Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história

Ministro da Saúde
José Gomes Temporão

Fundação Oswaldo Cruz
Presidente
Paulo Ernani Gadelha Vieira

Casa de Oswaldo Cruz
Diretora
Nara Azevedo

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Diretora
Isabel Brasil Pereira

Observatório História e Saúde / Rede Observatório
de Recursos Humanos – SGTES/MS
Coordenador
Fernando A. Pires-Alves

Observatório dos Técnicos em Saúde / Rede
Observatório de Recursos Humanos – SGTES/MS
Coordenador
Monica Vieira

Organizadores
Carlos Fidelis Ponte
Ialê Falleiros

Autores
Ana Lúcia de Moura Pontes
Anamaria D'Andrea Corbo
Carlos Fidelis Ponte
Carlos Henrique Assunção Paiva
Cristina M. O. Fonseca
Dilene Raimundo do Nascimento
Felipe Rangel S. Machado
Fernando A. Pires-Alves
Flávio Edler
Gustavo Correa Matta
Ialê Falleiros
José Roberto Franco Reis
Júlio César França Lima
Lorelai Brilhante Kury
Márcia Cavalcanti Raposo Lopes
Maria das Graças Dourado Cardoso Tonhá
Márcia Valéria Cardoso Morosini
Martha Pompeu Padoani
Nísia Trindade Lima
Renata Reis Cornélio Batistella
Simone Petraglia Kropf

Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história

Observatório História e Saúde (COC)
Observatório dos Técnicos em Saúde (EPSJV)
Fundação Oswaldo Cruz

Organizadores
CARLOS FIDELIS PONTE
IALÊ FALLEIROS

Agosto de 2010

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Ministério da Saúde
Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Casa de Oswaldo Cruz
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

Pesquisa Iconográfica
Coordenação
Luis Octavio Gomes de Souza
Aline Lopes de Lacerda

Pesquisa
Alline Torres Dias da Cruz
Luis Octavio Gomes de Souza
Marcela Alves Abrunhosa

Reprodução fotográfica
Roberto Jesus Oscar
Vínicius Pequeno

Revisão e edição de textos
Alba Gisele Guimarães Gouget
Marina Simões (capítulo 10)

Projeto gráfico e diagramação
Fernando Vasconcelos

Ilustrações
Walter Vasconcelos

Participantes da oficina de discussão e elaboração do projeto original
André Vianna Dantas
Anakeila de Barros Stauffer
Ana Lúcia de Moura Pontes
Anamaria D'Andrea Corbo
Carla Gruzman
Carlos Fidelis Ponte
Carlos Henrique A. Paiva
Cátia Guimarães
Felipe Rangel S. Machado
Fernando A. Pires-Alves
Gustavo Correa Matta
Ialê Falleiros
José Ribamar Ferreira
José Roberto Franco Reis
Juliana Chagas
Júlio César França Lima
Márcia Cavalcanti Raposo Lopes
Maria das Graças Dourado Cardoso Tonhá
Márcia Valéria Cardoso Morosini
Martha Pompeu Padoani
Renata Reis C. Batistella
Tarcísio Pereira de Souza
Zeca Buarque Ferreira

Apoio à Gestão do Projeto
Josiane Ribeiro Silva
Jeferson Mendonça Silva

Agradecimentos
Aldir Blanc
Ana Celia Castro
Ana Paula Ferreira dos Santos
André Malhão
Arquivo do Estado do Rio de Janeiro
Artur Cebrian Muniz
Beatriz Cebrian Muniz
Carlos Morel
Cecília Maria Murrieta Antunes
Clara Cavour Ponte
Cláudia Chamas
Cláudia Trindade
Centro de Pesquisa e Documentação da Fundação Getúlio Vargas
Coordenadoria de Comunicação Social da Fiocruz
Dora Gouget Ponte
Elifas Andreato
João Bosco
Jorge Ricardo Pereira (Arquivo da revista Radis)
Júlia Cavour Ponte
Luiz Roberto Tenório (Secretaria Municipal de Saúde de Niterói)
Magali de Oliveira Amaral
Maria Fernanda Cebrian
Maria Teresa Bandeira de Mello (Arquivo do Estado do Rio de Janeiro)
Maria Teresa Precht de Mesquita
Mirian Alves Cavour
Nizia Corrêa Dias
Laís Ângela Lopes Tavares (Arquivo da revista RADIS)
Sátiro Nunes (Arquivo Nacional)
Paulo Knauss (Arquivo do Estado do Rio de Janeiro)
Peter Ilicciev (Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz)
Rodrigo Kury Ponte
Rosangela de Almeida Costa Bandeira (Museu Histórico Nacional)
Ruth Martins

P813 Ponte, Carlos Fidélis, org.

Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história/ Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro : Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

340 p. ; il.

ISBN: 978-85-85239-65-7

1. Saúde. 2. História. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Pessoal de Saúde. 5. Brasil. I. Falleiros, Ialê.

CDD 614

Sumário

Prefácio 9

Apresentação 15

Introdução 19

1 – Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial 25
Flávio Coelho Edler

2 – O Brasil no microscópio 49
Carlos Fidelis Ponte

3 – O sanitarismo (re)descobre o Brasil 75
Carlos Fidelis Ponte, Simone Petraglia Kropf e Nísia Trindade Lima

4 – Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? 113
Carlos Fidelis Ponte, José Roberto Franco Reis e Cristina M. O. Fonseca

5 – Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra 153
Fernando A. Pires-Alves, Carlos Henrique Assunção Paiva e Ialê Falleiros

6 – Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura 181
Carlos Fidelis Ponte e Dilene Raimundo do Nascimento

7 – O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país 221
José Roberto Franco Reis

8 – A Constituinte e o Sistema Único de Saúde 239
Ialê Falleiros, Júlio César França Lima, Gustavo Correa Matta, Ana Lúcia de Moura Pontes, Márcia Cavalcanti Raposo Lopes, Márcia Valéria Cardoso Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo

9 – A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? 279
Júlio César França Lima

10 – Trabalho e educação em saúde na agenda do SUS 313
Fernando Pires-Alves, Carlos Henrique A. Paiva, Renata Reis, Maria das Graças Dourado Cardoso Tonhá e Martha Pompeu Padoani

Prefácio

A saúde como campo de saberes e práticas interdisciplinares desenvolveu-se de modo inusitado ao longo do último século. De fato, nunca se experimentaram e discutiram tantos modelos e formas de atenção à saúde, bem como nunca se produziu tanto conhecimento sobre esta temática como no século XX.

Na profusão de artigos e linhas de pesquisa surgidos nesse período, a questão da formação dos trabalhadores em saúde vem também ganhando forte relevo. Ainda que talvez tardiamente reconhecida como um dos pilares de sustentação das políticas públicas, a formação dos trabalhadores tem merecido maior atenção tanto dos estudiosos quanto dos planejadores e gestores dos serviços de atendimento e promoção da saúde.

A noção de que a formação dos profissionais de saúde deve permitir aliar o domínio da técnica com a capacidade de agir politicamente na defesa do patrimônio público e da cidadania vem conquistando adeptos e tem motivado a reflexão de educadores, historiadores e cientistas sociais. Entretanto, grande parte da recente produção acadêmica sobre a temática da saúde pública tem se mantido restrita aos círculos da pós-graduação, deixando os cursos técnicos e de graduação em segundo plano e, eventualmente, distantes de uma literatura atualizada.

A força de trabalho do setor compõe-se de uma grande diversidade de profissões. Apesar dos esforços realizados nas últimas décadas, as especificidades desse conjunto de trabalhadores ainda estão por merecer um número maior de estudos. Reconhece-se também que a diversidade profissional que caracteriza a força de trabalho mobilizada pelo setor necessita encontrar pontos de articulação e produção de sentido.

