrangeiros. A OPAS é uma organização ligada a Organização Mundial da Saúde (OMS) e é responsável pelos assuntos regionais para as questões relacionadas a saúde nas Américas. Essa organização promoveu esse programa de cooperação técnica como uma estratégia de transformação para o setor, no qual a educação médica e os investimentos em infraestrutura teriam como princípio a atenção primária à saúde. Desse modo, a argumentação para o apoio ao projeto era a promoção da troca de conhecimento entre os profissionais médicos do setor, locais e estrangeiros, de modo a obter práticas inovadoras que trouxessem significativas melhoras nos cuidados com a saúde da população (BRASIL, 2015; ONU, 2016).

Assim, a cooperação entre Brasil e Cuba adotou como principal meta aumentar a média de médicos por mil habitantes até o ano de 2026, se igualando assim a média do Reino Unido que é de 2,7 médicos por mil habitantes. Para alcançar essa meta, a estratégia do PMM partiu de duas frentes: a curto prazo resolver a falta de médicos temporariamente por meio da migração de médicos estrangeiros e a longo prazo trabalhar a formação de recursos humanos que permita o país ser autossuficiente no setor (BRASIL, 2015; ONU, 2016).

A Equipe de Trabalho do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul e Triangular considera que o PMM “está em conformidade com o código de prática global da OMS para o recrutamento internacional de pessoal de saúde” (ONU, 2016, p. 40, tradução nossa) e, portanto, essa equipe apontou o PMM como um programa que pode ser replicado por outros países que se vejam em um contexto similar ao setor da saúde brasileiro. O forte interesse dos países-membros da ONU em conhecer essa estratégia de cooperação Sul-Sul e a participação da OPAS na triangulação dessa cooperação demonstram o esgotamento das referências globais para as questões locais, mas isso não significa dizer que as ações pensadas na cooperação Sul-Sul deixem de reproduzir o poder hegemônico dos países ricos. No caso da cooperação entre Brasil e Cuba a meta pretendida era para se obter o número de médicos por habitante equivalente ao do Reino Unido e para se obter uma maior eficácia no processo de atenção primária a saúde. De forma alguma se pretende transformar o setor da saúde brasileiro de modo a retirar o poder econômico da exploração do setor, mas sim aproveitar as iniciativas de rupturas, visto que Cuba pensa a APS de forma diferente da que estava sendo estruturada no Brasil.

Como pode ser visto na Figura 05, adaptada da Figura 01 com as análises aqui realizadas, as políticas de saúde orientadas pelas referências globais seguem um processo

incremental que dá uma ideia de continuidade e de autorreflexão sobre as experiências anteriores de políticas públicas. O processo de colonialidade impede a recuperação da memória local e assim a autorreflexão é de ações globais. Por isso que é colocado que a ação pública brasileira é um processo constante de adaptação da realidade local as referências globais. E na dificuldade de adaptação surgem espaços para novos ciclos de ações públicas, que poderão advir de soluções incrementais como no caso do PSF e do PROESF ou de soluções que rompem com a lógica do setor como no caso do PMM. Apesar de a ruptura impor uma nova perspectiva para o setor, nada impede que essa ação seja orientada sob a lógica dominante, em que os resultados reforçam o controle e o domínio ao mesmo tempo que passa a contestá-los no processo de ruptura.

Na Figura 05, o esquema analítico representa o processo de continuidade e ruptura, no qual as insatisfações com a política estabelecidas podem demandar novas políticas com modificações incrementais ou novas políticas que rompem com paradigma estabelecido.

Figura 05 - Ciclo de ação pública: incremento e ruptura



Fonte: Elaboração própria com base nas abordagens de Muller (2018) sobre o ciclo de ação pública e com base no desenvolvimento das políticas de saúde brasileiras.

Na mudança de ciclo de ações públicas, o Estado-sustentável dá respaldo para essa mudança e, como resultado, o processo emergente se torna estabelecido reestruturando assim as fronteiras cognitiva e normativas do setor (desenho institucional do setor). Como já exposto anteriormente, pode-se apontar que o estabelecimento de um novo paradigma pode ser cooptado pelo grupo dominante, no qual a mudança é conduzida conforme o interesse desse grupo, desconsiderando assim as necessidades da população.

Se for pensado em termos de ruptura, no contexto local o PMM oportunizou essa possibilidade, mas devido ao alinhamento com as referências globais e com a lógica dominante, o processo de mudança serviu para reorganizar o desenho institucional do setor, permitindo assim que o PMM fosse reorientado sob a necessidade do grupo dominante. Já no contexto global, as novas referências do denominado Estado-sustentável oportunizaram rompimento com o ciclo anterior e uma maior aderência com políticas locais como o PMM. Assim, sob uma perspectiva global pode-se apontar uma mudança, mas sob as perspectivas locais tais mudanças foram só nas referências, pois as políticas continuaram sendo conduzidas pela lógica dominante.

Essa contradição é fruto do sistema capitalista global que cega os indivíduos da suas próprias realidades e da colonialidade que apaga o passado dos indivíduos para impor uma lógica de poder dominante e controladora. A partir dessa contradição, a atuação do médico cubano no território brasileiro representa pouca transformação no setor, visto que a adequação às referências globais faz parte da realidade dos profissionais da saúde. Isso ocorre porque os mecanismos da colonialidade do paradigma vigente permaneceram, em um processo de reformulação do desenho institucional – constituído das fronteiras cognitivas e normativas do setor. Se ocorre mudança cognitiva e normativa, essa será do médico cubano, que estará sujeito ao processo de socialização na cultura organizacional, que pode ser visto como necessário para atuação profissional no setor.

A socialização na cultura organizacional procura reproduzir os valores, os mitos, os ritos, os hábitos e etc. compartilhado entre os profissionais da saúde do Estado nos novos profissionais contratados. Conforme explicado por Srour:

A cultura é aprendida, transmitida e partilhada. Não decorre de uma herança biológica ou genética, mas resulta de uma aprendizagem socialmente condicionada. É disso que se trata quando se fala de socialização ou de endoculturação: os agentes sociais adquirem os códigos coletivos e os internalizam, se tornam produtos do meio sociocultural em que crescem; se conformam aos padrões culturais vigentes e, com isso, se submetem a um processo de integração ou de adaptação social (SROUR, 2012, p. 135).

Como as organizações são compostas por indivíduos e esses compartilham interesses, hábitos, mitos, ritos, valores e etc. ao longo das atividades laborais, socialmente constituídas, logo as organizações possuem uma cultura própria formada a partir das relações sociais nela existente. Desse modo, a contratação, o treinamento e a liberação para o exercício da atividade profissional são balizados por uma política de socialização que busca integrar o indivíduo no sistema, absorvendo assim toda a cultura organizacional e outros elementos técnicos, como a burocracia, processos, normas, protocolos e etc. Sendo assim, Oliveira e

Eccel (2011, p. 101) apontam que existem inúmeras estratégias para que os trabalhadores executem “suas atividades de acordo com as expectativas e a postura da organização”, como as estratégias: formais e informais de socialização, individuais e coletivas de socialização, sequenciais e não sequenciais de socialização, fixas e variáveis de socialização, socialização por competição ou por concurso e socialização através da investidura e despojamento.

No caso dos médicos de outros países contratados para atuarem no PMM, pode-se apontar que a estratégia adotada foram as estratégias formais e informais de socialização. O PMM prevê que os “profissionais participam de uma série de atividades de educação e de integração ensino-serviço para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica” (BRASIL, 2015, p. 16). Assim, na cooperação entre Brasil e Cuba as estratégias usadas buscam reforçar o desenho institucional que age como fronteira cognitiva e normativa sobre o setor da saúde, na perspectiva de adequar os profissionais cubanos ao modelo vigente, no sentido de que adotem a lógica e o paradigma do setor em um processo de socialização como política estratégica de contratação, treinamento e liberação para atuação profissional no setor da saúde brasileiro.

Conforme a Lei que estabeleceu o PMM, o objetivo principal desse programa é atender a demanda por médicos no contexto do SUS (BRASIL, 2013). A ampliação da quantidade de profissionais da medicina atuando no setor objetiva promover o acesso aos serviços de saúde, seja pela quantidade de profissionais por estabelecimento, seja pela ampliação da rede de atendimento, principalmente em áreas desassistidas. Pode-se entender que os problemas relacionados a falta de médicos e a falta de estabelecimentos de saúde impedem a promoção dos próprios serviços de saúde, que por sua vez, empatam o desenvolvimento econômico – de modo geral e na exploração no setor. A partir do que já foi exposto anteriormente, que os acordos internacionais buscavam atender os problemas de saúde para manter o comércio entre as nações e que a saúde é posta como um serviço essencial relacionado ao crescimento econômico, conforme observado no Consenso de Washington (WILLIAMSON, 2008), pode-se concluir que, a partir das necessidades da população, a saúde é instrumentalizada pelo poder econômico para se desenvolver e reproduzir. De outro modo, o interesse desse modelo de sociedade, propagado por essa lógica dominante, não é resolver os problemas da população – embora esse item seja importante para garantir a reprodução social –, mas sim promover soluções sob a temática da saúde que permitam ao poder econômico uma maior estabilidade, que é necessária para seu desenvolvimento e a sua reprodução.

Sendo assim, as soluções apresentadas para os problemas de falta de médicos e de falta de estabelecimentos de saúde não sofrerão oposição do “mercado” para serem implementadas, desde que essas soluções estejam dentro dos paradigmas globais de regulação do setor. Foi o que aconteceu com o Programa Mais médicos. Mas isso não significa dizer que essa alternativa não sofreu oposição, apesar de estar em consonância com a lógica dominante. Com efeito, foi notória a oposição da categoria médica e uma das possíveis respostas para essa oposição é a questão corporativa, isto é, por temor de que esse programa viesse a formar um “exército de reserva” a partir do pleno atendimento da necessidade de profissionais no mercado da saúde. Isso resultaria em uma pressão nos salários e uma precarização das condições de trabalho.

Importante destacar que, em geral, esse tipo de situação é desejado pelo poder econômico, que reduz o salário ao mínimo necessário para subsistência, em condições precárias de atuação, com poucas garantias trabalhistas e pouco suporte a atividade laboral (ANTUNES, 2018). Logo, pode-se concluir que tal oposição é bastante esclarecida sobre a realidade imposta pela lógica da exploração econômica. Conseguindo isso, a estratégia de exploração do setor poderá ser ampliada e a privatização de instituições públicas poderia ser viabilizada, já que a operação no setor se tornaria mais atrativa aos investidores privados.

