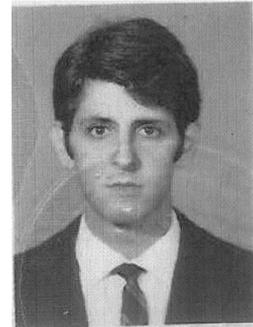


## Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde

Ricardo Bruno: history, social processes and health practices



José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres<sup>1</sup>

**Abstract** *This essay has the objective of revisiting the intellectual output of Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1946-1996), Professor of the Department of Preventive Medicine of the Faculty of Medicine of the University of São Paulo and one of the theoreticians who participated in the construction of the field of Brazilian Collective Health during the years 1970-1990. On the basis of brief biographical and bibliographical information, as well as relevant aspects regarding the historical context in which his output is located, I examine the principal works of the author, their effects on the lines of investigation of his pupils and his legacy of contributions and challenges for Collective Health. I highlight the genesis and development of his Theory of the Health Work Process and his contributions to the understanding and empirical investigation of the socio-historical dimensions of health practices and for the reconstruction of knowledge and technologies in the context of the Brazilian Health Sector Reform. In particular, I highlight his concern with the ethical perspective of academic praxis and in this sense, with hope as a human value which is historically objectified and intersubjectively constructed.*

**Keywords** *Collective health, Social medicine, Medicine/History, Health sciences, Attention to health*

**Resumo** *Este ensaio tem como objetivo visitar a produção intelectual de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1946-1996), professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e um dos teóricos que participou da construção do campo da Saúde Coletiva brasileira nos anos 1970-1990. Partindo de breves informações biográficas e bibliográficas, assim como de aspectos relevantes acerca do contexto histórico no qual se situa sua produção, examina-se os principais trabalhos do autor, seus desdobramentos nas linhas de investigação de seus alunos e seu legado de contribuições e desafios para a Saúde Coletiva. Destaca-se a gênese e o desenvolvimento de sua Teoria do Processo de Trabalho em Saúde e seus aportes para a compreensão e a investigação empírica das dimensões sócio-históricas das práticas de saúde e para a reconstrução de saberes e tecnologias no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira. Ressalta-se, ainda, sua preocupação com a perspectiva ética da práxis acadêmica e, nesse sentido, com a esperança como valor humano historicamente objetivado e intersubjetivamente construído.*

**Palavras-chave** *Saúde coletiva, Medicina social, Medicina/história, Ciências da saúde, Atenção à saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, Av. Doutor Arnaldo 455, Cerqueira César, 01246-903 São Paulo SP Brasil. jrcayres@usp.br

### **Angelus Novus**

Quando Paul Klee (1879-1940) criou o seu *Angelus Novus*, em 1920, certamente não poderia imaginar que essa imagem se tornaria mundialmente conhecida como símbolo da história. Essa identidade, que imortalizaria o desenho como o “Anjo da História”, decorreu do fascínio que a obra produziu em Walter Benjamin (1892-1940) e da interpretação que o filósofo e escritor alemão daria a ela nas suas “Teses sobre o Conceito de História”, redigidas 20 anos depois<sup>1</sup>. Esse profundo pensador leu nos olhos escancarados, na boca dilatada e nas asas abertas e imobilizadas do Anjo o horror de um progredir incessante e implacável, que, como um vento forte que sopra desde o passado, empurra-o, de costas para o futuro, fazendo-o testemunhar a barbárie que se acumula e impedindo-o de resgatar aqueles que vão sucumbindo sob seus destroços.

Não posso deixar de me remeter a essa forte imagem de Klee e sua inspiradora interpretação por Benjamin no momento em que revisito a obra de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, ou simplesmente Ricardo Bruno, como era conhecido na Saúde Coletiva brasileira. Esta associação decorre menos de lastros conceituais da tradição intelectual de Benjamin na produção de Ricardo Bruno que de uma vinculação estética e ética.