A este respeito, a partir das últimas décadas, historiadores, cientistas sociais, profissionais e gestores têm se questionado sobre a necessidade de incorporação da história no campo da saúde. Para muitos analistas, a compreensão dos processos históricos nesse domínio pode contribuir para uma postura mais crítica, participante e propositiva por parte do seu corpo técnico. Acrescentam, ainda, que uma percepção mais acurada do momento histórico, aliada à participação nos fóruns de discussão dos objetivos e diretrizes que norteiam a ação pública, tendem a produzir um grau de engajamento maior dos trabalhadores na condução das políticas sociais.

Em consonância com esta perspectiva, o Observatório História & Saúde e o Observatório dos Técnicos em Saúde, estações de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde-Brasil) sediados, respectivamente, na Casa de Oswaldo Cruz e na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, trazem a público esta obra ilustrada, um videodocumentário, uma exposição itinerante e outros recursos instrucionais que estarão amplamente disponíveis em nossos sítios na internet. Retomando parcerias anteriores neste mesmo domínio, a Casa de Oswaldo Cruz e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio chamam a atenção do público e dos profissionais que atuam na área para os caminhos trilhados pela saúde brasileira ao longo de sua história. A ideia perseguida pelos organizadores é incorporar a dimensão histórica às discussões sobre os diversos aspectos que integram a construção do SUS, como ponto de chegada de um percurso coletivo, e o equacionamento dos problemas por ele enfrentados. Acredita-se que, ao inscrever as políticas e práticas de saúde no agitado leito da temporalidade histórica,

é possível oferecer uma compreensão mais ampla e plural dos caminhos e descaminhos por elas percorridos, valorizar os elementos de continuidade e de mudança presentes nessa trajetória e potencializar o enfrentamento dos seus atuais desafios.

O título *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história* refere o contexto histórico de gestação do SUS, como objetivo da reforma sanitária brasileira e parte do movimento de reconquista da vida democrática, que Aldir Blanc e João Bosco expressaram na forma de um samba exaltado pelas ruas do país. Refere, igualmente, os desafios hoje interpostos à sua sustentabilidade como conquista de um direito. O faz, sobretudo, sob os signos da esperança e do compromisso.

Nara Azevedo
Casa de Oswaldo Cruz

O livro que chega às mãos do leitor é produto da memória da saúde pública e suas inflexões na formação de trabalhadores da saúde. Seus autores compartilham a noção de que a memória é trabalho, sempre trabalho individual e coletivo. Soma-se a isto a compreensão crítica de que "tornarem-se senhores da memória e do esquecimento é uma das grandes preocupações das classes, dos grupos e dos indivíduos que dominaram e dominam as sociedades históricas" (Le Goff, 1990). No caso, memória que vai desde o enfoque da saúde na Colônia e no Império – com ênfase no trabalho dos práticos, nas primeiras regulações sanitárias e na construção de um campo de saber médico conformador de uma nova saúde pública, fundamentada nas novas descobertas científicas e no confronto com o saber popular –, passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e a inscrição do capítulo da seguridade social na Constituição de 1988, até a apresentação de um balanço do SUS nos seus vinte anos de existência, por meio da análise dos seus princípios e diretrizes, e de seus desdobramentos no campo da formação de trabalhadores para a saúde.

Ao analisar a educação e a saúde pública no contexto da luta entre projetos antagônicos de sociedade formulados no interior da formação histórica chamada capitalismo, os autores buscam explicitar as contradições e tensões que envolvem as disputas entre o modelo privatista da saúde e o modelo de saúde pública como direito de todos e dever do Estado. Essa disputa é evidenciada ao abordarem a chamada década perdida no viés econômico – que é, por outro lado, no Brasil, também uma década de efervescência política e cultural no processo de reconstrução dos movimentos sociais e populares e de derrubada da ditadura militar.

Cabe notar que os autores compreendem que a história é sempre história do presente. E que é preciso atualizar o conhecimento e as teorias críticas, as heranças das gerações que nos precederam. Se não for assim, corre-se sempre o risco de consultar mapas, horários de trens e estações inúteis, pois mudaram os mapas, e os trens já não passam naqueles horários, tampouco naquelas estações.

Em épocas de recuos e derrotas, como a que estamos vivendo, um trabalho como este, agora publicado, é mais do que nunca necessário, mesmo quando se sabe que educar para a emancipação, contra o conformismo, não é tarefa fácil. Talvez seja essa, de fato, a tarefa do educador: manter vivo o pensamento crítico, resgatar o inconformismo, abrir caminho para o trabalho e a pesquisa rigorosos, que eduquem para a complexidade real dos processos históricos e sociais em curso. Trata-se de uma prática na contracorrente do fetiche da mercadoria, das ilusões e compensações baratas da indústria da cultura e da sociedade do espetáculo, que infantilizam as pessoas, produzindo consumidores, jamais cidadãos capazes de enfrentar as resistências do real.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, com orgulho, constata que as análises compartilhadas pelos autores nesta publicação contribuem para a luta contra o esquecimento e pela liberdade e emancipação humanas, demonstrando mais uma vez o respeito que se deve ao trabalho das gerações que vivem, trabalham e lutam ao longo da nossa história.

Isabel Brasil
Escola Politécnica Joaquim Venâncio

Apresentação

Em outubro de 2008 comemoramos os vinte anos de vigência da nova Constituição brasileira e, portanto, da afirmação da saúde como direito da cidadania e dever do Estado. Celebramos, na mesma data, igual período do anúncio do Sistema Único de Saúde. Em 2010, são transcorridas duas décadas de instituição formal do SUS. Estes dois decênios de trabalho, de êxitos e vicissitudes na sua construção são parte fundamental da história da saúde no Brasil.

O livro, que evoca poeticamente a saúde pública brasileira como uma malabarista 'na corda bamba de sombrinha', pretende promover um encontro entre a história e os desafios contemporâneos da saúde. Busca fazê-lo tornando a trajetória do SUS – e as tarefas de hoje – partes de uma história comum bem mais antiga, revelando em textos e imagens que nossas marchas e contramarchas pela saúde vêm de longe.

A publicação foi concebida de modo a funcionar como um recurso educacional e, assim, promover também um encontro entre história e formação para o trabalho em saúde hoje. Inspira-se, portanto, na convicção de que nos vemos mais bem preparados para o trabalho e para a vida quando estamos historicamente capacitados, quando podemos invocar e manejar autônoma e criticamente as referências do passado, referências que são parte das formas pelas quais nos tornamos sujeitos sociais.

É com este sentido que esta obra resulta de uma iniciativa comum do *Observatório História e Saúde* e do *Observatório dos Técnicos em Saúde*, ambos vinculados à Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde e sediados, respectivamente, na Casa de Oswaldo Cruz e na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz. Ela não teria sido possível sem o apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Também não teria sido possível sem o trabalho diligente de Carlos Fidélis Ponte e Ialê Falleiros, seus organizadores, que desempenharam com maestria as difíceis tarefas de mobilizar autores, ajustar estilos de texto, vasculhar arquivos e selecionar materiais; de coordenar, enfim, um trabalho de mais de duas dezenas de pessoas, que muito auxilia a difundir uma fração do percurso histórico da saúde e do rico acervo documental reunido em nossas instituições.

O resultado alcançado nos convida a uma viagem, por meio de textos e ilustrações, pela trajetória plural e contraditória da saúde pública em nosso país. A uma viagem que cativa e suscita reflexão. Ao fazê-lo, ajuda a tornar mais disponível um patrimônio comum dos trabalhadores da saúde e do conjunto dos cidadãos brasileiros.

Fernando A. Pires-Alves
Observatório de História e Saúde

Monica Vieira
Observatório dos Técnicos em Saúde

Introdução

A história da humanidade tem sido contada de muitas maneiras, alguns autores privilegiam fatores políticos, outros conferem ênfase à economia. Há também aqueles que elegem os aspectos culturais como objeto de estudo. Uns exaltam feitos de personagens individuais, outros preferem valorizar atores coletivos. Uns chamam a atenção para determinantes conjunturais, outros optam pela análise de elementos estruturais. Essas múltiplas abordagens e vertentes da vida social, tomadas em conjunto ou de forma isolada umas das outras, constituem, certamente, chaves de interpretação da trajetória de nossa civilização. Todas tratam de fenômenos cruciais para a compreensão da aventura humana e têm sido estudadas há longo tempo.