Em todo caso, é importante refletir e conjecturar sobre os motivos que levaram a uma oposição tão forte da categoria médica ao PMM, em particular a oposição à participação de médicos cubanos. A partir desta pesquisa, pôde-se observar que o *status* de prestígio e de poder da categoria médica perante a sociedade é importante e é um dos elementos fundamentais para a estrutura e a lógica dominante se perpetuar. Esse *status* protege a categoria ao mesmo tempo que a torna necessária no processo de ação pública e de mediação com a sociedade, resultando assim na valorização do profissional, principalmente, em comparação com outros profissionais do setor. Nesse debate, é importante entender que, apesar dessas condições apresentarem uma relação bem distinta, em comparação com a maioria das categorias que compõem a classe trabalhadora, e além disso, a categoria médica ter um potencial empreendedor que lhe permite uma dupla atuação no setor, não se pode determinar que a categoria médica não pertence a classe trabalhadora, e como essa, está sujeita a exploração no mercado.

Um dos principais trunfos dessa categoria é o fato de sua capacidade de mediação no setor ser importante para a estratégia de desenvolvimento da lógica dominante e, nessas condições, por essa posição, é reforçado o *status* econômico, protegendo assim a categoria médica do processo de precarização do trabalho promovido pela exploração econômica.

Então, considerando o processo de precarização das condições de trabalho, situação que atinge a maior parte dos trabalhadores no Brasil, em diversos setores e contextos (Antunes, 2018), a questão que se coloca é: se a categoria médica perder esse *status* e se houver uma quantidade de médicos no mercado que atenda à demanda existente, essa precarização poderia chegar nessa categoria profissional? Ou será que, em alguma medida, essa situação já está ocorrendo, o que pode ter reforçado o movimento oposicionista?

Outro elemento que pode explicar a oposição da categoria médica – senão de forma absoluta, mas de forma majoritária – ao PMM é a questão do *status social e político*, conseguido, como vimos, ao longo de seu processo de constituição e organização. Talvez o medo de perder esse *status* fosse o principal motor da categoria médica com a chegada dos médicos cubanos, já que esse médico não carrega o mesmo *status* do médico europeu, ligado a modernidade e ao progresso.

Essa linha de análise ganha força se analisados os dados referentes ao número de médicos e a demanda por esse profissional no país. Assim, percebe-se que a preocupação com a quantidade de médicos estipulada pelo Governo Federal no Programa e o receio de isso levar a precarização do trabalho parece ser irreal, visto que segundo os dados da OMS (2018) até o ano de 2018 a quantidade de médico por mil habitantes no Brasil era de 2,1, enquanto a realidade de alguns países como Mônaco, em 2014, tinha 7,5 médicos por mil habitantes, Geórgia em 2018 tinha 7,1, Lituânia em 2018 tinha 6,3, Grécia em 2017 tinha 5,4 e Áustria e Portugal em 2017 tinham 5,1. Essa relação de médicos por habitantes, em diferentes países e contextos locais, demonstra a importância do médico para o setor e demonstra também a dificuldade de obter grandes proporções de médicos em relação a população total, fato esse que pode ser explicado pela necessidade de elevado investimento em educação e em tecnologias voltadas para a formação do profissional em medicina conforme os padrões estabelecidos.

O difícil trabalho de formação de profissionais na área da medicina impede o surgimento de uma proporção maior de médicos por habitantes, mesmo que isso seja necessário para o poder econômico se desenvolver. De outro modo, até o presente momento, essa proporção de médicos por habitantes em mercados parecidos com o brasileiro não gerou a precarização do setor, mas sim uma infraestrutura necessária para trabalhar o desenvolvimento social, promovendo assim maior qualidade de vida. Como pode ser visto no caso de Cuba, que segundo a OMS (2018), aumentou a quantidade de médicos por mil habitantes em 2018 para 8,4, desafiando assim a lógica dominante de que só os países ricos possuem recursos para elevado investimento em educação e tecnologia para trabalhar a

formação desses profissionais, integrando esses profissionais a uma estratégia de Estado para promoção à saúde e aumento da qualidade de vida da população.

Pode-se apontar que existe uma mudança de paradigma do referencial global, na medida em que o paradigma anterior apontava a necessidade de desenvolvimento econômico para garantir investimento nas questões sociais. Por essa nova perspectiva, ao contrário, o atendimento das necessidades básicas da sociedade é considerado essencial para obter esse desenvolvimento desejado. Obviamente que esse atendimento é feito sempre de forma parcial e desigual, uma vez que está posto dentro da lógica própria de desenvolvimento do mercado, ou seja, serve também como espaço de ampliação dos interesses mercantis.

O Governo cubano, por sua vez, parte desse investimento social como forma de elevar a qualidade de vida dos cidadãos, confrontando assim a forma tradicional de pensar as políticas públicas de cunho social na sociedade capitalista. De todo modo é importante pontuar que investimentos em políticas sociais, como educação e saúde, não são, necessariamente, pautas socialistas.

Sen (2010), apresenta essa mudança, afirmando que, com o aumento das demandas e das insatisfações da sociedade, a posição de investir em políticas de atendimento das questões sociais parecia inevitável, chamando, dessa forma, a atenção dos tomadores de decisões para implementação de políticas públicas. O autor explica:

Embora a prosperidade econômica ajude as pessoas a ter opções mais amplas e a levar uma vida mais gratificante, o mesmo se pode dizer sobre educação, melhores cuidados com a saúde, melhores serviços médicos e outros fatores que influenciam causalmente as liberdades efetivas que as pessoas realmente desfrutam. Esses “desenvolvimentos sociais” têm de ser considerados diretamente “desenvolvimentistas”, pois nos ajudam a ter uma vida mais longa, mais livre e mais proveitosa, juntamente com o papel que desempenham no aumento da produtividade, do crescimento econômico ou das rendas individuais (SEN, 2010, p. 375).

Sen (2010, p. 124) conclui, em sua pesquisa com várias economias capitalistas do continente asiático – “primeiro o Japão, depois a Coreia do Sul, Taiwan, Hong Kong e Cingapura, e mais tarde a China pós-reforma e a Tailândia, bem como outros países do Leste e Sudeste Asiático” –, que essas economias não esperaram lograr posição de maior poder econômico para investirem nas questões sociais, mas sim, com os recursos disponíveis, pouco em relação com os países ricos, investiram em tais questões como educação, saúde, reforma agrária e etc., permitindo dessa forma se desenvolverem economicamente a partir do desenvolvimento social. Sendo assim, pode-se apontar que a busca pelo desenvolvimento econômico na contemporaneidade tem acontecido com a incorporação de políticas que

objetivam o atendimento mínimo das questões sociais, tendo por meio do fomento as pautas sociais nas arenas políticas, a oportunidade de priorizar o problema na agenda pública.

Desse modo, coloca-se aqui que essa mudança de paradigma, no que diz respeito ao momento de investimento nas questões sociais, vem sendo construída nas referências globais sob a perspectiva do desenvolvimento econômico e não do aumento da qualidade de vida da população, ou seja, a questão social é vista como meio para se obter esse desenvolvimento de forma mais sustentável. A confirmação desse novo referencial no cenário global pode ser vista com a concessão do Prêmio Nobel de Economia para Amartya K. Sen em 1998 por ter feito importante contribuição, com suas pesquisas sobre a pobreza e a fome, investigando nessas questões as soluções que contribuiriam para a economia do bem-estar social¹³.

É nesse contexto, e por meio dessas contradições, que o atendimento mínimo as questões sociais é visto como avanço social e não como um elemento crítico para o desenvolvimento econômico. Isto é, garantir para a sociedade o atendimento adequado e digno nos campos sociais – como educação e saúde – não é uma agenda socialista e, dentro das análises capitalistas mais recentes, faz parte do processo para se chegar em uma economia estabelecida e sustentável.

Nesse sentido, pode-se apontar que a hegemonia política, que é construída na sociedade brasileira, tem sido determinada pela colonialidade que atravessa a estrutura social em um contexto histórico; pelas referências globais absorvidos pelo Estado brasileiro a partir das relações de poder com os países ricos; e pela lógica dominante do sistema de produção capitalista que determina o modo de vida dos indivíduos. Essas determinações direcionam e dominam o Estado brasileiro a partir dessa hegemonia, retornando para a sociedade na forma de ações públicas que reproduzem ou renovam esses determinantes, que a primeira vista podem ser considerados avanços sociais ou mudanças no paradigma vigente, mas ao serem revelados, se apresentam como mais uma forma de reprodução do poder, ocultada nas complexas relações sociais.

Pensando a ação pública de forma mais abrangente, para além da sua objetividade, do retorno e do uso dos gastos públicos, ou seja, para além da lógica dominante que é norteadora, pode-se obter uma pesquisa no campo das políticas públicas que não sirva para reproduzir a colonialidade que sustenta essa lógica. Por essa perspectiva, buscou-se entender

¹³ Para mais informações ver: POWELL, A. Amartya K. Sen Wins 1998 Nobel Prize in Economics. **The Harvard Gazette**. Cambridge, 1 ago. 1998. Disponível em: <<https://news.harvard.edu/gazette/story/1998/10/amartya-k-sen-wins-1998-nobel-prize-in-economics/>>. Acessado em: 28 de fev. 2021.

no PMM os principais caminhos que deveriam ser adotados e as principais implicações dessas escolhas. Foi percebido que a estratégia adotada pelo PMM prioriza: (i) a formação médica, (ii) o intercâmbio entre médicos brasileiros e estrangeiros e (iii) a ampliação dos postos de atendimento na rede de saúde (BRASIL, 2013).

A ampliação da rede de ensino significa a continuidade do processo de ensino vigente que reproduz a colonialidade sobre o conhecimento e a subjetividade, tendo como foco principal atender a necessidade do mercado. Além disso, o processo de ampliação educacional oportuniza também a exploração da formação desses profissionais pelo poder econômico, haja vista a limitação dos recursos públicos para esse setor e a capacidade do poder econômico operar com menor custo na formação do profissional da saúde. Pode-se apontar também a falta de conexão com as carreiras demandadas pelo SUS, no que Campos e Pereira Junior (2016) apontam que não houve avanço:

na definição de carreiras para o SUS. A rotatividade profissional dos trabalhadores da saúde, principalmente ocasionado pelos vínculos empregatícios precários e instáveis e pela terceirização da gestão dos serviços de saúde. Permanece o desafio de se ampliar o olhar para além da assistência médica, buscando a interprofissionalidade e a intersetorialidade, mudança dos modelos gerencialistas de gestão e atenção, trazendo maior olhar da clínica ampliada e da promoção da saúde (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 2661).

Além disso, o foco na formação do profissional não busca mudar a realidade do trabalho existente nas equipes de APS. Campos e Pereira Junior (2016) explicam que:

Os bolsistas estão obrigados a realizar um curso à distância e recebem supervisão e tutoria de médicos com experiência em Atenção Primária. Infelizmente, o sistema de supervisão e de tutoria se dirigiu apenas aos “alunos” e não a toda equipe em que estes médicos estão inseridos. Observa-se um descuido com modelos de gestão que, ao reconhecer o trabalho de saúde como uma práxis, combinem estratégias de assegurar autonomia e responsabilidade sanitária (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 2661).