Na contemplação da imagem do Anjo, ao contrário do que se poderia supor em um primeiro momento, experimenta-se um sentimento que não é o do horror imobilista frente à visão da barbárie, muito menos o da indiferença. Não é mero detalhe o fato de ser um anjo aquele que nos revela a história. O Anjo encarna a história, ele a torna visível para nós. Embora suas asas estejam paralisadas pela força do vento, elas estão assim mesmo porque opõem resistência ao vento; o anjo não se deixa levar dando as costas para o passado. O Anjo caminha para o futuro à medida mesma que vai experimentando a força do passado em suas asas. Como anjo, ele é mensageiro, ele encarna a mensagem. E não há como não ver nas feições quase pueris do Anjo de Klee/Benjamin um frescor de renovação, uma esperança de superar a barbárie, sem dar as costas à história, ou exatamente por não dar as costas à história.

Há, assim, um compromisso com o Bem no Anjo da História. Mas um Bem que não é uma ideia abstrata, nem uma vivência individual, e sim uma construção contrafática ao mal que se materializa no sofrimento do outro, no padecimento das pessoas de carne e osso atingidas pelas violências e negligências de ações concretas acumuladas na e pela história. O que nos une, com

a mediação do Anjo, na preocupação em resgatar essas pessoas dos destroços da barbárie, não é outra coisa que a comunidade de origem e destino que nos vincula a elas como humanos, que nos identifica como gênero humano, de onde vem a esperança de superação do mal.

Eis aqui as afinidades com a contribuição de Ricardo Bruno à construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil. De um lado, por seu esforço de trazer a história, em sua materialidade radical, para dentro do pensamento social em saúde. De outro lado, sua determinação de fazê-lo sem nunca perder de vista o sentido ético desse resgate histórico e da *práxis* científica de modo geral. Historicidade, materialismo, saúde como valor concreto para o gênero humano, a esperança como virtude a ser perseguida na *práxis* científica da Saúde Coletiva: essas são as ideias que me parecem caracterizar mais fortemente o legado de Ricardo Bruno à “escola”<sup>2</sup> que ele ajudou a construir na Saúde Coletiva.

Embora, pela natureza deste ensaio, seja mandatário trazer ao leitor alguns dados biográficos e notícias sobre o conjunto de sua obra, não tenho a pretensão de percorrer aqui a totalidade da produção e esgotar a pluralidade das contribuições de Ricardo Bruno. O leitor perceberá que a ênfase recairá sobre alguns trabalhos considerados mais expressivos e sobre determinados constructos teóricos ali difundidos. Espero que essas escolhas não enviesem demasiadamente a leitura de sua obra, empobrecendo a compreensão do seu sentido geral, mas, ao contrário, que sejam um estímulo a que novas leituras e releituras venham imprimir renovadas potências ao diálogo a que não nos cessa de convidar a poderosa construção intelectual desse saudoso mestre.

### **Breves notas biográficas e bibliográficas**

Ricardo Bruno nasceu em 2 de agosto de 1946, na cidade de São Paulo. Aluno destacado em todas as fases de sua formação, ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) entre os primeiros lugares, posição que manteve durante toda sua graduação. Formou-se em Medicina em 1971 e, durante os anos de 1972 a 1974, cursou a Residência Médica em Medicina Preventiva e Social no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (DMP). Integrou a esta formação o Curso de Especialização em Saúde Pública, ministrado, em 1977, pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Já no ano de 1975, ingressou na carreira docente no DMP, vindo a trabalhar com importantes docentes desse Departamento e figuras de grande

importância na construção acadêmica da Saúde Coletiva brasileira, como o Professor Guilherme Rodrigues da Silva (1928-2006) e a Professora Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983)<sup>3</sup>.