Essencial para que se possa traçar um panorama do desenvolvimento social, a saúde pública foi tradicionalmente abordada pelos seus aspectos biológicos, e faz pouco tempo que historiadores, filósofos e cientistas sociais voltaram o seu interesse também para a história desse campo de atividades. Expressão institucional de uma parcela bastante significativa da vida em sociedade, a saúde pública é uma área do conhecimento fundamental para a formação de painéis explicativos sobre a história da humanidade. Associadas à capacidade produtiva e ao desenvolvimento socioeconômico das nações, as doenças e as condições de saúde vêm sendo, ao longo do tempo, incorporadas como componentes essenciais das análises daqueles que procuravam pensar a qualidade de vida das populações. Fortemente vinculadas à organização social, as doenças e as teorias, práticas e instituições destinadas a combatê-las alteram por completo o cotidiano das populações, constituindo-se em dimensões determinantes, que não podem ser ignoradas nem postas em segundo plano.

A importância desta reflexão torna-se evidente se pensarmos no peso que as questões ligadas à saúde tiveram, e ainda têm, na história das sociedades. A descoberta da América (1492) e do Brasil (1500), por exemplo, foram eventos que marcaram de forma definitiva a vida no planeta. Além de armas, roupas, plantas e animais, as caravelas trouxeram vírus e bactérias desconhecidos em nosso continente. As populações indígenas foram dizimadas não apenas pelo emprego da pólvora ou das espadas, mas também pelas doenças que vieram com os europeus. As populações nativas das Américas morreram acometidas por gripes, tuberculose, sífilis e outras doenças antes inexistentes por aqui.

Do mesmo modo, os estudos sobre as epidemias, longe de estarem restritos aos índices de morbidade e mortalidade, têm nos revelado aspectos que ultrapassam em muito as questões biológicas e seus impactos demográficos. Ponto de entrecruzamento de diferentes dimensões da vida humana, a ocorrência de epidemias oferece ocasião privilegiada para observações da sociedade. Acompanhados por intensas polêmicas em torno de suas causas e formas de combatê-los, os surtos epidêmicos são, em geral, marcados por calorosos embates entre concepções culturais, científicas, religiosas e políticas as mais diversas (Rosenberg, 1992)[1].

Visão pavorosa, comparável à ação dos cavaleiros do apocalipse, as epidemias têm aterrorizado a humanidade e desafiado os homens durante milênios. Tempo de grande sofrimento, tristeza e medo, a passagem de uma epidemia constitui-se em um fenômeno altamente complexo em que estão presentes uma série de elementos que incluem faces tão distintas quanto o fervor religioso que, em busca da

salvação e do perdão divino, procura conferir sentido ao sofrimento coletivamente experimentado e a desesperança que coloca em risco a ordem pública, podendo, muitas vezes, degenerar em vandalismo.

Ao lado dos problemas acarretados pelas doenças, desenvolveram-se também crenças, saberes, práticas, personagens e entidades voltados para o combate a esses males. Eficazes ou não, religiosos, curandeiros, médicos e instituições diversas disputaram o controle sobre os cuidados com a saúde. Tais disputas se deram em meio a contextos culturais, políticos, sociais e econômicos mais amplos, que interferiram decisivamente na configuração da estrutura estatal de atenção à saúde.

No Brasil, assim como em outros países, somente no século xx se intensificaram os estudos históricos acerca dos cuidados com a saúde e das condições sanitárias e epidemiológicas observadas no país. Também são recentes os estudos sobre os arranjos institucionais, as concepções políticas, científicas e culturais e as teias de relações que envolvem a construção de um aparato estatal de atenção à saúde.

Entre nós, os cuidados estatais com a saúde pública aparecem com mais força no início do século XX, quando, em razão dos problemas acarretados à economia cafeeira, o Estado assume a responsabilidade pelo combate aos males que travavam o desenvolvimento do setor agroexportador. De acordo com essa lógica, o foco de atenção inicial do Estado foi o ataque às doenças transmissíveis, sobretudo aquelas de manifestação epidêmica, capazes de levar à morte um grande número de pessoas e comprometer a ordem econômica. Foram, portanto, as doenças transmissíveis, e não as doenças crônico-degenerativas, que primeiro fizeram com que a máquina estatal se modificasse, incorporasse outras atribuições e oferecesse novos serviços às populações sob sua jurisdição.

Constituída a partir da necessidade de fazer frente a ameaças comuns ao conjunto da sociedade, a saúde pública apresenta ainda outros aspectos pouco conhecidos do grande público. Estudos recentes têm revelado que os embates contra as doenças transmissíveis, mais do que simples áreas de atuação do poder público, estão estreitamente vinculados aos processos de formação da nacionalidade e de construção do Estado nacional. Isto porque, além de historicamente concebidas como parte integrante do funcionamento dos sistemas econômicos, as políticas sociais, nas quais se incluem as questões relativas à saúde pública, contribuíram para desenhar as atribuições, o alcance e o formato do aparelho estatal, configurando-se como elemento importante da formação da identidade e do sentimento de pertencimento que caracterizam a noção de nacionalidade. De acordo com esse ponto de vista, a expansão dos elos de interdependência social possibilitada pela ameaça comum e pela necessidade de um empenho coletivo e duradouro no combate a tais males acabou por se firmar como elemento importante na constituição do Estado-nação (Hochman, 1998).

Os serviços de atenção à saúde promovidos pelo Estado se voltaram primeiramente para a resolução dos problemas acarretados pelas doenças de fácil veiculação, deixando de lado, e sob responsabilidade de entes privados, a atenção às doenças crônico-degenerativas que, na percepção da época, não ameaçavam a sociedade como um todo. Nessa perspectiva, o que veremos frutificar ao longo de boa parte do século XX é uma crescente separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado oferecido pela medicina previdenciária. A primeira seria financiada pelos recursos do Tesouro Nacional e a segunda, durante longo período, pela contribuição de empregados, patrões e consumidores.

Essas duas vertentes de desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde são resultantes de uma concepção que reconhecia como pertencentes à esfera pública somente os problemas individuais que

ameaçassem o restante da população ou a ordem econômica e social vigente. Ao longo deste livro se verá que a saúde pública e a medicina previdenciária seguirão caminhos bastante distintos até serem criadas as bases que atualmente conformam o Sistema Único de Saúde em nosso país.

"Na corda bamba de sombrinha", a saúde pública e a formação profissional na área vêm tentando se equilibrar por sobre uma realidade histórica complexa, permeada por múltiplas determinações e disputas políticas intensas. Nesse sentido, buscamos inscrever na trama da história, costurada por fios de continuidade e de mudança, as políticas e práticas de saúde e de formação de trabalhadores, de modo a potencializar o enfrentamento dos seus desafios atuais. Espera-se que o material contribua para que o público em geral e os profissionais que atuam na área possam percorrer os principais caminhos tecidos pela saúde, incorporando as dimensões histórica, política e cultural às discussões sobre os diversos aspectos que integram a construção e a consolidação de uma política pública de saúde no país.

"Asas à esperança equilibrista"!

Os organizadores

Nota

[1] Charles Rosenberg (1992) caracterizou as epidemias como 'incidentes dramáticos' que seguem um 'roteiro' dividido em 'atos', como uma peça de teatro. Ao primeiro deles chamou de 'negação e progressiva revelação'. Historicamente, é muito comum que a primeira reação de uma sociedade diante de uma epidemia seja negá-la, para admiti-la somente quando se torna impossível ignorar sua presença. Isso por uma série de razões: desde o medo de prejuízos econômicos e políticos, até a simples negação psicológica do perigo. Outro padrão repete-se historicamente: ao se admitir publicamente uma epidemia, é frequente que se busquem 'culpados' pelo mal.