Quanto ao intercâmbio de profissionais, pode-se apontar que tal ação contribui para o surgimento de práticas inovadoras no processo de transferência de tecnologias a partir das necessidades locais e das referências globais. É por meio da inovação que o poder econômico explora novos mercados, diminui o custo na operação, aumenta a produtividade e satisfaz as necessidades e as expectativas dos *stakeholders* – todos os grupos envolvidos em torno da operação, como os clientes, os acionistas, os fornecedores, os funcionários, a comunidade, o poder público e etc. A inovação é um grande motor para o desenvolvimento econômico, pois impulsiona o surgimento de mercados consumidores a partir da mudança significativa de produtos ou de serviços que atendam às necessidades e expectativas dos clientes (OECD, 2020; SCHUMPETER, 1997).

Sobre a ampliação dos postos de atendimento o PMM:

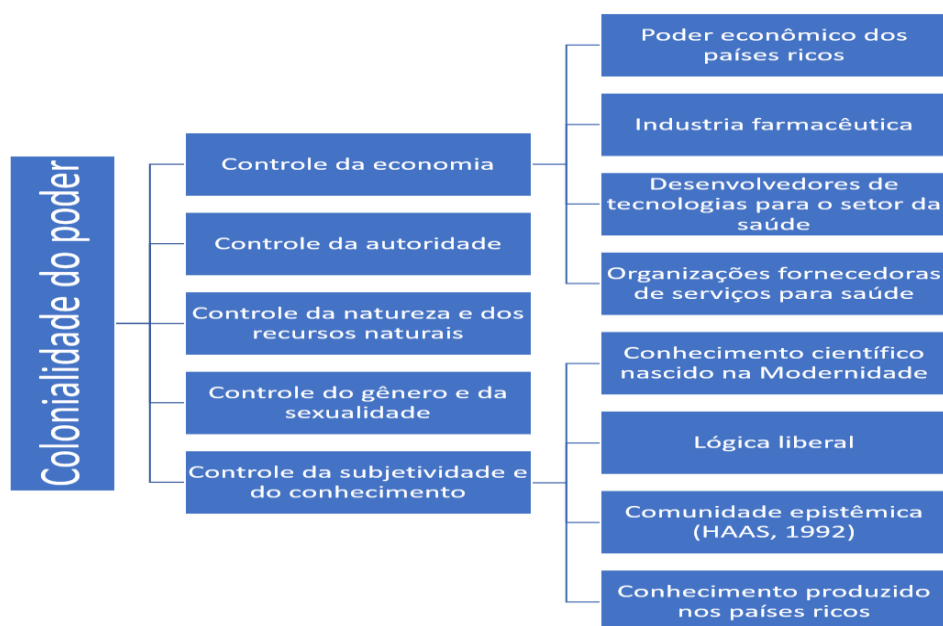
não se propôs a alterar o isolamento da Atenção Básica e, portanto, a baixa capacidade do exercício da regulação e de coordenação dos médicos e equipes sobre o sistema de saúde. Apesar da ampliação do investimento em infraestrutura, ainda é insuficiente e muito dependente da capacidade de gestão dos municípios (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 2661).

Ainda com a ampliação dos postos de atendimento, que se reveste de maior importância para a sociedade, há de se entender que não significa apenas a democratização do acesso aos serviços de saúde, mas também a consolidação de uma estrutura na qual o cidadão será submetido e reificado em um processo de produção da saúde no setor. Essa estrutura, sob a perspectiva econômica, faz com que a política de saúde do Estado crie na população um hábito de consumo dos serviços da saúde, um consumo que, em regra, é dirigido pelos profissionais da saúde. Essa lógica torna a saúde um produto que o Estado, por sua forma de atuação débil, se coloca na condição de ineficiente, abrindo espaço para o poder econômico explorar o setor, criando novas necessidades e hábitos a partir da introdução de novos produtos, bens ou serviços.

Nesse sentido, quanto mais a ação pública for baseada na lógica de mercado e na colonialidade do setor, mais a sociedade demandará soluções para a saúde que o Estado atenderá de forma parcial, favorecendo e perpetuando essas formas de ação e na forma da população consumir as soluções disponíveis. O médico pode ser colocado como alguém importante nesse processo, pois seu papel na reprodução do poder econômico favorece a lógica dominante. A partir de uma lógica de mercado, esse profissional responde pela orientação da população a um determinado consumo no qual a saúde é um produto (PAIM, 2009).

Nesse sentido, na Figura 06 apresenta-se o modelo ampliado da Figura 03, na qual são priorizadas duas dimensões, a econômica e a subjetiva.

Figura 06 - Colonialidade do poder no setor da saúde



Fonte: Matriz da Colonialidade do Poder de Quijano (*apud* Mignolo, 2010, p. 12) e suas ramificações no setor da saúde.

Essas dimensões representam o controle sobre os indivíduos, como o controle econômico do modo de produção da vida e o controle sobre a subjetividade e o conhecimento. Essas formas de controle agem sobre a ação pública de forma a limitá-las dentro de certos parâmetros e direcionados a certos objetivos que favoreçam a estrutura de poder dominante que age na sociedade.

Essa estrutura segue a lógica e as referências dos países ricos, que legitima e justifica a ação pública na sociedade. Desse modo, a ação pública por mais que atenda às necessidades dos indivíduos, tem como fator principal manter a estabilidade do poder sobre a sociedade.

Primeiramente, é importante destacar que o PMM foi introduzido no setor da saúde como uma política descentralizada, na qual as responsabilidades deveriam ser compartilhadas no envolvimento dos estados, dos municípios e do Governo Federal (BRASIL, 2013). Essa forma descentralizada serve para compartilhar as obrigações e para resolver os impasses que ocorrem no setor, visto que o problema é comum a todos e as soluções devem ser conjuntas de modo a potencializar o alcance dos resultados. Sendo assim, em certa medida, as ações locais são importantes para atender as necessidades específicas ou aquelas necessidades deixadas de lado pelo plano nacional e as ações estratégicas nacionais são importantes como forma de criar uma política de Estado e uma ação conjunta entre os entes federativos. Desse modo, pode-se apontar que o PMM é uma ação nacional que procura diminuir os efeitos da desigualdade histórica do setor, no qual os serviços de saúde e os profissionais que prestam

esses serviços estão concentrados nos grandes centros urbanos e atendem a uma pequena parcela da população.

Mas resolver essa desigualdade não é interesse só da população excluída que precisa dos serviços básicos de saúde, mas também do poder econômico, que busca expandir sua rede de atendimento para além dos mercados já estabelecidos no setor. Para tanto, a formação de profissionais capacitados e a disponibilidade desses profissionais em atuarem nas localidades desassistidas é essencial para resolver o *apartheid* sanitário que está presente desde o domínio português, mas também é essencial para política econômica avançar no setor para além das já descritas necessidades para o desenvolvimento econômico.

Os profissionais que atuam no âmbito do PMM são capacitados para atuar no âmbito da estratégia de atenção primária à saúde. Para tanto, esses profissionais são certificados em nível de especialização, no qual a prática profissional não é desassociada da teoria (BRASIL, 2013). Com isso, o profissional é formado pelas demandas específicas locais, pelos processos de produção do setor e pela estratégia nacional para saúde. Essa profissionalização é gratuita e remunerada via bolsa de auxílio, no qual os três grupos participantes do programa recebem uma determinada remuneração para atuação, da seguinte forma: o grupo destinado aos profissionais capacitados que recebem a bolsa-formação, o grupo dos profissionais supervisores que recebem a bolsa-supervisão e o grupo dos profissionais de apoio que recebem a bolsa-tutoria (BRASIL, 2013).

É nesse sentido, de socialização dos profissionais estrangeiros no setor da saúde brasileiro, em que principalmente os profissionais cubanos, terão que se adequar ao programa educacional, que pertence a uma estratégia política de incorporação da cultura organizacional para atuação profissional no setor. Então, se a ideia inicial era trabalhar a transferência de tecnologia, esse processo evitará tal ação, visto que o profissional estrangeiro deverá se submeter a lógica educacional e lógica de mercado para atuação no setor da saúde. Isso demonstra uma contradição que precisa ser pontuada, porque a cooperação Brasil e Cuba não estava destinada a formação de médicos cubanos em práticas sanitárias de atenção primária a saúde brasileiras, mas sim a incorporação dos profissionais cubanos no processo de produção da saúde no setor. Essa relação confusa demonstra que a política executada a partir desse acordo é unicamente a importação de profissionais capazes de reproduzir o modelo de saúde brasileiro e não a incorporação de meios e técnicas capazes de romper com paradigma dominante no setor.

Mesmo que a ideia fosse incorporar meios e técnicas a partir da referência cubana, a limitação da participação dos profissionais médicos estrangeiros em até 10% de todos os

médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) não é suficiente para mudar a cultura compartilhada entre os profissionais da saúde. Além disso, outras barreiras impostas pelo setor apontam que a importação de profissionais é pontual e estratégica, como a barreira para contratação, no qual o processo de abertura de editais é orientado conforme a disponibilidade de vagas aprovadas e o preenchimento dessas vagas seguem a prioridade que coloca em primeiro lugar os médicos formados no Brasil, seguidos pelos médicos brasileiros formados no exterior e por último os médicos estrangeiros formados no exterior (BRASIL, 2013). Assim, o profissional estrangeiro é destinado somente a ocupar vagas recusadas por profissionais brasileiros como forma de estender os serviços de atendimento à saúde da população em localidades desassistidas.

Com isso, o Estado brasileiro ganha tempo para preparar a estrutura de saúde dessas localidades, que podem ser caracterizadas como localidades recusadas pelos profissionais médicos brasileiros e desassistidas pelo poder público. Sendo assim, a transferência de tecnologia pretendida pela cooperação Sul-Sul entre Brasil e Cuba, conforme argumento utilizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), não pretende aproveitar as vantagens obtidas no setor da saúde cubano, mas sim aproveitar a organizada migração destinada ao trabalho no setor da saúde, como outros países fazem “para garantir o acesso ao sistema de saúde, geralmente com enfoque em áreas remotas” (BRASIL, 2015, p. 29).

Essa cooperação, portanto, pode ser entendida como mais uma forma de representar a migração organizada entre países, no qual o trabalhador torna-se uma mercadoria que é comercializada entre nações no atendimento de projetos globais de desenvolvimento, como no caso da implementação da estratégia de atenção básica à saúde. Nesse sentido, Cuba é incapaz de mudar essa realidade ao firmar parceria com o Brasil e assim, acaba contribuindo para a lógica global de poder. Por sua vez, o Brasil não rompe com a lógica de poder dominante, permanecendo no campo da reprodução, sem lograr solução para os problemas da sociedade.