Foi Donnangelo, sem dúvida, a principal interlocutora em sua trajetória acadêmica, não apenas pelos laços institucionais estabelecidos por sua condição de mais próximo colaborador intelectual, mas, especialmente, por ter estabelecido com sua obra principal<sup>4</sup> um diálogo teórico que jamais abandonaria: a investigação da consubstancialidade tecnossocial das práticas de saúde e a busca da apreensão e manejo desta nos saberes aplicados às ações técnicas e políticas voltadas à saúde coletiva.

Ricardo Bruno defendeu seu mestrado em 1979<sup>5</sup>, publicado em livro alguns anos depois<sup>6</sup>, e em 1986 seu doutorado<sup>7</sup>, também publicado posteriormente<sup>8</sup>.

Ao longo de sua carreira docente, teve ativa atuação em diversos fóruns de construção acadêmica e política do campo da Saúde Coletiva, junto à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Conduziu regularmente grupos de estudo com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e desenvolveu também intercâmbios importantes com a Universidade Federal da Bahia e a Escola Nacional de Saúde Pública. Contribuiu significativamente para a formação de quadros, internamente à Universidade e em atividades de extensão. Especialmente relevante, nesse aspecto, foram suas atuações junto ao Curso de Aperfeiçoamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU), elaborado em 1987 a partir de parceria entre a Organização Pan-americana de Saúde, o Ministério da Saúde e diversas instituições acadêmicas, e ao Centro de Formação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEFOP), durante o governo de Luiza Erundina à frente da Prefeitura do Município de São Paulo (1989-1993).

Ricardo faleceu por aids em 1996, mesmo ano em que chegava ao Brasil a terapia antirretroviral combinada, o chamado coquetel, infelizmente não a tempo de beneficiá-lo. Por ironia do destino, o elaborador da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde deixou-nos justamente no dia 1 de maio, em que se comemora no Brasil o Dia do Trabalho.

A obra escrita que Ricardo Bruno deixou não é muito volumosa e alguns materiais são de difícil acesso – uma compilação desta produção encontra-se no Quadro 1. Sua influência foi, não obstante, muito expressiva e se faz sentir até hoje, com seus trabalhos sendo ainda citados quase 20

anos após sua morte. Partindo da consubstancialidade tecno-social das práticas de saúde, Ricardo desenvolveu sua Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, quadro conceitual que, a partir de premissas do materialismo histórico e do estruturalismo genético, forneceu bases consistentes e profícuas para uma ampla gama de estudos no campo da saúde.

### Teoria do Processo de Trabalho em Saúde

Para melhor compreender a produção intelectual de Ricardo Bruno, cabe lembrar, especialmente aos leitores das novas gerações, o contexto em que foi produzida. Como o próprio movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), Ricardo iniciou seu desenvolvimento acadêmico no período da ditadura militar, juntando-se a um conjunto de intelectuais e profissionais da saúde que criticavam a situação de exceção, de cerceamento das liberdades democráticas e perseguição política, e as repercussões dessa situação sobre o quadro sanitário do país, marcado por profundas desigualdades e dificuldades. Neste contexto, não é de se estranhar que a tradição discursiva da Medicina Social<sup>9</sup>, originada na Europa revolucionária do início do século XIX, tenha se tornado uma forte influência na saúde pública brasileira. Deste movimento de ideias, atualizado em terras brasileiras pelos desenvolvimentos teóricos vindos do marxismo e do estruturalismo da primeira metade do século XX, pela experiência local de pobreza e desigualdade social e pela resistência política ao regime militar, reteve-se a firme percepção das relações entre as condições de saúde da população e a organização da vida social (política, econômica, cultural) e a convicção de que não se poderia alterar a primeira sem transformar a segunda.

Nesse sentido, a Medicina e suas tecnologias precisavam ser despidas de sua aura de neutralidade e o fazer dos médicos (e de outros profissionais de saúde) de seu caráter quase “sacerdotal”, para serem entendidos como práticas sociais que eram. Eles precisavam ser compreendidos como elementos estruturados historicamente no âmbito de interesses de sujeitos concretos, temporal e geograficamente localizados, que os construíram segundo possibilidades material e ideologicamente delimitadas. Somente esta apropriação crítica poderia trazer à luz seus vieses políticos e limites práticos, criando condições para sua reconstrução de forma consubstanciada à reconstrução da vida social de modo mais geral.