O segundo ato se passa quando autoridades e médicos procuram explicações para o acontecimento. Por muitos séculos esse quadro explicativo foi apenas religioso e moral. Entretanto, a partir da Idade Moderna, as explicações religiosas passaram a conviver com as explicações científicas, sendo essa eclética mistura fundamental para administrar as respostas sociais às doenças epidêmicas no Ocidente.

O terceiro ato consistiria na(s) resposta(s) pública(s), geralmente múltiplas, suscitadas pela epidemia – rituais religiosos, medidas policiais e sanitárias etc. –, que representam um mesmo papel: a atitude clara de solidariedade e a autodefesa de uma comunidade diante do perigo. As respostas a uma epidemia nos permitem observar os valores sociais vigentes, enquanto conflitos sobre prioridades entre elas permitem alguns *insigths* sobre estruturas de autoridade e de crença.

O quarto e último ato seria o que vem depois do término da epidemia, relacionando-se com a reflexão que a comunidade faz sobre sua experiência: o que se aprende com ela? Pode ter servido para criar algumas medidas de saúde pública permanentes? (Rosenberg, op. cit., p. 278-304).

Bibliografia

HOCHMAN, G. *A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

ROSENBERG, Charles E. (1992). *Explaining Epidemics*. Cambridge University Press.

1

Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial

FLAVIO COELHO EDLER

Cirurgião approvado, natural da Villa de S. Pedro de
Rates, e assistente nas Minas do ouro por
discurso de vinte annos.
THERIACA
HYGIENE PUBLICA
RELATORIO
DOS
TRABALHOS DA INSPECTORIA GERAL DE HYGIENE
Dr. Barão de Ibituruna

Purgando açúcar, pecados e doenças: a herança colonial

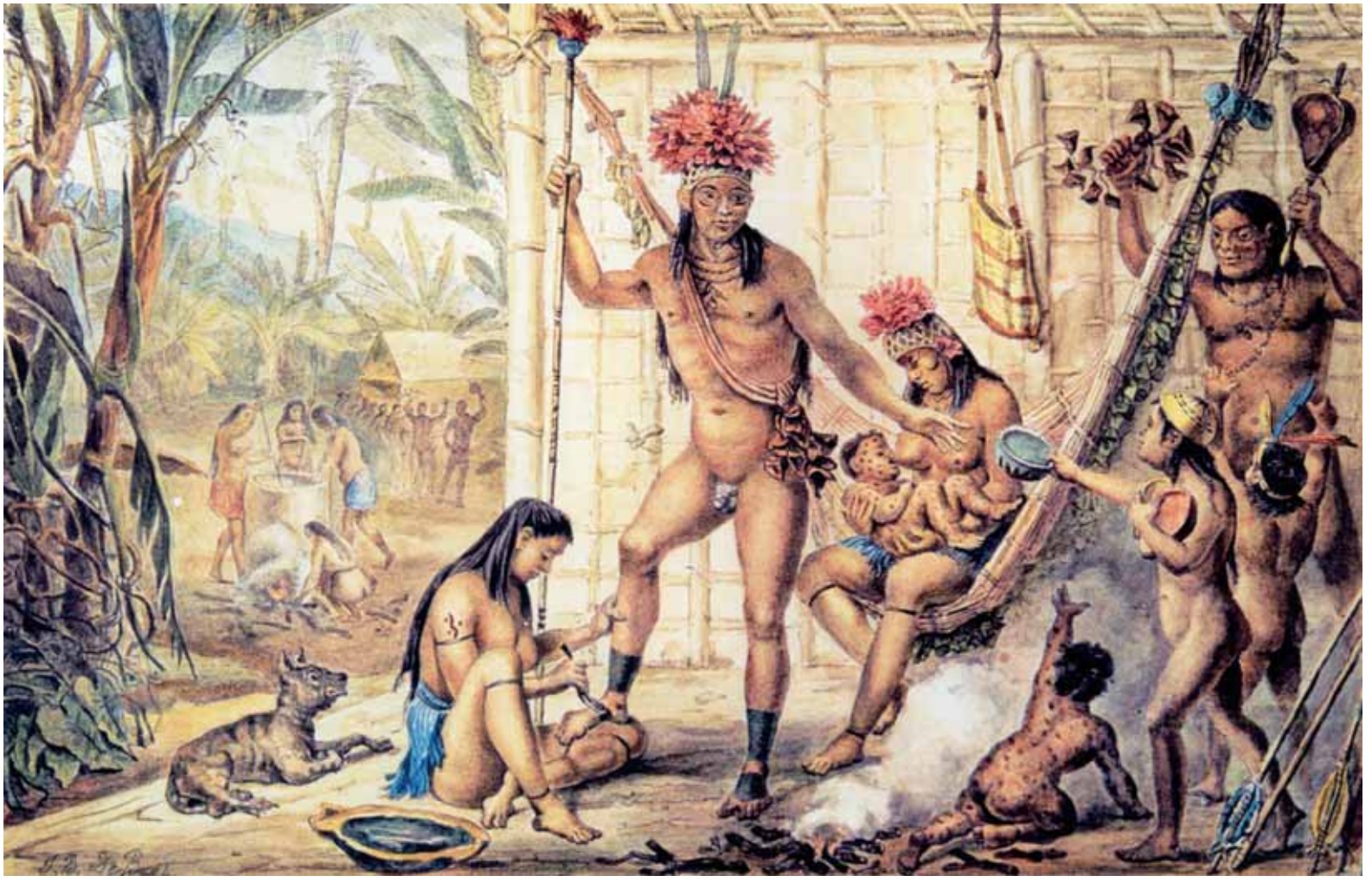
Todo e qualquer resultado de uma intervenção terapêutica vem sendo avaliado, historicamente, em termos das crenças, expectativas e comportamentos aceitos por grupos que compartilham um mesmo código cultural. Em sociedades multiculturais, como a brasileira, é preciso considerar que, tolerâncias à parte, os cuidados dispensados ao doente têm constituído, tradicionalmente, uma arena social em que conhecimentos, habilidades, instituições e práticas terapêuticas são com frequência providos e contestados por vários grupos, desde familiares e curandeiros comunitários até médicos profissionais.

Os estudiosos do período colonial, que se estende do século XVI ao XIX, têm ressaltado que no imaginário europeu, enquanto a natureza e a riqueza americanas – açúcar, tabaco, ouro, madeira – receberam atributos paradisíacos, sua população, formada por índios, negros e colonos pobres, ganhou conotações infernais. Colonos "heréticos" e "feiticeiros"; índios "imundos" e "incestuosos", de feições e hábitos "animalescos", "canibais", "polígamos", "pagãos" e "preguiçosos"; negros "boçais", "ladinos" e "pagãos", deviam, todos, se enquadrar numa ordem política autoritária, na qual a escravidão impunha-se não apenas como solução econômica, mas também como uma pedagogia destinada a moldar os indivíduos e adaptá-los à ordem social defendida pelas elites metropolitanas.

Purgatório, onde os brancos eram enviados para pagarem os seus pecados, o espaço colonial abria-se à ação catequética da Igreja Católica sobre a população negra e indígena. De acordo com o projeto metropolitano, a "medicina da alma" deveria ser ministrada por padres, integrantes do clero secular ou das ordens religiosas, e se dirigir à limpeza e expiação dos elementos nocivos e diabólicos, enquanto aos físicos (como eram chamados os clínicos da época), cirurgiões e boticários caberia empregar seus conhecimentos e habilidades para trazer alento aos sofrimentos do corpo e melhorar as condições gerais de salubridade.

Embora competissem pela oferta de serviços médicos, as ordens religiosas, em especial a jesuítica – a primeira e mais influente do catolicismo lusitano –, foram aliadas fundamentais na afirmação do poder da medicina oficial, ao denunciar as práticas curativas populares como demoníacas.