O PMM segue o Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS, que é um código responsável por orientar “os Estados-Membros do Sistema das Nações Unidas a se comprometerem, voluntariamente, a observar os princípios e as práticas éticas no que diz respeito ao recrutamento internacional de profissionais de saúde” (BRASIL, 2015). Esse código serve aos interesses dos países ricos acerca da migração organizada de trabalhadores da saúde, que ao adotarem essa prática, estimulam os países a diminuírem suas barreiras internas e trabalharem a migração de trabalhadores para atender as questões pontuais do setor.

É importante ponderar que, se por um lado a quebra de barreira favorece a lógica econômica de exploração do setor difundida pelos países ricos, por outro lado, a imposição de barreiras, como a prova de revalida para médicos estrangeiros, representa o monopólio dos profissionais brasileiros nessa exploração.

Mas não é só nesse processo de cooperação entre nações que o profissional da saúde é transformado em mercadoria. A lógica econômica que modificou as relações de trabalho no setor, transformou também a mão de obra profissional em produto. Esse produto é moldado e transformado conforme o interesse dominante no setor, no qual cabe ao sistema educacional essa produção profissional orientada pela necessidade do mercado. Assim, o profissional é constituído por técnicas necessárias para atuação conforme a estratégia de domínio e de controle do setor.

Esse trabalhador transformado em produto também é subvalorizado por meio da remuneração que recebe pelo serviço prestado. A lógica de realizar pagamento por bolsa, fazendo uma associação da atividade laboral com o processo de aprendizagem e de formação profissional, é uma manobra que busca contornar as relações de trabalho para manter um menor custo empregatício sem o pagamento de direitos trabalhistas. Essa situação não permite a construção de carreiras no SUS e demonstra uma articulação pouco duradoura e precária para estratégia de APS. Como as referências globais partem de uma lógica econômica e liberal, esse tipo de situação não sofre a devida crítica necessária e contribui para subvalorização do profissional da saúde a partir da ação do Estado.

Nesse sentido, pode-se apontar que o Estado subalternos as referências hegemônicas liberais contribuem para a exploração do setor ao permitir a reprodução desse poder em sua estrutura. Além disso, o Estado abre espaço para iniciativa privada ao atuar da mesma forma que as empresas que exploram o setor, motivo esse que pode justificar a concessão ao serviço privado no lugar do serviço público como ocorre no setor da educação.

A partir da abordagem da decolonialidade, pode-se apontar também que a relação entre os profissionais da saúde brasileiros segue uma hierarquia construída na ideia de superioridade do conhecimento, favorecendo assim a divisão do trabalho no qual o profissional da medicina é posto como superior perante os outros profissionais da saúde. Isso ocorre porque as outras categorias orbitam o conhecimento principal que é a medicina. Portanto, essa divisão não corre na mesma proporção dentro da categoria médica, se comparada à divisão existente no setor, que distancia um profissional da medicina e um profissional da enfermagem. Assim, pode-se concluir que essa hierarquia profissional do setor

segue um processo histórico balizado pela lógica econômica de divisão do trabalho e do conhecimento na construção de um mercado para saúde no Brasil.

Apesar da divisão do conhecimento entre os profissionais da medicina não construir uma fronteira interna tão profunda quanto a fronteira entre esses profissionais e as demais categorias de profissionais da saúde, é importante pontuar que essa divisão segue uma lógica que impacta todo o setor da saúde. Segundo Campos, Chakour e Santos (1997), o surgimento de diversas associações médicas sobre determinado campo de conhecimento da saúde contribui para o surgimento de fronteiras ainda mais profundas. Isso pode ser explicado por meio da noção de fronteiras cognitivas e normativas que impedem os indivíduos de pensarem e de agirem fora do desenho e das referências da instituição (MULLER, 2018).

Assim, quanto mais fragmentado é o setor, mas fronteiras existirão e maior a probabilidade de institucionalização das categorias fragmentadas e do aprofundamento das fronteiras cognitivas e normativas. Portanto, as associações médicas especializadas em determinadas áreas do conhecimento definem “de modo extremamente rígido a área de competência das especialidades, conseqüentemente negando aos demais médicos capacidade para realizar procedimentos incluídos na área de competência regulamentada por cada especialidade” (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997, p. 142).

O foco na especialização que contribui para fragmentação do conhecimento, do trabalho e do setor é desejado pelo Estado que está sob a lógica econômica e liberal, pois a partir da especialização pode-se alcançar uma maior produtividade, redução de custos e soluções para os problemas. Campos, Chakour e Santos (1997) explicam que, por um lado isso leva ao aumento da capacidade médica para atender a problemas complexos, mas por outro lado “tem dificultado o diagnóstico e a instituição de terapêuticas em tempo hábil” (p. 142). Segundo os autores: “multiplicam-se os encaminhamentos e a realização de exames complementares injustificados” (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997, p. 142).

Portanto, pode-se perceber que a especialização não contribui apenas para divisão do trabalho e exploração do trabalhador, mas também para o consumo indiscriminado de produtos e de serviços destinados ao setor da saúde. Tesser, Poli Neto e Campos, (2010) perceberam esse impacto na atenção primária, apontando assim que essa porta de entrada do SUS está sendo utilizada para medicalização social. Conforme esses autores, existem soluções locais que podem ser utilizadas para diminuir esse impacto, mas isso passa por uma mudança de paradigma e da lógica de referência hegemônica.

Nesse ponto, os médicos cubanos possuem a capacidade de promover essa integração local e mudar a lógica da atenção primária. Contudo, parte da categoria médica brasileira não

deseja tal mudança. Pode-se perceber que existe uma contradição entre os profissionais da saúde, que ao deixarem de perceber a sua própria realidade e de desconsiderarem as histórias locais, passam a contribuir para reprodução de lógica de mercado que resulta em piores condições de trabalho e enfraquece a atuação médica em prol da saúde da sociedade.

Com isso, pode-se dizer que se a categoria médica não deseja que exista uma reserva de mercado para atuação profissional a primeira coisa a ser feita é não deixar que o setor da saúde se torne um mercado; se não é desejado que mude a atuação do profissional, então é necessário que combata o processo de especialização da atuação e suas consequências que resultam em aprofundar as fronteiras cognitivas e normativas do setor; e se não é desejado a desvalorização do profissional, então é necessário que a categoria médica deixe de ser subalterna as referências hegemônicas e priorizem a construção de conhecimento que inclua o saber local, que é, historicamente, de domínio das populações tradicionais, invisibilizadas pela atuação profissional nas questões relacionadas a saúde.

Ainda com o intuito de refletir e conjecturar sobre essa questão, pode-se entender que a chave para compreendê-la está relacionada com o processo de colonialidade e da lógica de mercado que balizou e norteou a formação e todos os processos de transformação no setor. Pode-se inferir, por meio dessa análise que, para os profissionais da saúde, a estratégia de cooperação Sul-Sul atinge diretamente a hegemonia referencial dos países ricos, já que o modelo de trabalho não segue as formas tradicionais de cooperação Norte-Sul. Dessa forma, a categoria médica, que almeja ser esse profissional do Norte Global e que reproduz em seu território as políticas de saúde dos países ricos, não se vê na identidade que o médico cubano representa e na forma como esse profissional atua na sua prática médica. Sendo assim, a categoria médica brasileira, ao se confrontar com o Outro (os médicos cubanos), enxerga apenas profissionais que não seguem a mesma linha de desenvolvimento no qual a Europa e os EUA ocupam um papel central. Por isso, esses profissionais cubanos são estigmatizados em um processo de reafirmação do grupo de poder e inferiorização do Outro.

Somado a esse fato, outras estruturas de poder que atravessam a sociedade e que compõem a estrutura social tornam-se elementos que agravam o problema e que representam a forma como a sociedade foi constituída. Pode-se apontar que os aspectos fenóticos que não lembram a classe de poder dominante são elementos utilizados para estigmatizar e diminuir os médicos cubanos em relação aos médicos brasileiros. A partir disso, o setor expõe a sua face mais oculta, na qual a colonialidade disfarçada de modernidade se mostra no processo de exclusão dos indivíduos que não pertencem e não correspondem ao tipo ideal modelado pelas estruturas de poder.

O fato resultante desse processo de exclusão virou um produto midiático, reproduzido amplamente para escrutínio popular¹⁴, no qual:

Médicos cubanos foram vaiados, hostilizados e chamados de “escravos” por médicos brasileiros que fizeram um protesto na saída do primeiro dia do curso para o programa Mais Médicos, do governo federal, em Fortaleza. Liderado pelo Simec (Sindicato dos Médicos do Ceará), o grupo de brasileiros se reuniu a partir das 18h na saída da Escola de Saúde Pública com uma faixa exigindo a aplicação de prova para a revalidação de diploma dos estrangeiros (TALENTO, 2013)¹⁵.

Esse fato ocorreu na Escola de Saúde Pública do Ceará em agosto de 2013. Um evento organizado com a participação da instituição ligada a categoria médica, que buscava chamar a atenção da sociedade para a política de saúde implementada pelo Governo Federal, mas acabaram por revelar o problema estrutural com o qual a sociedade brasileira convive diariamente.

Como foi apresentado nesta pesquisa, o processo de exclusão, que diminui e subjuga os indivíduos em estratos da sociedade conforme a lógica de dominação, fundou o Estado brasileiro e os mecanismos de formação e de controle da sociedade. É a partir desse processo de formação social que se pode entender o comportamento da categoria médica e a estrutura do setor. Essa estrutura de poder impediu que o conhecimento científico se constituísse a partir da perspectiva local, excluindo assim séculos de conhecimento nativo no convívio com a floresta, que devido ao processo de exclusão, espera ser “descoberto” como um novo produto da modernidade¹⁶. Tal estrutura também condicionou o médico brasileiro a uma formação prática direcionada para o mercado e submetida ao conhecimento europeu. Dessa

¹⁴ Para mais informações ver: (1) G1-CE. Médicos estrangeiros são recebidos com protestos de médicos do Ceará. **G1 – Globo**. Fortaleza, 26 ago. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ceara/noticia/2013/08/medicos-estrangeiros-sao-recebidos-com-protestos-com-medicos-do-ce.html>>. Acesso em: 28 fev. 2021; (2) TALENTO, Aguirre. Ministério da Saúde chama de 'xenofobia' protesto contra médicos no CE. **Folha de São Paulo – Uol**. Fortaleza, 27 ago. 2013. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/folha-online/cotidiano/2013/08/27/ministerio-da-saude-chama-de-xenofobia-protesto-contra-medicos-no-ce.htm?mobile>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

¹⁵ TALENTO, Aguirre. Cubanos são chamados de “escravos” por médicos brasileiros no CE. **Folha de São Paulo – Uol**. Fortaleza 26 ago. 2013. Disponível em: <<https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/08/1332417-cubanos-sao-chamados-de-escravos-por-medicos-brasileiros-no-ce.shtml>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

¹⁶ Ver o caso da Sucuuba, que conforme o pesquisador Sebastião Oliveira Rebouças pôde constatar, essa planta contém substância “que pode prevenir ou retardar a probabilidade de manifestação cancerígena” e que ainda tem efeito antioxidante. Conforme o pesquisador, parte dos índios de Roraima já conheciam essa substância e “afirmam que cura câncer, úlceras, tumores, inflamações, sífilis e malária”. FREITAS, Marilena. Pesquisador roraimense comprova que Sucuuba têm propriedades curativas. **Instituto Socioambiental – Matéria reproduzida da Folha de Boa Vista - <http://www.folhabv.com.br>**. Boa Vista, 09 abr. 2013. Disponível em: <<https://acervo.socioambiental.org/acervo/noticias/pesquisador-roraimense-comprova-que-sucuuba-tem-propriedades-curativas>>. Acesso em: 28 fev. 2021. Para saber mais sobre a pesquisa de Sebastião Oliveira Rebouças, ver: REBOUCAS, Sebastião Oliveira. **Caracterização do perfil fitoquímico e avaliação das propriedades genotóxicas, antioxidantes e antiproliferativas dos extratos de Himatanthus articulatus** Tese (Doutorado em Genética e Toxicologia Aplicada) – Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, 2012.

forma, não surpreende que a categoria médica brasileira reproduza esse processo de exclusão e reforce os mecanismos que permitem a lógica dominante.