Os trabalhos de Sérgio Arouca<sup>10</sup> e Cecília Donnangelo<sup>4</sup> foram paradigmáticos desse mo-

**Quadro 1.** Bibliografia de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1979-1996).

1979. Mendes-Gonçalves, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP], 209 p.
1984. Mendes-Gonçalves, R. B. *Medicina y historia: raíces sociales del trabajo médico*. México D.F.: Siglo Veintiuno, 1984 (publicação em espanhol da dissertação de mestrado de 1979), 204 p.
1985. Mendes-Gonçalves, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: Carvalheiro, J. R. (Org.). *Textos de Apoio – Epidemiologia I*. Rio de Janeiro: ABRASCO, PEC/ENSP, p. 31-88
1986. Mendes-Gonçalves, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da USP], 416 p.
1986. Pellegrini Fo., A. et al. Pesquisa em Saúde Coletiva. *Estudos de Saúde Coletiva* 4: 41-52.
1986. Silva, J. A.; Mendes-Gonçalves, R. B.; Goldbaum, M. Atenção primária em saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira. Brasília: Ministério da Saúde, 173 p.
1987. Mendes-Gonçalves, R. B. O campo de atuação do médico sanitário. In: *Formação, aperfeiçoamento e campo de atuação do médico sanitário (VI Encontro de Médicos Sanitaristas)*. São Paulo: Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo. Associação dos Médicos Sanitarista, p. 5-9.
1987. Mendes-Gonçalves, R. B., Elias, P. E. M.; Marsiglia, R. G. Contribuição para o debate sobre residência em Medicina Preventiva e Social. *Estudos de Saúde Coletiva* 5: 41-52.
1988. Mendes-Gonçalves, R. B. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde (Série Desenvolvimento de Sistemas de Saúde No. 6), 68 p.
1988. Mendes-Gonçalves, R. B. *Processo de trabalho em saúde*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva (Texto de apoio ao CADRHU). [mimeo] 22 p.
1988. Mendes-Gonçalves, R. B. Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem. In: *Anais do V Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Belo Horizonte: Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, p. 27-39.
1989. Mendes-Gonçalves, R. B. Prefácio. In: Almeida Fo., N. A. *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus.
1989. Mendes-Gonçalves, R. B.; Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. *Espaço para a Saúde*. 1(1): 34-43.
1990. Mendes-Gonçalves, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: Costa, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC, p. 39-86 (reedição do texto publicado em *Textos de Apoio – Epidemiologia I*, em 1985).
1990. Mendes-Gonçalves, R. B.; Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: HUCITEC, p. 37-63 (também editado em *Espaço para a Saúde* 1(1), em 1989).
1991. Mendes-Gonçalves, R. B. A saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. *São Paulo Em Perspectiva*. 5(1):99-106.
1991. Mendes-Gonçalves, R. B. O processo tecnológico do trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. 4:97-102
1991. Marsiglia, R. G.; Mendes-Gonçalves, R. B.; Carvalho, E. A. A produção do conhecimento e das práticas. *Terapia Ocupacional*. 2(2/3): 114-126.
1992. Mendes-Gonçalves, R. B. Cecília Donnangelo hoje. *Saúde e sociedade* 1(1):3-5.
1992. Mendes-Gonçalves, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR (Cadernos CEFOR – Textos 1), 53 p. (versão ampliada do texto de apoio produzido para o CADHRU em 1988).
1994. Schraiber, L. B.; Médiçi, L. B. Mendes-Gonçalves, R. B. El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos. *Educación Médica y Salud* 28(1): 20-52
1994. Mendes-Gonçalves, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO. 278 p.
1995. Mendes-Gonçalves, R. B. Prefácio. In: Ayres, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: HUCITEC, 1995, p. 13-20.
1995. Mendes-Gonçalves, R. B. *Epidemiologia e emancipação (Resenha)*. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 2(2): 138-141. (reprodução parcial do Prefácio a *Epidemiologia e Emancipação*).
1995. Mendes-Gonçalves, R. B. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “Razão e Planejamento”. In: Gallo, E. (Org.) *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: HUCITEC, p. 13-31.
1996. Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: ações e programas na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
1996. Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. Apresentação. In: Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: ações e programas na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, p. 23-28.
1996. Schraiber, L. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: ações e programas na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, p. 29-47.