Para os jesuítas, os índios, nos hábitos alimentares, em sua forma de morar, de se vestir, em suas crenças e gestos, eram um povo do demônio, que não possuía razão por não conhecer Deus. De acordo com a historiadora Laura de Mello e Souza, "constatada nos hábitos e na vida, confirmada nas práticas mágicas e na feitiçaria, a demonização do homem colonial expandiu-se da figura do índio – seu primeiro objeto – para a do escravo, ganhando, por fim, os demais colonos" (Souza, 1994). Com o avanço do processo colonizador, as diferentes concepções mágicas do mundo, partilhadas por índios, negros e brancos, de diferentes classes sociais, amalgamaram-se numa complexa fusão de crenças e práticas que resultou num catolicismo popular repleto de manifestações de sincretismo religioso, ora toleradas, ora incentivadas, ora combatidas pela elite colonial.



Embora amparados pela legislação portuguesa, os agentes da medicina metropolitana não tinham suas prerrogativas profissionais protegidas pelas autoridades locais, muito pragmáticas em meio à fluida vida colonial. A terapêutica popular ministrada por índios, africanos e mestiços dominava amplamente a prática curativa. O sopro e a sucção de forças ou espíritos malignos, o uso de amuletos e o emprego de palavras mágicas, juntamente com a aplicação de poções, unguentos e garrafadas harmonizavam-se com o universo espiritual sincrético. A rigidez religiosa propalada pelo Tribunal do Santo Ofício (órgão da Inquisição), e pela rigorosa legislação sanitária lusitana expressa em cartas régias ou nas Ordenações Filipinas, contrastava fortemente com as tênues fronteiras culturais que agrupavam, num mesmo campo, práticas terapêuticas, benzeduras, feitiços, encantamentos e adivinhações. Feiticeiras e curandeiros eram requisitados para resolverem uma ampla gama de problemas ligados a tensões e conflitos cotidianos em que a cura terapêutica e a neutralização de feitiços possuíam um mesmo significado simbólico: a restauração de uma harmonia rompida.

Família de um chefe Camacã preparando-se para uma festa

Acervo Museus Castro Maya

Índia inalando paricá num ritual. Registro feito pelo naturalista Alexandre Rodrigues Ferreira em sua "viagem filosófica" à América portuguesa do século XVIII

FERREIRA, Alexandre Rodrigues. *Viagem Filosófica, 1738-1792*
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

Amuleto africano

Coleção Instituto Nacional do Folclore/Funarte

A sociedade luso-brasileira, suas doenças e condições sanitárias

Quando os portugueses aqui chegaram, em 1500, encontraram uma população indígena, seminômade e pouco heterogênea em termos culturais e linguísticos. Tupis-guaranis, tapuias, goitacases, aimorés e outras etnias se dispersavam pelo litoral e o interior. Entre as doenças de que sofriam os indígenas no início da colonização do Brasil, o historiador Lourival Ribeiro (1971) cita as "febres", as disenterias, as dermatoses, os pleurises e o bócio endêmico como sendo as moléstias prevalentes. Passado o período de exploração da costa, cuja principal atividade econômica era a extração do pau-brasil, a Coroa portuguesa inicia, com a expedição de Martim Afonso de Souza (1530-1533), o processo de colonização e ocupação territorial. Esse período foi marcado pela exaltação da natureza brasileira. Parecia que a doença raramente afligia os habitantes da América. O certo é que, ao findar o período colonial, os poucos índios que viviam sob o domínio português eram pertencentes ao último escalão da sociedade. A escravização e a matança, iniciadas com a captura ou desocupação de terras, contribuíram menos que as doenças importadas para o que os historiadores chamam de catástrofe demográfica da população indígena (Silvia, 1991). Os índios foram vítimas de doenças como sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, febre tifoide, malária, disenteria, gripe, trazidas pelos colonizadores europeus, para as quais não tinham defesa imunológica (anticorpos ou defesas naturais que imunizam contra doenças). Junto com os escravos africanos, aportou também um novo tipo de malária em solo americano.

Índio com dermatose. Entre indígenas, doenças comuns eram tratadas de modo puramente naturalístico, enquanto as consideradas mais sérias exigiam a manipulação de um domínio de ordem sobrenatural

SPIX AND MARTIUS. *Reise in Bresilien*, 1823-1831
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

As práticas ancestrais de cura indígena envolviam o emprego de plantas e também rituais sagrados e holísticos, muitas vezes com a participação dos enfermos e também do grupo tribal ou parental ao qual eles pertenciam

SPIX AND MARTIUS. *Reise in Bresilien*, 1823-1831
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

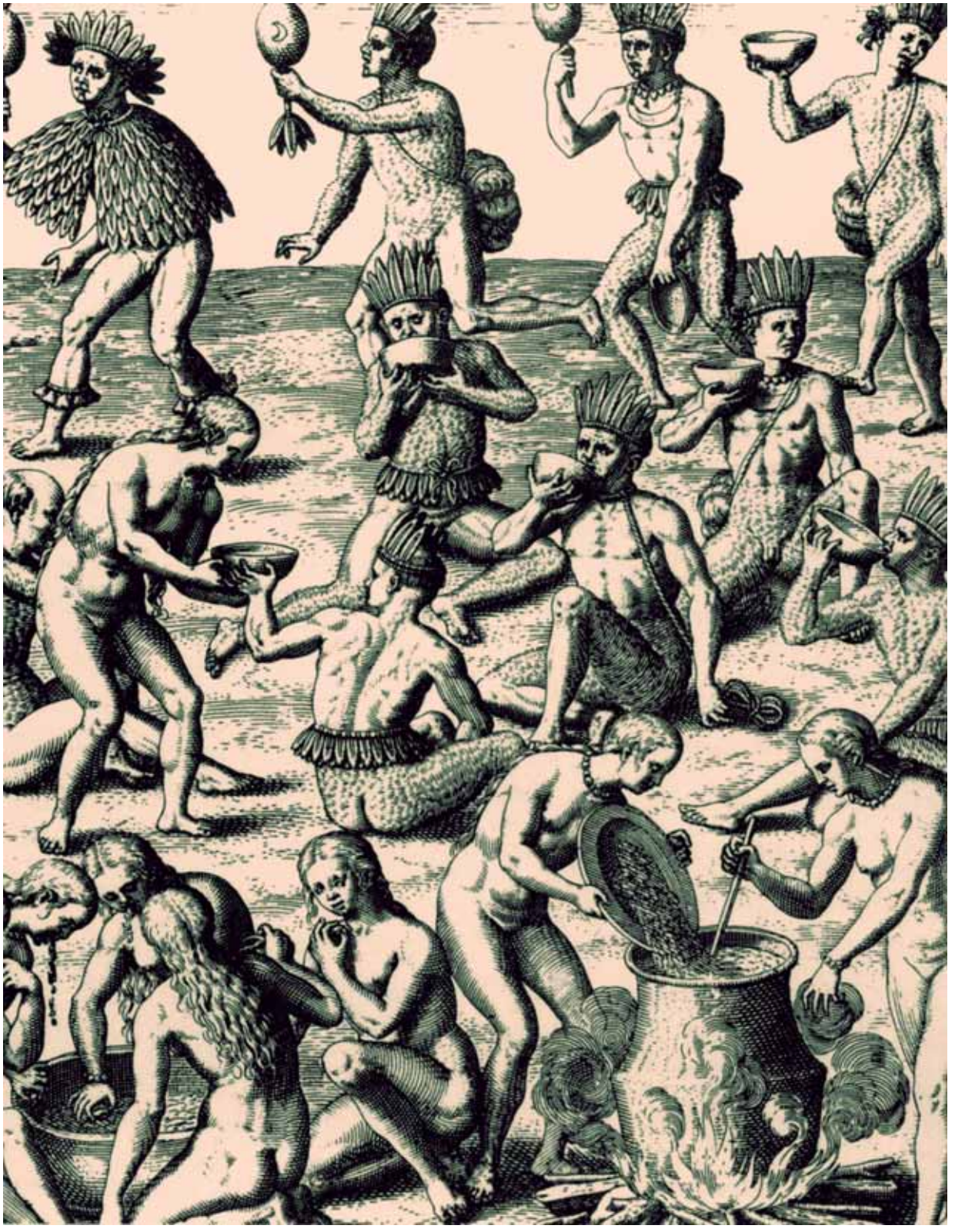


Imagem de Hans Staden que descreve a preparação e o uso do cauim, bebida de caráter entorpecente feita a partir da fermentação de alimentos