Pode-se apontar a partir do processo histórico apresentado neste trabalho que, o comportamento da categoria médica brasileira é pautado em uma autoimagem do grupo, que ao mesmo tempo que se sujeita as referências dos países ricos se vê como representante do grupo de poder ao reproduzir tal estrutura na sociedade. Assim, se vê como profissionais de elite da saúde, como classe de poder a partir do seu papel na sociedade e como representantes do conhecimento e do progresso científico. Portanto, essa autoidentificação remonta o processo de transformação da categoria médica brasileira ao longo de sua história, com a sua posição de poder reforçada e reafirmada perante outros indivíduos. Esse poder que ela reproduz é da colonialidade pela qual ela é submetida.

Nesse contexto, o processo de transformação social da categoria médica revela os mecanismos de controle surgidos por meio do domínio colonial e da expansão capitalista global, que de várias formas, transformaram essa categoria no processo de criação de territórios e de sujeição de indivíduos. Nesse processo, a independência do Brasil de Portugal serviu apenas para tornar a colonialidade mais subjetiva aos olhos dos indivíduos, e foi por meio dessa colonialidade que a categoria médica foi moldada de modo a reproduzir o domínio sobre o setor. Para garantir essa hegemonia, a categoria médica foi utilizada também para excluir outros indivíduos que contestassem esse domínio, no qual a sujeição a estrutura de poder se tornou a fronteira cognitiva e normativa do setor. Uma vez estabelecidas, essas fronteiras serviram para a categoria médica ocupar o papel de mediadora das políticas da saúde com a capacidade de interpretar as referências globais nas ações locais e impedir outros agentes políticos de realizarem esse papel.

Com a implementação do PMM, o Estado brasileiro ousou prescindir dessa mediação, agindo diretamente, por meio do Ministério da Saúde, sem considerar a posição da categoria médica organizada. Na medida em que o Programa apresenta identidade com as referências globais, reconhecidas por organizações internacionais como capazes de tornar o Sistema Único de Saúde brasileiro sustentável, parte da categoria médica foi convencida, tendo como norte a ideia desse referencial conectado a luta social pela saúde pública. Para a maior parte da categoria, entretanto, incluindo as instituições responsáveis por sua organização, como sindicatos, conselho federal e conselhos regionais, essa ação do governo foi entendida como sendo uma imposição da burocracia do Estado, portanto, uma política pública do tipo *top-down*, isto é, de cima para baixo.

Essa situação ocorreu dentro de uma lógica liberal de divisão do conhecimento e setorização da ação pública, que, de acordo com Muller (2018), leva a especialização do agente político responsável por tal ação (*policy maker*). Em outras palavras, o próprio Ministério da Saúde assumiu a mediação do processo, agindo de forma adequada para a lógica dominante, a partir de seus próprios agentes políticos, assumindo a governança por meio de conselhos, orientando estados e municípios sob diretrizes impostas pelo Governo Federal e controlando a atuação profissional na saúde por meio da institucionalização da categoria que responde por normatizar a ação profissional.

Como a categoria médica brasileira não é capaz de agir sobre os referenciais globais e a sua institucionalização favorece o seu controle e limitação, logo a sua oposição só terá efeito se o Ministério da Saúde renunciar à sua condição de mediador, para assim, fomentar novamente um espaço público (arenas políticas) que permita a categoria médica se reafirmar e formar a hegemonia no setor. Ocorre que a realidade das ações públicas integradas sob diretrizes hegemônicas, que dominam os acordos multilaterais e entendem a saúde pública como global, tem apresentado outra dinâmica. Nesse contexto, o Estado por meio das suas instituições de controle, como os ministérios, tem buscado agir no sentido de fazer diretamente essa mediação das ações públicas do setor. Em todo caso, a categoria segue sendo fundamental no sentido de garantir para as ações públicas do setor, uma vez que serve como referência para todo o setor, por sua influência acadêmica, por meio das comunidades epistêmicas ou profissionais, por meio da atuação junto a organizações que exploram o setor da saúde.

Importante destacar, ainda, que, uma vez estabelecidas as fronteiras cognitivas e normativas sobre determinado problema público, a desconstrução desse constructo compartilhado socialmente não é tão simples. Como exemplo, quase oito anos após o lançamento do PMM, existiram vários fatos que caminhavam para interromper ou descontinuar o programa, como os questionamentos no âmbito judicial (ex. ADI-5035 e ADI-5037)¹⁷ e a mudança de governo, que procurava interromper essa política de Estado, como no caso do presidente atual, Jair Bolsonaro, que teve como plataforma de governo uma clara

¹⁷ Ver respectivamente em: STF. **ADI 5035**. Ação Direta De Inconstitucionalidade. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, 2021. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/verImpressao.asp?imprimir=true&incidente=4453567>>. Acesso em: 26 de fev. 2021. **ADI 5037**. Ação Direta De Inconstitucionalidade. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, 2021. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/verImpressao.asp?imprimir=true&incidente=4453685>>. Acesso em: 26 de fev. 2021.

oposição ao PMM¹⁸. Apesar dos questionamentos no âmbito judicial e das tentativas do governo em mudar a política para saúde, o PMM continua existindo como política de Estado e tem sido considerado cada vez mais fundamental para implementação das estratégias de saúde da família e de atenção básica à saúde.

Nesse sentido, é importante pontuar que a oposição do governo federal, sob o comando de Jair Bolsonaro, levou à retirada de Cuba¹⁹ do programa, levando assim a um desfalque no programa com a saída desses profissionais. Esse desfalque foi atenuado, em parte, devido os investimentos e a política de formação de profissionais realizado durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff, cujos resultados foram comemorados e inflados²⁰ pelo governo atual, que direciona a narrativa para uma conquista das ações desconectadas do processo político do setor para favorecer seu governo.

Assim, pode-se perceber que a reorientação do PMM seguiu não apenas as referências globais para o setor, mas também a dinâmica de poder local, demonstrando assim que as relações de poder do setor impedem a mudança fora do ciclo estabelecido de ações públicas. Com essa situação, em que o governo e o setor são incapazes de agir fora das referências dominantes, resta permitir a continuidade do programa com pequenas alterações que favoreçam as relações de poder no setor da saúde e a imagem que o governo atual pretende para esse setor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou o processo de construção social da categoria médica brasileira para entender como essa categoria obteve o papel de mediadora, podendo assim determinar as políticas públicas e promover mudanças no setor da saúde. Primeiramente não se pôde ignorar o processo histórico que atravessa a formação do Estado brasileiro e das suas estruturas sociais. Assim, foi proposto revisitar o processo de colonização portuguesa e o que isso

¹⁸Para ver mais sobre o plano de Governo, basta acessar o site do TSE em: <https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000614517//proposta_1534284632231.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2021.

¹⁹Para mais informações ver em: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Declaración del Ministerio de Salud Pública: Cuba anuncia salida del Programa Más Médicos de Brasil. **Granma. Publicado:** 14 nov. 2018. Havana: Granma, 2018. Disponível em: <<http://www.granma.cu/cuba/2018-11-14/declaracion-del-ministerio-de-salud-publica-14-11-2018-09-11-05>>. Acesso em: 19 ago. 2019.

²⁰Para mais informações ver em: ARREGUY, Juliana. Após anunciar fim do programa, Bolsonaro infla dados e celebra Mais Médicos. **Uol** – São Paulo, 07/04/2021 04h00. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/confere/ultimas-noticias/2021/04/07/mais-medicos-novo-programa-bolsonaro-numeros.htm>>. Acesso em: 07 abr 2021.

significou para a constituição de mecanismos de controle. Além disso, as novas configurações de Estado, que serviram como referência para ação pública no Brasil e que, de certa forma, representa uma subordinação aos interesses dos países ricos e dos grupos econômicos de poder, formaram um ambiente social complexo, o qual buscou-se explicar por meio das relações de poder, do ciclo de ação pública do Estado e da perspectiva da decolonialidade.

Pode-se apontar que a colonialidade construída no período do Brasil Colônia foi determinante para tornar o país subalterno as referências globais e a lógica capitalista dominante. A partir disso, novas formas de conhecimento, de entendimento, de costumes e de estruturação social foram impostas, levando assim a uma hierarquia social na qual primeiramente Portugal se constituía como hegemônico, mas com a reorganização geopolítica mundial essa hegemonia foi se tornando mais difusa em proveito dos países ricos e dos grupos de poder econômico. Desse modo, a ação pública direcionada para transformação da sociedade foram determinadas pela hegemonia que se constituía nos países ricos e que se tornavam referências globais para as ações locais sob a perspectiva de que a saúde faz parte de uma questão global e por isso as ações públicas precisam ser integradas.

Nesse contexto, a estrutura de poder voltada para o setor da saúde sempre esteve ligada ao profissional da medicina, sendo composta inicialmente pela figura do Físico e do Cirurgião, que tiveram a função de controlar e de impor uma determinada lógica de atuação para as questões relacionadas a saúde e a higiene no Brasil, desconsiderando assim todas as demais lógicas que aqui existiam antes da vinda desses profissionais. Isso auxiliou o processo de domínio de Portugal e contribuiu para a formação dos mecanismos de controle da colonialidade. Foi visto inicialmente que esses mecanismos agiram para definição, para formação e para construção do conhecimento do profissional da saúde ao mesmo tempo que excluíram e subjugarão a população nativa e seus conhecimentos, assim como outros indivíduos que contestassem os paradigmas adotados. A partir desses mecanismos de controle pôde-se entender a formação do desenho institucional do setor (fronteiras cognitivas e normativas) e a posição da categoria médica como mediadora das políticas públicas para saúde.