vimento no Brasil, e são considerados canônicos de um conjunto de estudos teóricos e aplicados que foram se desenvolvendo no contexto da RSB. Na trilha destes estudos, Ricardo Bruno produziu seu mestrado sobre “Medicina e História”<sup>25</sup>, a que nos referiremos, a partir de agora, pela sigla MH.

Apesar de, na maior parte das vezes, o doutorado marcar a contribuição particular de um autor para seu campo de atuação e, no caso de Ricardo Bruno, ter sido, talvez, seu trabalho mais difundido e impactante, julgo que MH tem um papel central no conjunto de sua obra. Embora relativamente pouco lido e citado, sem MH não haveria a Teoria do Processo de trabalho em Saúde e toda a derivada gama de investigações dela desdobrada.

Essa afirmação pode ser conflitante com a impressão causada por uma primeira leitura (ou releitura) desse estudo hoje. Ao percorrermos as páginas de MH ele parece um estudo datado. A filosofia marxiana que lhe sustenta está bastante presa à leitura estruturalista dos anos 1970, sem sinais, ainda, das reconstruções metacríticas que iriam lhe dar novas feições nos anos 80 e 90 – inclusive na produção do próprio autor. As relações entre infraestrutura e superestrutura são interpretadas de forma ainda algo mecânica, determinista, pouco sensível a outras fontes de normatividade social; pouco atenta aos processos comunicativos dinâmicos e tensionadores das instituições, especialmente facilitados pelos rápidos e capilares meios de comunicação da era digital. Há, por fim, uma grande preocupação com a definição do caráter produtivo (ou improdutivo) do trabalho em saúde (foco de um debate com Arouca) que hoje parece completamente ociosa frente às transformações pelas quais passa a vida social no capitalismo tardio – no qual a progressiva e ilimitada incorporação de tecnologia material aos processos de trabalho, a extensiva mediação institucional das relações de produção e a mercadorização da noção de bem-estar social, entre outros aspectos, tornam cada vez mais imbricados e interdependentes os diversos momentos da reprodução material das sociedades contemporâneas.

No entanto, não deixa de impressionar até hoje o rigor teórico e a competência com que Ricardo desconstrói a imagem do médico (e, com ele, do trabalhador da saúde de modo geral) como alguém colocado à margem da história, produzindo e usando saberes racionais, objetivos e verdadeiros em prol de um bem universal e abstrato chamado saúde. Rigor e competência que, por outro lado, mantêm sua argumentação a salvo de

qualquer deslize panfletário ou maniqueísta, que precise reduzir o médico a um mero “intelectual orgânico da burguesia” ou a Medicina a uma construção ideológica estritamente voltada ao controle da força de trabalho e legitimação de sua dominação (sem, contudo, deixarem de sê-lo também).