STADEN, Hans. *Warhaftige beschreibung eyner landschafft* (...). Marburgo, 1557
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

As condições de saúde da população negra eram igualmente deploráveis. Embora houvesse uma multiplicidade de situações e atividades exercidas pelo escravo africano, bem como formas de tratamento recebido por parte dos senhores, os cronistas do período colonial sublinham que os negros que prestavam serviço na terra trabalhavam quase sem descanso, sempre mantidos com muito açoite e, em geral, mal alimentados. O regime de trabalho nas minas era totalmente diverso daquele que se observava nos engenhos de açúcar. A atividade mineradora exigia uma mão de obra mais especializada, permitindo aos cativos uma relativa liberdade de ação e maiores oportunidades do que em outras regiões da América portuguesa (Silvia, 1991). No auge da produção aurífera, em meados do século XVIII, a população escrava correspondia a três quartos dos habitantes das Minas, e os riscos para a saúde dos escravos haviam aumentado com a gradativa complexidade do trabalho, na busca do ouro que escasseava. No *Erário mineral* – farmacopeia (relação de produtos e procedimentos terapêuticos) escrita pelo cirurgião Luís Gomes Ferreira após larga experiência terapêutica na região mineradora – registram-se as "crises reumáticas", "as febres com catarros", as "chagas nas pernas" que acometiam os escravos faiscadores, obrigados a permanecer com metade do corpo submerso nos leitos pedregosos de rios gélidos durante horas, mergulhando, tirando cascalho e lavando. Estima-se que o tempo médio de vida nessas condições fosse de sete anos. Nos principais centros urbanos, como Olinda, Recife, Salvador e Rio de Janeiro, os negros exerciam atividades variadas, desde os serviços domésticos até o artesanato, passando pelo comércio ambulante e o carregamento de fardos e mercadorias. A ancilostomíase, conhecida como opilação, as doenças de carência, como o escorbuto, a tuberculose e o maculo, não chegavam a distinguir a população de escravos negros do restante da população de mulatos, brancos pobres e cafuzos que viviam na base da pirâmide social (Edler, 2006).

Quanto às condições de saúde da população branca, é impossível uma generalização, tal era a variedade de situações em que se encontrava nesse período. Ser nobre ou plebeu, viver nos grandes centros urbanos ou refugiado em engenhos e fazendas, ser homem de negócios, médico, advogado, pertencer ao clero regular, morar em conventos ou aldeias no sertão, instalar-se em zona de mineração, conduzir tropas de gado, tudo isso afetava o ritmo de vida, o regime alimentar e o padrão de salubridade, não importando a posição social ocupada. Está claro que barnabés (funcionários públicos de baixo escalão), mascates, artesãos, oficiais mecânicos, carreiros, feitores, capangas, soldados de baixa patente, mendigos e pobres sitiantes não viviam em condições muito melhores que algumas categorias de escravos e se distanciavam muito da elite branca, de senhores de engenho, fidalgos, clérigos e comerciantes.

Durante os três primeiros séculos da colonização brasileira, a sociedade branca recorreu indiferentemente às formas de cura trazidas da Europa ou àquelas a que diversas etnias, com as quais se manteve em constante contato, utilizavam para lutar contra os males que as acometiam. Mesmo os portugueses opulentos, muito embora se tratassem com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam, quando precisavam curar suas feridas, em se servir do óleo de *copaíba* utilizado pelos indígenas para esse fim. Depois, com a vinda dos escravos africanos, aderiram igualmente a certas curas relacionadas com a magia, como nos revela a documentação das visitas inquisitoriais do Santo Ofício.

A medicina em Portugal, nos séculos XII e XIII, era exercida pelos eclesiásticos. Ao chegarem ao Brasil, os jesuítas mantiveram esta tradição de aliar a assistência espiritual e corporal ao trabalho de

catequese. Além de receitar, sangrar, operar e partejar, eles criaram enfermarias e farmácias. Como as drogas de origem europeia e asiática eram raras e tinham um preço exorbitante, eles se valeram dos recursos medicinais dos indígenas. Foi assim que a Europa conheceu as virtudes da quina proveniente do Peru e da ipecacuanha brasileira, que também encontrou enorme sucesso. As boticas dos jesuítas eram, quase sempre, as únicas que existiam em cidades ou vilas. Treze jesuítas-boticários se instalaram no Brasil no século XVII e outros trinta no XVIII. As farmácias dos conventos teriam contribuído para a penúria dos boticários laicos (não integrantes das ordens religiosas). Pelas mãos dos jesuítas, a *Triaga brasílica*, uma panaceia (conjunto de remédios para todos os males) composta de elementos da flora nativa, que chegou a ser a segunda fonte de renda da ordem jesuítica na Bahia, ganhou fama internacional. Aos jesuítas deve-se imputar a iniciativa pioneira de intercâmbio entre esses universos da medicina, já que eles também absorviam o saber dos físicos, cirurgiões e boticários, aplicando-os nos precários hospitais da Santa Casa da Misericórdia (Marques, 1999).

Escravo que sofria de bouba. Os africanos tinham grande conhecimento de venenos e seus antídotos e exerciam na colônia muitas vezes o papel de curandeiro, lançando mão de suas tradições, principalmente para curar outros negros

Coleção José Mindlin

Na imagem de Debret, escravo anêmico usa máscara de Flandres para não comer terra

DEBRET, Jean-Baptiste. *Masque de fer-blanc que l'on fait porter aux negrès qui ont la passion de manger la terra (sic), 1820-1830*
Acervo Museus Castro Maya

ERARIO
MINERAL
DIVIDIDO EM DOZE
TRATADOS,
DEDICADO, E OFFERECIDO
A' PURISSIMA, E SERENISSIMA VIRGEM
NOSSA SENHORA
DA CONCEYCAÕ.
AUTOR
LUIS GOMES FERREYRA,
Cirurgião approvado, natural da Villa de S. Pedro de Rates, e assistente nas Minas do ouro por discurso de vinte annos.
LISBOA OCCIDENTAL.
Na Officina de MIGUEL RODRIGUES,
Impressor do Senhor Patriarca.
Com todas as licenças necessarias.

Em seu *Erário Mineral*, publicado em 1735, o cirurgião português Luís Gomes Ferreira faz um relato de 35 anos de experiência terapêutica na região das Minas, sintetizando os saberes erudito e popular

FERREIRA, Luís Gomes. *Erário mineral*. Lisboa, 1740
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Pote de teriaga ou triaga. A triaga basílica era um remédio composto de extratos, gomas, óleos e sais químicos extraídos de 78 tipos de plantas, e que se tornou objeto de cobiça no império português e a segunda maior fonte de renda da Companhia de Jesus no Brasil

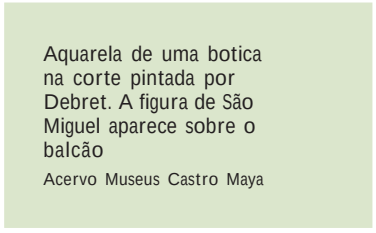
Acervo Museu Suíço de História da Farmácia

O contato próximo com os índios fez dos jesuítas profundos conhecedores de diversos métodos curativos de origem indígena

Coleção Hariberto de Miranda Jordão

1

Regulamentação sanitária



Aquarela de uma botica na corte pintada por Debret. A figura de São Miguel aparece sobre o balcão

Acervo Museus Castro Maya

No tocante à legislação sanitária, é preciso registrar que, desde 1430, o rei de Portugal exigia que todos os que praticavam medicina fossem examinados e aprovados pelo seu médico, também denominado físico. Em 1448, o regimento do cirurgião-mor, sancionado em lei do Reino, explicitava, entre os encargos da função, a regulamentação do exercício da medicina e cirurgia por meio de licença, legalização e inspeção de farmácias.