A partir desse processo histórico, foi observado que alguns problemas como a falta de médico, a concentração dos médicos nas grandes cidades, a necessidade de formar profissionais a partir de um padrão estabelecido e a oposição a outras formas de medicina diferentes da Europeia (medicina dominante) são problemas presentes ainda hoje, mas com outras configurações. Devido as mudanças ocorridas a partir das novas configurações sociais, moldadas pelas modificações no modo de produção capitalistas, a sociedade tornou-se mais

complexa e o setor da saúde se tornou um grande mercado, que necessita de profissionais capacitados e que sejam especializados e capazes de apresentar resultados a partir das diretrizes postas a esses profissionais. Atribui-se a essas novas configurações a perpetuação dos problemas históricos do setor, que por meio da perspectiva da decolonialidade, pode-se perceber que tais problemas perderam seu vínculo histórico no processo de subalternidade do Brasil aos países ricos.

Esses problemas fazem parte da dialética presente na constituição da estrutura do setor, que é formado pelas contradições existentes nas agendas políticas e no processo de transformação e controle da sociedade. Isso movimenta o setor, visto que as políticas públicas precisam responder as questões sociais postas; ao mesmo tempo, essas respostas não podem situar-se fora das relações de poder que marcam a sociedade. Além disso, com a adoção de seguidas ações públicas, tem-se a ideia de que existe um processo de desenvolvimento em curso, legitimando e justificando essas ações. Da mesma forma, as mudanças necessárias para os grupos dominantes são acionadas, mobilizando a sociedade, com objetivo de atender aos interesses hegemônicos na configuração social.

Essa dialética pôde ser analisada tendo como suporte a compreensão de Gramsci (2007, 2011) sobre a formação da hegemonia na sociedade, que define os grupos dominantes e dirigentes, associada as proposições de Muller (2018) que permitem entender como ocorre a formação das fronteiras cognitivas e normativas nos setores da sociedade. Mas essa abordagem não explica por completo as questões locais presentes no Brasil, pois a subordinação deste aos países ricos é desconsiderada. Nesse sentido, a percepção de uma matriz de poder colonial (QUIJANO, 2002, 2005, 2009; MIGNOLO, 2010) foi importante para revelar os mecanismos que atravessam a sociedade e a ação pública de modo a favorecer a estrutura de poder dominante por meio das referências globais.

Por meio de uma construção crítica, elaborada a partir da fronteira epistêmica e dos conceitos de hegemonia e de referencial cognitivo e normativo, pôde-se subsumir à análise proposta nesse trabalho a perspectiva da realidade local, que é sistematicamente ocultada no processo de pensar e de entender a partir das referências hegemônicas dos países ricos. Dessa forma, as particularidades locais deixaram de ser apagadas na produção de conhecimento, abordando a condição dialógica entre o subalterno/local e o hegemônico/global.

Resolvida essas questões teóricas, foi possível perceber que o processo de ruptura entre os ciclos de ações públicas ocorria em um contexto global com diferentes níveis de adequação local. Nesse processo, o Estado brasileiro, em vários momentos, priorizou essa adequação em detrimento das particularidades e necessidades locais, mas em atendimento ao

problema público visto a partir do referencial global. Isso favoreceu a estrutura dominante e em certa medida atendeu o mínimo necessário para a população.

Quando visto o processo de ruptura a partir das questões locais, foi percebido que tais ações não tinham força para mudar as referências globais. Situação essa que promoveu uma readequação ao referencial global. No caso do PMM, o potencial de ruptura local se concretizava pela parceria com Cuba, que propiciava um novo referencial. Entretanto, esse potencial pensado pela lógica dominante leva a um realinhamento com o referencial global, seja ele hegemônico ou emergente.

Em termos de referencial hegemônico emergente, a ideia de Estado-sustentável, segundo a qual as ações públicas devem ser adotadas no sentido de promover uma base estável para a economia do Estado de modo a não impactar os investimentos públicos no futuro, vem se tornando cada vez mais forte no cenário internacional. Assim, esse referencial propõe: o atendimento as questões sociais, como a saúde da população, para sustentabilidade econômica do país; o uso mais eficiente dos recursos públicos, resolvendo as questões de saúde na ponta, por meio da estratégia de atenção primária à saúde, promovendo assim um sistema de saúde mais sustentável; e a promoção de um ambiente mais seguro para o comércio, seguindo um padrão sanitário global para a segurança e a estabilidade dos investimentos.

Portanto, diferente do ciclo Estado-empresa, no qual a eficiência e a objetividade do Estado eram priorizadas ao extremo no sentido de diminuição dos ativos públicos para investimento em setores sociais no presente, o Estado-sustentável olha para o futuro, incorporando algumas premissas do Estado-empresa, mas priorizando as questões sociais para alcançar o desenvolvimento econômico. É importante pontuar que, dependendo da adaptação do local ao global, tais referências podem favorecer mais a sociedade ou mais ao grupo dominante. Nesse sentido, ao comparar o Brasil com os países ricos, pode-se perceber que nos países ricos o atendimento as questões sociais são maiores do que no Brasil. Tal situação pode ser explicada pela existência de grupos dominantes desinteressados na construção do país, mas interessados nos lucros imediatos que podem ser auferidos nesse processo.

Como visto, com a homogeneização das questões ligadas a saúde, a questão sanitária local passa a ser decidida a partir da referência global absorvida pelo setor, em que a subalternidade do Brasil aos países ricos foi o principal motivo para que esse referencial fosse priorizado nas arenas políticas e consecutivamente nas ações públicas.

Essas adequações as referências globais foram mediadas pela categoria médica a partir da ação do Estado em busca de desenvolver o setor da saúde e de transformar a

sociedade sob a lógica dominante, em que os problemas globais serviram para selecionar as pautas das agendas políticas do cenário local e as ações públicas serviram para impor a transformação no setor. Tal situação não promoveu as mudanças que acabassem com os problemas aos quais as políticas eram destinadas, resultando assim em novas ações públicas e novos processos de transformação do setor. Nesse processo, a categoria médica tornou-se um elemento central porque permite a ligação entre as referências globais e as ações públicas locais, em que a transformação dessa categoria se tornou um prenúncio da transformação no setor. Sendo assim, foi percebido que não é possível transformar o setor sem transformar a categoria médica e não é possível transformar a categoria médica sem romper com a lógica de poder que atravessa a formação desse profissional e que determina a sua ação profissional.

Portanto, a transformação do setor pretendida no contexto de desenvolvimento das ações públicas na saúde necessitou de um padrão de profissional capaz de agir sob as referências globais nas questões locais. É nesse contexto que as Conferências Nacionais de Saúde tiveram importante papel na promoção do debate público nas arenas políticas criadas pelo Estado e da reunião dos médicos sanitaristas e grupos de interesses para pensar soluções para o setor. Essa imposição de pauta direciona o debate público e a mediação no setor, que a partir do agente político capacitado para mediar as questões públicas, o Estado pode implementar políticas públicas setorializadas que transformem a sociedade de acordo com seus interesses. Por isso, as temáticas debatidas por essas conferências foram determinadas a partir das questões internacionais, conectadas com problemas locais, em um total atendimento as diretrizes globais para o setor. Neste ponto a categoria médica agiu como agente político mediador e promoveu na sociedade a imagem necessária para ser incorporada à mudança pretendida.

Assim, as soluções adotadas partem das referências globais e da hegemonia dominante para o setor, em que o Estado atribuiu a categoria médica o papel de interpretar essas ideias na realidade local. Com isso, a organização de um sistema de saúde nacional, motivando a criação do SUS, a adoção de estratégias de atenção primária à saúde e de programas destinados a promoção da saúde e o aumento de médicos por habitante se situam nesse debate global/local, tendo as ideias hegemônicas para o setor a partir do Relatório Dawson de 1920, a Declaração de Alma-Ata de 1978 e o Consenso de Washington de 1989, documentos de grande importância para o controle sanitário necessário para proteção dos países ricos e dos interesses econômicos, garantindo a adoção de medidas de sustentabilidade para o Estado, itens essenciais que nortearam e balizaram as transformações no setor da saúde brasileiro. Nesse contexto, teve espaço para a experiência Cubana com a ideia do médico

comunitário, que serviu para o Brasil gerar uma nova linha de desenvolvimento para a ação pública na saúde, em um processo que deu origem ao PMM.

Portanto, pode-se entender que a partir dessas principais referências, pôde-se justificar e legitimar a adoção do PMM, no qual o reconhecimento por organismos multilaterais, servem para formação de uma referência global a partir de um acordo firmado no âmbito de cooperação Sul-Sul. Apesar dessa acordo promover a imagem de uma ruptura com a colonialidade existente entre as cooperações que normalmente são Norte-Sul, oportunizando para o Brasil ressignificar o processo de ação pública na saúde, a falta de uma hegemonia local, construída de forma orgânica nas arenas políticas por meio dos aparelhos privados de hegemonia impede o surgimento de uma política de saúde do Estado que resolva em definitivo os problemas do setor, problemas esses que são históricos.