Talvez essa característica tenha custado a MH a pouca popularidade que alcançou à época de sua publicação, em um tempo tão polarizado politicamente. Mas o fato é que, com a paciência histórica do trabalho teórico, a perspectiva conceitual alcançada por Ricardo Bruno contribuiu para a construção de aproximações ao estudo das práticas de saúde no Brasil nas quais o materialismo e a história passaram a ser não apenas formas de expressar uma tomada de posição política, de denúncia crítica, mas configurou positivamente possibilidades de pesquisa teórica e aplicada de caráter reconstrutivo. A influência de autores como Antonio Gramsci (1891-1937), inicialmente, e György Lukács (1895-1971) e Lucién Goldmann (1913-1970), mais adiante, talvez explique sua sensibilidade ao devir histórico e ao papel dos sujeitos e suas interações nesse devir, permitindo não apenas escapar de dogmatismos marxistas como apostar nas possibilidades reconstrutivas pelo interior mesmo das práticas de saúde.

De forma brilhante, Ricardo Bruno desenvolve em MH a caracterização da dupla posição dos médicos nas sociedades capitalistas. De um lado, pertencem à elite intelectual que formula os projetos sociais hegemônicos, baseados na legitimidade e poder prático das ciências médicas. De outro lado, são trabalhadores que produzem serviços e, enquanto tal, são dominados não apenas pelas relações de produção que progressivamente definem seus modos de trabalho e de vida (por regimes de formação e emprego, remuneração, status social, etc.), mas também pelo progressivo poder da tecnologia em determinar o valor das ciências (das quais os médicos seriam os supostos senhores) e o lugar dos profissionais nos processos de trabalho em saúde concretamente operados. Ora, é exatamente nesta situação contraditória que Ricardo Bruno enxerga as potencialidades emancipadoras de uma prática teórica que se dedique a explorar o modo como as tecnologias se relacionam com as ciências da saúde e seus sujeitos. Apostar em uma compreensão cientificamente sólida e politicamente consciente destas tecnologias pode tensionar e transformar posições de sujeitos, relações de poder e, portanto, projetos coletivos de saúde e de sociedade.

Com isso, MH termina deixando aberta mais que uma linha, um verdadeiro programa de in-

investigações, capaz de estimular e subsidiar diversas escolas dentro da Saúde Coletiva brasileira e latino-americana. Em um breve e não exaustivo inventário dessas investigações em sua própria escola, vale destacar, além de seu próprio doutorado<sup>7</sup>, estudos de colegas, colaboradores e alunos sobre trabalho médico<sup>11</sup>, tecnologias médicas<sup>12</sup>, avaliação de tecnologias de atenção básica<sup>13</sup>, planejamento em saúde<sup>14</sup>, aspectos epistemológicos e filosóficos das práticas de saúde<sup>15-18</sup> e os diversos estudos aplicados ao serviço experimental de atenção primária que Ricardo ajudou a implantar e desenvolver, o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, ou Centro de Saúde Escola do Butantã<sup>19,20</sup>, onde a experimentação de modelos tecnológicos alternativos segue em seu propósito de colaborar para a construção de práticas de saúde inclusivas e emancipadoras<sup>21</sup>.

No seu doutorado<sup>8</sup>, sobre a “Organização Tecnológica do Trabalho” nas unidades básicas do Estado de São Paulo, que abreviaremos por OT, o quadro conceitual construído no mestrado foi amadurecido a ponto de configurar uma Teoria do Processo de Trabalho em Saúde. Além do desenvolvimento conceitual, um estudo empírico qualitativo, que combinou a observação de serviços com entrevistas a profissionais, buscou apreender a materialidade e a historicidade das práticas de saúde no contexto concreto da saúde pública paulista. O quadro teórico foi, então, posto à prova, e de modo bem sucedido. Ricardo Bruno identificou nesse estudo a polarização dos saberes operados concretamente nas unidades de saúde em torno de duas modalidades-tipo de racionalidade aplicada: a clínica e a epidemiologia. Demonstrou como esses polos abstratos estão relacionados a processos de trabalho que implicam objetos, instrumentos e finalidades estruturalmente interdependentes, mas diversos o suficiente para sancionar ou obstaculizar diferentes perspectivas subjetivas e projetos tecnopolíticos em confronto na organização da atenção à saúde em construção no país.