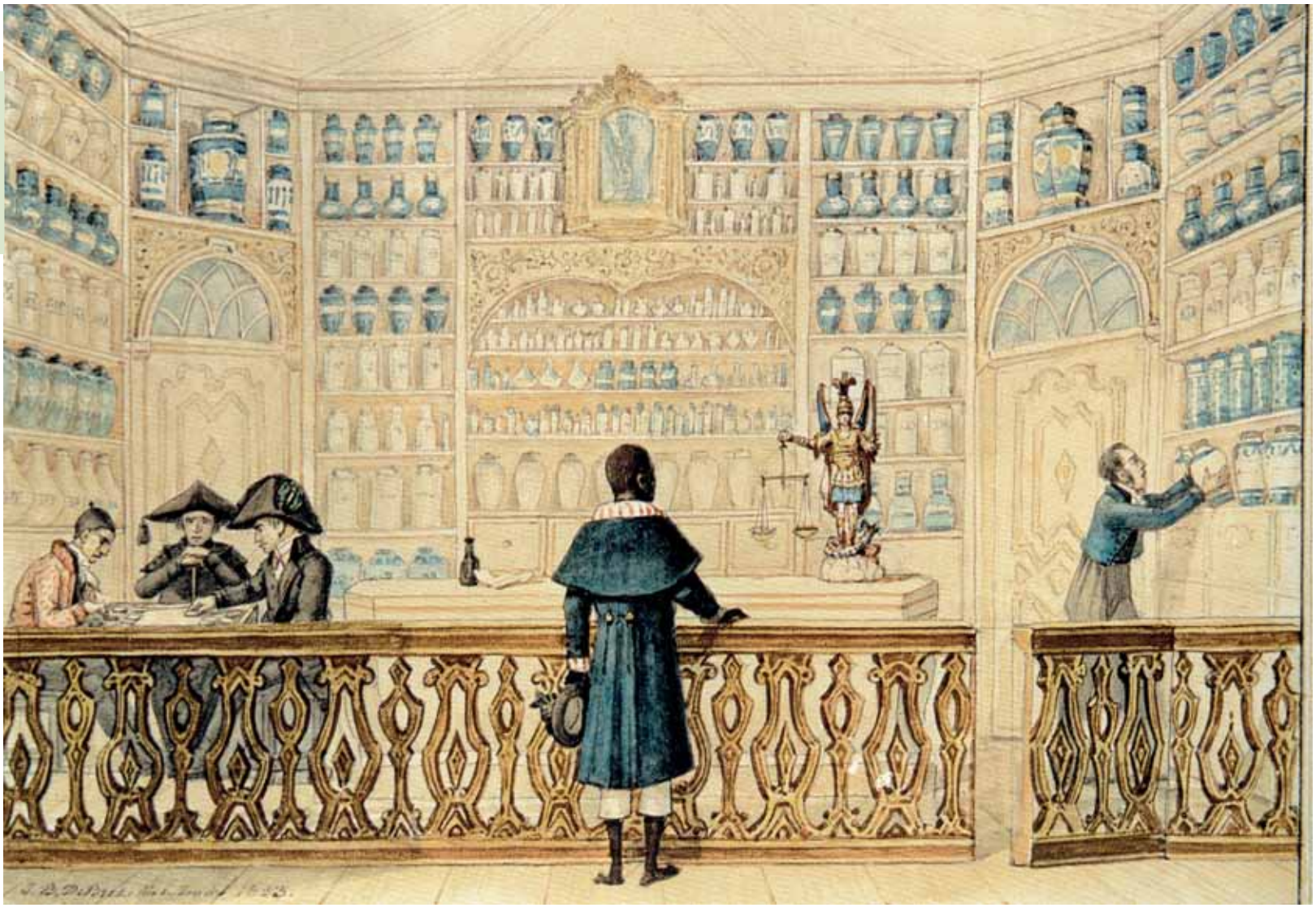
As Ordenações Filipinas, de 1595 ("Ordenações do Reino de Portugal recopiladas por mandato d'el Rei D. Felipe, o Primeiro"), que tratavam de todos os assuntos de interesse da Coroa, ditavam também regras sobre os ofícios de médicos, cirurgiões e boticários.

Ainda antes das Ordenações Filipinas, em 1521, surge a divisão das atribuições entre as duas maiores autoridades da saúde: o físico-mor e o cirurgião-mor. A Fisicatura era um tribunal e o físico-mor, um juiz. Desde então já aparece a figura dos juízes comissários no Reino e seus domínios. No momento em que se estabelece a administração portuguesa no império luso-brasileiro, ainda no século XVI, tem-se notícia da designação de licenciados para o cargo de físico (médico) na cidade de Salvador. Onde não houvesse um físico examinador, delegado do físico-mor, os praticantes da arte de curar deviam requerer carta ao físico-mor, com atestado das câmaras locais que comprovasse sua experiência e saber. Se aprovados em exame, recebiam licença para exercer a medicina apenas na localidade em que praticavam, e por determinado tempo. Cartas de lei, alvarás e regimentos respondiam a situações particulares, como infrações à legislação sanitária e aos abusos contra os interesses dos súditos (Machado, 1978).

Até a criação da Junta do Protomedicato, em 1782, cabia ao físico-mor fiscalizar, com o auxílio de boticários aprovados, as boticas, a qualidade e os preços dos medicamentos. A lei estabelecia que a separação entre físicos, cirurgiões e boticários era completa, cada qual com atribuições restritas ao seu domínio. A definição de limites ao exercício de cada atividade obedecia ao estabelecimento gradual de uma hierarquia de importância entre elas. Já um alvará do século XVI vedava aos físicos e boticários sociedade comercial nas boticas.

O regimento de 1744, elaborado pelo físico-mor, a ser observado por seus representantes no Brasil, indica a crescente importância que Portugal emprestava à sua colônia na América. Toda a legislação, que procurava fazer a Fisicatura próxima e presente através de uma pesada burocracia, e as constantes queixas sobre o arbítrio dos comissários revelam que a preocupação central da Coroa era com o fisco (arrecadação de impostos). A administração da justiça na área médica esmerava-se, então, tanto em fiscalizar os fiscalizadores (que deveriam, entre outras funções, zelar pela arrecadação de impostos sobre o exercício da profissão) quanto em punir os infratores.

Entretanto, a não observância do regimento da Fisicatura parece ter sido a norma nos tempos coloniais (Machado, 1978). Não só lojas de barbeiro e boticas vendiam remédios no Brasil. Os estabelecimentos dos ourives, padeiros e outras casas também comerciaram específicos. Os próprios médicos, apesar de o alvará real de 1561 proibir-lhes preparar e vender drogas, manipularam e venderam suas próprias receitas. Se os cirurgiões curavam de medicina e os médicos aviavam suas receitas, os boticários receitavam por conta própria ou a pedido de curandeiros (Marques, 1999).



A sanha legislativa da metrópole não se limitava ao controle das atividades mercantis. Bem antes do período pombalino (1750-1777) e do reinado de dona Maria I (1777-1808), quando o ministro da Marinha e Ultramar, d. Rodrigo de Souza Coutinho (1755-1812), projetou uma política voltada para a valorização dos produtos naturais da América portuguesa e para as pesquisas em história natural, já era patente o interesse da Coroa pelos vegetais que possuíssem utilidade médica (Wissenbach, 2002).

A Irmandade da Misericórdia: assistência médica como caridade

Outra poderosa tradição a atuar na conformação da cultura médica heterogênea que marcou o período colonial teve origem no catolicismo português, por intermédio do clero regular e das ordens e confrarias religiosas.