Mignolo (2000, 2010, 2012) explica que não é necessário retroceder e nem negar determinados paradigmas dominantes quando se consegue subsumir nesses paradigmas as realidades locais, que foram anuladas e subvertidas pela lógica dominante e pela colonialidade presente nas estruturas sociais e estatais. Com isso, pode-se pensar na formação de hegemonia local e na luta social sem a subalternidade frente as referências globais. Desse modo, o Estado passaria a criar a referência global a partir da formação de hegemonia local, permitindo assim que a ação pública se torne capaz de atender aos problemas da sociedade. Nesse sentido, o estudo da ação pública pode servir para um processo de autorreflexão da sociedade sobre as suas instituições e sobre as ações dessas nos setores de atuação do Estado, tendo em vista as possibilidades de desenvolvimento político e social.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. 1. ed. São Paulo. Boitempo, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. **As Cartas de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PROESF**: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília: Editora MS, 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/9conferencia/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. **Decreto 99.045, de 07 de março de 1990**. Coleções das leis da República Federativa do Brasil. v. 182. n. 1. janeiro/fevereiro. Brasília: Imprensa Nacional, 1990a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/19320/colecao_leis_1990.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 5 de outubro de 1988. Brasília: Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 91.466, de 23 de julho de 1985**. República Federativa do Brasil: Coleção das leis de 1985 – Atos do poder executivo. Volume VI. Decretos de julho a setembro. Brasília: Imprensa Nacional, 1985. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/19199/collecao_leis_1985_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 84.016, de 20 de setembro de 1979**. República Federativa do Brasil: Coleção das leis de 1979 – Atos do poder executivo. Volume VI. Decretos de julho a setembro. Brasília: Imprensa Nacional, 1979. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/19260/colecao_leis_1979_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 79.318, de 01 de março de 1977**. República Federativa do Brasil: Coleção das leis de 1977 – Atos do poder executivo. Volume II. Decretos de janeiro a março. Brasília: Imprensa Nacional, 1977a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/19281/colecao_leis_1977_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **VI Conferência Nacional de Saúde: Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977b. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/6conferencia/6conf_nac.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 75.409, de 25 de fevereiro de 1975**. República Federativa do Brasil: Coleção das leis de 1975 – Atos do poder executivo. Volume II. Decretos de janeiro a março. Brasília: Imprensa Nacional, 1975a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/19239/colecao_leis_1975_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975b. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/5conferencia/5conf_nac_rel.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 58.266, de 27 de abril de 1966**. Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1966 – Atos do poder executivo. Volume IV. Decretos de abril a junho. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1966. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/19159/colecao_leis_1966_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 52.301, de 24 de julho de 1963**, Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1963 – Atos do poder executivo. Volume VI. Decretos de julho a setembro. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1963. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18984/colecao_leis_1963_parte2.pdf?sequence=3>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Lei 3.268, de 30 de dezembro de 1957**. Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1957 – Atos do poder legislativo. Volume V. Leis de julho a setembro. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1957. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18959/colecao_leis_1957_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Lei 2.312 de 1954**. República dos Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1954 – Atos do poder legislativo. Volume V. Leis de julho a setembro. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1954a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18902/collecao_leis_1954_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Lei 1.920, de 25 de julho de 1953**. República dos Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1953 – Atos do poder legislativo. Volume V. Leis de julho a setembro. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1953a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18901/collecao_leis_1953_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 34.596, de 16 de dezembro de 1953**. República dos Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1953 – Atos do poder executivo. Volume VIII. Decretos de outubro a dezembro. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1953b. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18901/collecao_leis_1953_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 28.429, de 27 de julho de 1950**. República dos Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1950 – Atos do poder executivo. Volume VIII. Decretos de outubro a dezembro. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1951. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18939/colecao_leis_1950_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 7.955, de 13 de setembro de 1945**. República dos Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1945 – Atos do poder executivo. Volume V. Decretos-leis de julho a setembro. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18869/colecao_leis_1945_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 19.560, de 05 de janeiro de 1931**. República dos Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1941 – Atos do poder executivo. Volume II. Decretos de janeiro a março. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1942. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18845/collecao_leis_1931.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 6.788, de 30 de janeiro de 1941**. República dos Estados Unidos do Brasil: Coleção das leis de 1931 – Atos do governo provisório. Volume I. Decretos de janeiro a abril. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18864/colecao_leis_1941_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde**. Folheto n. 5. Rio de Janeiro: Serviço de documentação do Ministério da Educação e Saúde, 1941b. Disponível em: <https://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/1conferencia/1confna_ed.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Lei 378 de 13 de janeiro de 1937**. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1937: Atos do poder legislativo. Volume III. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1938. Disponível em:
<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18862/collecao_leis_1937_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 19.402, de 14 de novembro de 1930**. Collecção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1930: Actos da junta governativa provisória e do governo provisorio. Volume II (outubro a dezembro). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1931a. Disponível em:
<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18822/collecao_leis_1930_parte3.pdf?sequence=4>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 19.444, de 01 de dezembro de 1930**. Collecção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1930: Actos da junta governativa provisória e do governo provisorio. Volume II (outubro a dezembro). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1931b. Disponível em:
<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18822/collecao_leis_1930_parte3.pdf?sequence=4>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 19.519, de 22 de dezembro de 1930**. Collecção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1930: Actos da junta governativa provisória e do governo provisorio. Volume II (outubro a dezembro). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1931c. Disponível em:
<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18822/collecao_leis_1930_parte3.pdf?sequence=4>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 4.931, 06 de dezembro de 1925**. Collecção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1925: Actos do poder executivo. Volume I. (janeiro a dezembro). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1926. Disponível em:
<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18819/collecao_leis_1925_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 4.729 de 05 de setembro de 1923**. Collecção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1923: Actos do poder legislativo. Volume I (janeiro a dezembro). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1924. Disponível em:
<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/19020/collecao_leis_1923_parte1.pdf?sequence=4>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 3.987, de 02 de janeiro de 1920**. Collecção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1920: Actos do poder executivo. Volume II e III. Tomo I e II. (janeiro a junho e julho a dezembro). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921a. Disponível em:
<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18779/collecao_leis_1920_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 3.987, de 02 de janeiro de 1920**. Collecção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1920: Actos do poder executivo. Volume II e III. Tomo I e II. (janeiro a junho e julho a dezembro). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921b. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18779/collecao_leis_1920_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto 14.343, de 07 de setembro de 1920. Collecção das leis da República a dos Estados Unidos do Brasil de 1920: Actos do poder executivo. Volume II e III. Tomo I e II. (janeiro a junho e julho a dezembro). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921c. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18779/collecao_leis_1920_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto 14.354, de 15 de setembro de 1920. Collecção das leis da República dos Estados Unidos do Brazil de 1915: Actos do poder executivo. Volume II. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1917. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18782/collecao_leis_1915_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto nº. 2449, de 01 de fevereiro de 1897. Actos do poder executivo de 1897. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1898. Disponível em:

<https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18722/collecao_leis_1897_parte2.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 13 de maio de 1808. Collecção das leis do Brazil de 1808, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891a. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18319/collecao_leis_1808_parte1.pdf?sequence=4>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decisão 18 de 27 de junho de 1808. Collecção das leis do Brazil de 1808, Parte 2. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891b. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18319/collecao_leis_1808_parte2.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 12 de abril de 1809. Collecção das leis do Brazil de 1809, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891c. Disponível em: <

http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18321/collecao_leis_1809_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decisão nº. 6 de 25 de janeiro de 1809. Collecção das leis do Brazil de 1809, Parte 2. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891d. Disponível em: <

http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18321/collecao_leis_1809_parte2.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto nº. 1270, de 10 de janeiro de 1891. Decretos do Governo provisório da República dos Estados Unidos do Brazil: De 1 a 31 de janeiro de 1891. Fascículo 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891e. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/19119/collecao_leis_1891_parte4.pdf?sequence=9>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 7 de fevereiro de 1808. Collecção das leis do Brazil de 1808, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891f. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18319/collecao_leis_1808_parte1.pdf?sequence=4>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Alvará de 23 de novembro de 1808. Collecção das leis do Brazil de 1808, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891g. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18319/collecao_leis_1808_parte1.pdf?sequence=4>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decisão nº. 2 de 18 de fevereiro 1808. Collecção das leis do Brazil de 1808, Parte 2. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891h. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18319/collecao_leis_1808_parte2.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 12 de outubro de 1808. Collecção das leis do Brazil de 1808, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891i. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18319/collecao_leis_1808_parte1.pdf?sequence=4>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 27 de fevereiro de 1808. Collecção das leis do Brazil de 1809, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891j. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18321/collecao_leis_1809_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Alvará de 7 de janeiro de 1809. Collecção das leis do Brazil de 1809, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891k. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18321/collecao_leis_1809_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 28 de julho de 1809. Collecção das leis do Brazil de 1809, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891l. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18321/collecao_leis_1809_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 24 de outubro de 1822. Collecção das leis do Império do Brazil de 1822, Parte 2. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1887. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18337/collecao_leis_1822_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decisão nº. 120, de 28 de maio de 1824. Collecção das leis do Império do Brazil de 1824, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1886a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18340/collecao_leis_1824_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decisão nº 174, de 21 de agosto 1824. Collecção das leis do Império do Brazil de 1824, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1886b. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18340/collecao_leis_1824_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decisão nº. 199, de 15 de setembro de 1824. Collecção das leis do Império do Brazil de 1824, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1886c. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18340/collecao_leis_1824_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decisão nº. 197 de 3 de setembro de 1825. Collecção das decisões do Governo do Império do Brazil de 1825, Parte 2. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1885. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18341/collecao_leis_1825_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Lei de 09 de dezembro de 1826. Collecção das leis do Império do Brazil de 1826, Parte 1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1880. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18339/collecao_leis_1826_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Lei de 30 de agosto de 1828. Collecção das leis do Império do Brazil de 1828, Parte 1. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1878a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18353/collecao_leis_1828_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ordem nº 173 de 14 de novembro de 1828. Collecção das decisões do governo do Império do Brazil de 1828. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1878b. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18353/collecao_leis_1828_parte3.pdf?sequence=3>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 17 de janeiro de 1829. Actos do poder executivo de 1829. Parte 2 Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1877. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18352/collecao_leis_1829_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Lei de 26 de agosto de 1830. Collecção das leis do Império do Brazil de 1830, Parte 1. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1876a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18459/collecao_leis_1830_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 15 de janeiro de 1830. Collecção das leis do Império do Brazil de 1830, Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1876b. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18459/collecao_leis_1830_parte2.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decisão nº. 244, de 13 de agosto de 1831. Collecção das decisões do governo do Império do Brazil de 1831, Parte 3. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1876c. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18460/collecao_leis_1831_parte3.pdf?sequence=5>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Decreto de 13 de outubro de 1831. Collecção das leis do Império do Brazil de 1831, Parte 1. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1875. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18460/collecao_leis_1831_parte1.pdf?sequence=3>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Lei de 03 de outubro de 1832**. Collecção das leis do Império do Brazil de 1832, Parte 1. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1874a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18461/collecao_leis_1832_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto de 19 de outubro de 1832**. Collecção das leis do Império do Brazil de 1832, Parte 1. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1874c. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18461/collecao_leis_1832_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto de 08 de maio de 1835**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1835, Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1864. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18464/collecao_leis_1835_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto nº. 268 de janeiro de 1843**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1843, Tomo 6 Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1868. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18342/collecao_leis_%201843_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decisão nº. 263, de 30 de abril de 1836**. Collecção das decisões do governo do Império do Brasil de 1836. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1861a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18465/collecao_leis_1836_parte3.pdf?sequence=3>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decisão nº. 127, de 06 de maio de 1837**. Collecção das decisões do governo do Império do Brasil de 1837. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1861b. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18466/collecao_leis_1837_parte3.pdf?sequence=3>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Regulamento nº. 08 de 31 de janeiro de 1838**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1838, Tomo 1. Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1839. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18467/collecao_leis_1838_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto nº. 601, 19 de abril de 1849**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1851, Tomo 14. Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1852a. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18381/collecao_leis_1851_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto nº. 763, de 22 de fevereiro de 1851**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1851, Tomo 14. Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1852b. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18381/collecao_leis_1851_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto nº. 598, de 14 de setembro de 1850**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1851, Tomo 14. Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1852c. Disponível em: <

http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18381/collecao_leis_1851_parte2.pdf?sequence=2 >. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto nº. 828, de 29 de setembro de 1851**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1851, Tomo 14. Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1852d. Disponível em: <

http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18381/collecao_leis_1851_parte2.pdf?sequence=2 >. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto nº. 2.368 de 05 de março de 1859**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1859, Tomo 22. Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1859. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18473/collecao_leis_1859_parte2.pdf?sequence=3>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 3.692, de 31 de agosto de 1866**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1866, Tomo 29. Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1866. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18483/collecao_leis_1866_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 4454, de 12 de janeiro de 1870**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1870, Tomo 33. Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1870. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18561/collecao_leis_1870_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 6377, de 15 de novembro de 1876**. Collecção das leis do Império do Brasil de 1876, Tomo 39. Parte 2. Volume 1. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1876d. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18659/collecao_leis_1876_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto 7303-A, de 31 de maio de 1879**. Actos do poder executivo de 1879. Parte 2. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1879. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18667/collecao_leis_1879_parte2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 nov. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JUNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2016, v. 21, n. 09, pp. 2655-2663. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; JUNIOR PEREIRA, Nilton; CASTRO, Cristiane Pereira de. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2014, v. 18, suppl 1, pp. 983-995. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. 1997, v. 13, n. 1, pp. 141-144. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000100025>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A Reforma Sanitária necessária. In: BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (Org.). **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec; Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Reforma-Sanitaria-Italia-e-Brasil.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3ª, 1963, Rio de Janeiro. **3ª Conferência Nacional de Saúde – 1963 – Anais**. Niterói: Fundação Nacional de Saúde, 1992. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/3conferencia/3confnac_an.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Anais** Ministério da Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_rel.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª, 1980, Brasília. **7ª Conferência Nacional de Saúde – Anais** Ministério da Saúde 1980. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/7conferencia/7conf_nac%20.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4ª, 1967, Rio de Janeiro. **Anais da IV Conferência Nacional de Saúde – Recursos humanos para as atividades de saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Saúde, 1967. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