Nesse sentido, OT constitui-se como potente crítica tanto ao empobrecimento da incorporação da racionalidade epidemiológica à atenção básica, onde ela teria um papel fundamental a cumprir, quanto à proposição de ações voltadas à saúde coletiva insensíveis à importância da racionalidade clínica na construção de práticas efetivamente capazes de dialogar com as populações e suas necessidades de saúde. Em outras palavras, desconstruiu o tecnicismo conservador que autonomiza e polariza essas duas esferas de saber e apontou para a integração clínico-epide-

miológica como um horizonte de superação de compreensões individualistas, naturalizadoras e tecnocráticas da organização tecnológica da atenção primária.

Desnecessário enfatizar as aberturas trazidas por OT ao campo da Saúde Coletiva, que se estende, como apontado nos trabalhos acima citados, das possibilidades de revisita histórico-epistemológica aos saberes da saúde à proposição de novos arranjos entre saberes e tecnologias (e seus sujeitos) nos serviços de saúde. Mas dessas aberturas surgiram também as evidências de fragilidades, lacunas e insuficiências da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde. Infelizmente Ricardo não viveu o suficiente para trabalhar sobre elas, mas chegou a nos deixar alguns indícios do modo como as interpretava e os caminhos pelos quais poderiam ser elaboradas.

### De necessidades e esperança

À medida em que se foi aplicando, criticando e desenvolvendo a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, e à medida em que, simultaneamente, foi-se modificando o contexto social, político e acadêmico no seu entorno, Ricardo Bruno foi se interessando cada vez mais pelo que se poderia chamar do momento do “consumo” nas relações de produção. Ou seja, mais e mais a dimensão das *necessidades* de saúde e suas implicações sobre a demanda por atenção e respostas dos serviços de saúde, mais que os aspectos estruturais dos processos de produção em si mesmos, foram dominando o seu interesse. Este movimento fica claro quando comparamos seu primeiro texto sistemático de difusão da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde<sup>22</sup> com sua versão ampliada, reeditada alguns anos depois<sup>23</sup>.

A influência teórica mais importante nesse movimento foi, sem dúvida, o trabalho da filósofa neomarxista, discípula de Lukács, Agnes Heller<sup>24</sup>. Na revisita que a autora faz às obras filosóficas de Marx, em uma busca dos sentidos aí encontrados para a noção de necessidades humanas, Ricardo Bruno enxerga uma produtiva atualização da ontologia marxiana, de certa forma depurando-a da rigidez das leituras estruturalistas. A recuperação por Heller de um sentido forte de história como devir e a abertura que dava à presença positiva dos valores e sua construção intersubjetiva, sustentada na dialética entre “necessidades necessárias” e “necessidades radicais”, parece ter respondido à autocrítica que Ricardo fazia, então, ao que chamou de “concepção negativa de historicidade”, “funcionalismo a contragosto” e “insuficiências

do conceito de estrutura” nos estudos da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde<sup>2</sup>. Aprender a organização tecnológica das ações de saúde pela via das necessidades, tais como enxergadas pelos profissionais e pelos seus potenciais beneficiários, mostrava-se um caminho fecundo para dar positividade à presença inexorável do sentido ético, do valor normativo – enquanto tal, sempre em disputa na concretude das relações sociais – de qualquer construção científica sobre as bases materiais e históricas das práticas de saúde<sup>25</sup>.

Ricardo Bruno também chegou a entrar em contato, por intermédio da produção de seus alunos, com outras propostas reconstrutivas do materialismo histórico, especialmente a produção da “Escola de Frankfurt” e da “Teoria da Ação Comunicativa”, de Habermas, e chegou a se posicionar positivamente em relação a elas<sup>26</sup>. Viu nestas proposições uma efetiva tomada de posição em relação a valores e, ao mesmo tempo, a fortes potencialidades para resistir a atitudes totalitárias e messiânicas na defesa de posições normativas, por conta de seu forte embasamento na relação dialógica de abertura ao outro. Não deixou de demonstrar um certo ceticismo, contudo, em relação ao caráter algo abstrato da ideia reguladora de uma “comunidade ideal de

comunicação” implícita no conceito de razão comunicativa. Mas formulou esta crítica não como desqualificação, senão como um desafio, quase um convite a que se buscasse encontrar as bases concretas para a construção de processos comunicativos efetivos<sup>26</sup>.

Nos dois textos acima citados, que são comentários sobre trabalhos de alunos seus e, ao mesmo tempo, uma espécie de balanço de sua própria obra, o que fica como principal legado, porém, não é nenhum tipo de cobrança ou prescrição, mas uma espécie de confiança. É como se, de toda sua trajetória, Ricardo quisesse compartilhar uma descoberta em especial, que ele entendeu dever acompanhar toda a prática teórica e técnica da Saúde Coletiva: a esperança. Esperança que ele vê como virtude, que julga provir não de um preceito moral abstrato, como um tipo de fé, mas como valor histórico objetivo para os seres humanos. É a mesma esperança, diria eu, que lemos no Anjo de Klee/Benjamin e que surge transparente das palavras de Ricardo: *A Esperança não é um estado de espírito dogmático do qual partimos para a vida, mas um ponto de chegada em permanente fuga... é a condição ideal na qual os seres humanos podem ter motivações reais ao se dirigirem comunicativamente aos outros seres humanos*<sup>26</sup>.

## Referências

1. Benjamin W. Teses sobre o conceito de história. In: Benjamin, W. *Obras escolhidas I. Magia e Técnica, Arte e Política*. São Paulo: Brasiliense; 1987. p. 222-232.
2. Mendes-Gonçalves RB. Prefácio. In: Ayres JRCM, organizador. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 13-20.
3. Ayres JRCM, Mota A. Medicina Preventiva. In: Mota A, Marinho MGSMC, organizadores. *Departamentos da Universidade de São Paulo. Memórias e Histórias*. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora; 2012. p. 124-137.
4. Donnangelo MCF. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
5. Mendes-Gonçalves RB. *Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1979.
6. Mendes-Gonçalves RB. *Medicina y historia. Raíces sociales del trabajo médico*. México: Siglo Veintiuno; 1984.
7. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1986.
8. Mendes-Gonçalves, RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; 1994.
9. Nunes ED, organizador. *Medicina Social. Aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Ed. Global; 1983.
10. Arouca ASS. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e a crítica da Medicina Preventiva* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975.
11. Schraiber LB. *Medicina Liberal e Incorporação de Tecnologia. As transformações históricas na autonomia profissional dos médicos em São Paulo* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1993.
12. Dalmaso ASW. *Estruturação e transformação da prática médica. Estudos de algumas das características do modelo de trabalho na segunda metade do século XIX e início do século XX* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1991.
13. Nemes MIB. *Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
14. Gallo E. *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.
15. Teixeira RR. *Epidemia e Cultura. AIDS e Mundo Securitário* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1993.
16. Ayres JRCM. *Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia. Origens e significados do conceito de risco* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.
17. Barison EM. *Processo saúde-doença e causalidade. Uma arqueologia das relações entre a clínica e a saúde-pública* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.
18. Czeresnia D. *Do contágio à transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1996.
19. Schraiber LB, organizadora. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1990.
20. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996.
21. Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa – FMUSP-Butantã. [acessado 2015 jan 5]. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cseb/>.
22. Mendes-Gonçalves RB. *Processo de trabalho em saúde* [mimeo]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1988.
23. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR; 1992. [Cadernos CEFOR – Textos 1].
24. Heller A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península; 1986.
25. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.
26. Mendes-Gonçalves RB. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “Razão e Planejamento”. In: Gallo E, organizador. *Razão e planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 13-31.

Artigo apresentado em 29/10/2014

Aprovado em 24/11/2014

Versão final apresentada em 13/12/2014