DAWSON, Sir Bertrand Edward, Visconde Dawson of Penn *et al.* Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services: an interim report of the consultative council for england. United Kingdom Ministry of Health. **Consultative Council on Medical Allied Services**. London: His Majesty's Stationery Offices; Royal College of Surgeons of England; Consultative Council on Medical and Allied Services, 1920. Disponível em: < <https://www.sohealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>> Acesso em: 28 jun. 2019.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978, Set 6-12; Alma Ata, URSS, 1978. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.

DUSSEL, Enrique. **1492: o encobrimento do outro**: a origem do mito da modernidade: Conferência de Frankfurt. Tradução Jaime A. Clasen. Petrópolis: Vozes, 1993.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. IN: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** [livro eletrônico]. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GRAMSCI, Antonio. **O leitor de Gramsci**: escritos escolhidos 1916-1935. COUTINHO, Carlos Nelson (Org.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

GRAMSCI, Antonio. **Caderno do cárcere**. vol. 3. Maquiavel e Notas sobre o Estado e a Política. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 2007.

GRAMSCI, Antonio. **Caderno do cárcere**. vol. 2. Os intelectuais. O princípio educativo. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 2001.

GRAMSCI, Antonio. **Caderno do cárcere**. vol. 1. Introdução aos estudos da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 1999.

GROSGUÉL, Ramón. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. Coimbra, n. 80, p. 115-147, 2008. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/rccs/697>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. Petrópolis: Vozes, 2010.

GURGEL, Cristina. **Doenças e curas**: o Brasil nos primeiros séculos. São Paulo: Editora Contexto, 2014.

HAAS, Peter. Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. International Organization. **Cambridge University Press**. v. 46, n. 1, p. 1-35, 1992. Disponível em: <<http://links.jstor.org/sici?sici=0020-8183%28199224%2946%3A1%3C1%3AIECAIP%3E2.0.CO%3B2-%23>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

IBGE. **Conta-satélite de saúde**: Brasil: 2010-2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101690>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

JOBERT, Bruno.; MULLER, Pierre. **L'État en Action**: politiques publiques et corporatismes. Paris: PUF, 1987.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. ed. 5. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stimer, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846). São Paulo: Boitempo, 2007.

MALVEZZI, Edson; OGATA, Marcia Niituma; OLIVEIRA, José Maurício de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apropriação social do Sistema Único de Saúde: ouvindo a voz dos usuários. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2021, v. 25. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200291>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

MIGNOLO, Walter; WALSH, Catherine E. **On decoloniality: concepts, analytics, práxis**. Durham: Duke University Press, 2018.

MIGNOLO, Walter. **Local histories/Global designs: coloniality, subaltern knowledges, and border thinking**. New Jersey: Princeton University Press, 2012.

MIGNOLO, Walter. **Desobediência epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la decolonialidad**. Colección Razón Política. Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2010.

MIGNOLO, Walter. **Local histories/Global designs: coloniality, subaltern knowledges, and border thinking**. New Jersey: Princeton University Press, 2000.

MULLER, Pierre. **As políticas públicas**. Tradução: Carla Vicentini. Niterói: Eduff, 2018.

MULLER, Pierre. Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique: structures, acteurs e cadres cognitifs. **Revue Française de Science Politique**. v. 55, n. 1, p. 155-187, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.3917/rfsp.551.0155>>. Acesso em: 16 fev. 2020.

MULLER, Pierre. L'État en action revisité. **Pôle Sud**, n. 2, p. 31-42, 2004. Disponível em:<<https://doi.org/10.3917/psud.021.0031>>. Acesso em: 16 fev. 2020.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. **A análise das políticas públicas**. Tradução: Agemir Bavaresco; Alceu R. Ferraro. Pelotas: Educat, 2002.

NAVA, Pedro. **Capítulos da história da medicina no Brasil**. Cotia: Ateliê Editorial; Londrina: Eduel; São Paulo: Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes, 2003.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica**. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

OECD. Eurostat. **Oslo manual 2018: guidelines for collecting, reporting and using data on innovation**. 4. ed. Paris: OECD Publishign; Luxemburgo: Eurostat, 2018. Disponível em: <https://read.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/oslo-manual-2018_9789264304604-en#page17>. Acesso em: 18 out. 2020.

OLIVEIRA, Sidinei Rocha de; ECCEL, Cláudia Sirangelo. Socialização e cultura Organizacional. In: PICCININI, Valmíria Carolina; ALMEIDA, Marilis Lemos; OLIVEIRA, Sidinei Rocha de (Org.). **Sociologia e administração: relações sociais nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

OMS. **The 2018 update, Global Health Workforce Statistics**. Geneva: WHO - World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>>. Acesso em 20 nov. 2019

ONU; United Nations Office for South-South Cooperation. **Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development**. Vol. 01. New York: YAT Communication, 2016. Disponível em: <<https://www.unsouthsouth.org/2016/05/30/good-practices-in-south-south-and-triangular-cooperation-for-sustainable-development-2016/>>. Acesso em 20 nov. 2019

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

PORTUGAL. **Ordem ao Conselho Ultramarino, de 1º de junho de 1742**. Systema, ou Collecção dos Regimentos Reaes: Contem os Regimentos pertencentes á Administração da Fazenda Real, Justiças, e Militares. Tomo VI. Lisboa: Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1791a. Disponível em:

<http://www.governodosoutros.ics.ul.pt/?menu=consulta&id_partes=116&acao=ver&pagina=1>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PORTUGAL. **Provisão Régia, de 27 de maio de 1742 Provisão Régia, de 27 de maio de 1742**. Systema, ou Collecção dos Regimentos Reaes: Contem os Regimentos pertencentes á Administração da Fazenda Real, Justiças, e Militares. Tomo VI. Lisboa: Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1791b. Disponível em:

<http://www.governodosoutros.ics.ul.pt/?menu=consulta&id_partes=116&acao=ver&pagina=1>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PORTUGAL. **Regimento Geral, de 16 de maio de 1774**. Systema, ou Collecção dos Regimentos Reaes: Contem os Regimentos pertencentes á Administração da Fazenda Real, Justiças, e Militares. Tomo VI. Lisboa: Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1791c. Disponível em:

<http://www.governodosoutros.ics.ul.pt/?menu=consulta&id_partes=116&acao=ver&pagina=1>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PORTUGAL. **Conselho Ultramarino, de 26 e outubro de 1745**. Systema, ou Collecção dos Regimentos Reaes: Contem os Regimentos pertencentes á Administração da Fazenda Real, Justiças, e Militares. Tomo VI. Lisboa: Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1791d. Disponível em:

<http://www.governodosoutros.ics.ul.pt/?menu=consulta&id_partes=116&acao=ver&pagina=1>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PORTUGAL. **Carta Régia de 17 de junho de 1782**. Systema, ou Collecção dos Regimentos Reaes: Contem os Regimentos pertencentes á Administração da Fazenda Real, Justiças, e Militares. Tomo VI. Lisboa: Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1791e. Disponível em:

<http://www.governodosoutros.ics.ul.pt/?menu=consulta&id_partes=116&acao=ver&pagina=1>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PORTUGAL. **Carta Régia de 25 de fevereiro de 1521**. Systema, ou Collecção dos Regimentos Reaes: Contem os Regimentos pertencentes á Administração da Fazenda Real, Justiças, e Militares. Tomo VI. Lisboa: Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1791f. Disponível em:

<http://www.governodosoutros.ics.ul.pt/?menu=consulta&id_partes=116&acao=ver&pagina=1>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PORTUGAL. **Carta Régia de 12 de dezembro de 1631**. Systema, ou Collecção dos Regimentos Reaes: Contem os Regimentos pertencentes á Administração da Fazenda Real, Justiças, e Militares. Tomo VI. Lisboa: Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1791g. Disponível em:

<http://www.governodosoutros.ics.ul.pt/?menu=consulta&id_partes=116&acao=ver&pagina=1>. Acesso em: 20 nov. 2019.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder e classificação social. SOUSA SANTOS, Boaventura de.; MENESES, Maria de Paula. (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina SA, 2009.

QUIJANO, Aníbal. Dom Quixote e os moinhos de vento da América Latina. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 19, n. 55, p. 9-31, dezembro de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142005000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2020.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade, poder, globalização e democracia. **Novos rumos**, n. 37, ano 17, p. 4-28, 2002. Disponível em: <<https://www2.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/2192>>. Acesso em: 14 jul. 2020

SANTOS, Joelma Cristina; MELO, Walter. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 28 fev. 2021.

SCHUMPETER, Joseph Alois. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico (1934). Tradução de Maria Sílvia Possas. Coleção Os Economistas. São Paulo: Nova Cultural, 1997

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, Ana Lucia. **A reforma educacional brasileira da década de 1990**: crítica à opção preferencial pela mercantilização do Ensino. 2004. 215. f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, São Carlos, 2004.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. **Para descolonizar Ocidente**: más alla del pensamiento abismal. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO; Prometeo Libros, 2010a.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. **Descolonizar el saber, reinventar el poder**. Montevideo: Ediciones Trilce; Extención universitaria, Universidad de la República, 2010b.

SROUR, Robert Henry. **Poder, cultura e ética nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; **Poli Neto**, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010, v. 15, suppl 3, pp. 3615-3624. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>>. Acesso em: 30 jan. 2021.

WILLIAMSON, John. A short history of the Washington Consensus. In: SERRA, Narcís; STIGLITZ, Joseph Eugene (org.). **The Washington Consensus reconsidered**: toward a new global governance. Oxford: Oxford University, p. 14-30, 2008. Disponível em: <<https://growthlab.cid.harvard.edu/files/growthlab/files/serra8.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.