Como já observamos, não foram poucas as doenças e epidemias que atacaram os colonos e o restante da população indígena e negra. Varíola, disenteria, malária, febres tifoide e paratifoide, boubas, maculo (fístula anal), sífilis, lepra, elefantíase dos árabes (filariose) e opilação (ancilostomíase) eram as mais presentes. A imensa maioria dos doentes recebia tratamento em casa. Não eram apenas os pobres que faziam tal opção, as pessoas de posse também cuidavam de suas doenças em casa, com médicos e cirurgiões, ou então com curiosos e curandeiros, enquanto as ordens religiosas ou laicas tratavam de seus próprios irmãos. Os brancos pobres, a gente de cor, escrava ou forra, soldados, marinheiros, forasteiros em geral, quando em estado de indigência, recebiam assistência espiritual e médica nos hospitais da Irmandade da Misericórdia.

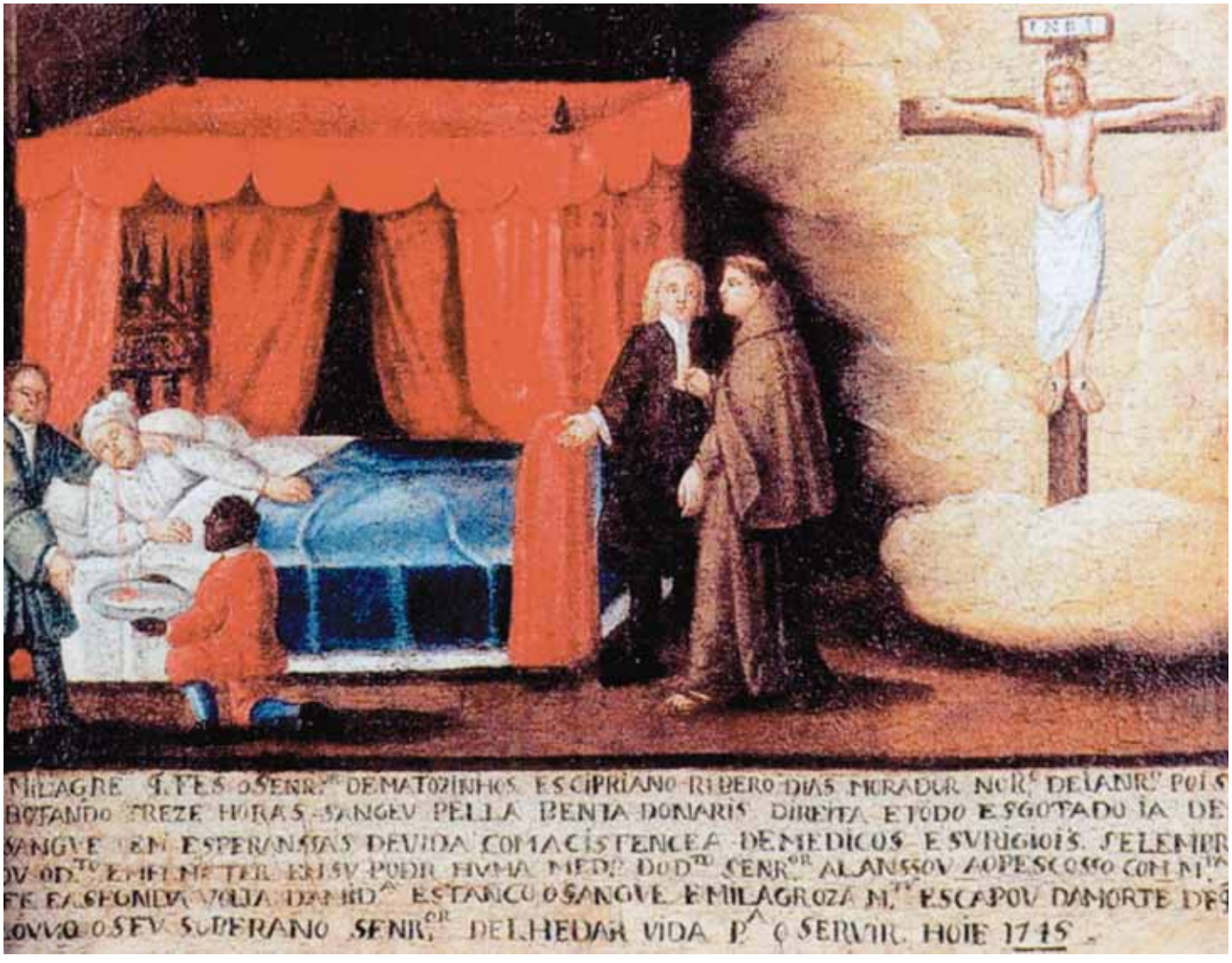
Para a cultura cristã, o bem-estar físico era secundário diante da salvação espiritual. Além do mais, a doença podia ser percebida alternativamente como uma expressão do pecado ou da graça divina. O corpo como o repositório da alma imortal permaneceu como um legítimo objeto de cuidado. Os ensinamentos bíblicos e o exemplo de Jesus apontavam a devoção aos doentes como uma benção divina, não restrita apenas a praticantes treinados. A fé cristã enfatizava que o cuidado e a cura deveriam ser uma vocação popular, um ato de humildade consciente, portanto, um componente vital da *caritas* cristã. Nos finais do século XVI, beneditinos, carmelitas e franciscanos se estabeleceram no Brasil. Além dos seminários e das pastorais, o trabalho caritativo, em especial o tratamento dos doentes, era parte essencial de suas ações. O culto dos santos servia também de escudo contra os perigos da vida ou de proteção contra os demônios. Muitos eram invocados pela sua qualidade de curar. Nas procissões organizadas pelas confrarias, nas igrejas ou no refúgio do lar, orações e preces rogavam a intervenção dos santos, cada qual segundo sua especialidade. Uma procissão diária nas cidades coloniais era a do viático (sacramento referente à última ceia, alusivo ao alimento espiritual para a última viagem), levado

A força da influência do catolicismo português na cultura médica do período colonial fica expressa no uso dos ex-votos, em agradecimento à cura de enfermidade grave, como este dedicado à Nossa Senhora do Carmo

Coleção Márcia de Moura e Castro

aos moribundos e doentes. Um sem-número de devotos compunham o cortejo, entoando ladainhas. Todas as igrejas repicavam sinos à sua passagem.

Perante as dificuldades e precariedade da vida, a Igreja incentivou os fiéis brasileiros a agruparem-se em confrarias, formadas segundo categorias sociais, para encontrar soluções que abrissem as portas à salvação eterna. Refúgio na vida, segurança diante da morte, gosto da ostentação e exibição de uma posição social numa sociedade rigidamente estratificada, as confrarias foram também garantia de cuidados aos doentes e de missas póstumas para o conforto da alma. A confraria mais antiga do Brasil era a da Misericórdia, que, inspirada nos compromissos corporais (lei escrita da



Ex-voto em nome de milagre do Bom Jesus do Matosinhos a Cipriano Ribeiro Dias. Em 1745, este doente sangrou pelo nariz durante horas seguidas e ficou curado, com a fé, milagrosamente

Acervo Museu da Misericórdia, Matosinho (MG)

1

Misericórdia dividida em compromissos espirituais e corporais que orientavam os objetivos assumidos pela confraria), realizava obras voltadas à alimentação dos presos e famintos, remia os cativos, curava os doentes, cobria os nus, dava repouso aos peregrinos e enterrava os mortos. Mantida por figurões de grande prestígio social, a ordem se beneficiava dos legados deixados por seus associados e de eventuais recursos diretos da Coroa. Os quatro hospitais abertos no século XVIII pelas ordens terceiras de São Francisco e do Carmo voltavam-se ao acolhimento exclusivo dos confrades. Os hospitais da Santa Casa da Misericórdia, quase todos modestos e em permanente estado de penúria, assistiam a uma população de indigentes e moribundos, desde o século XVI, em quinze cidades brasileiras.

Como a Misericórdia gastava mais com as festividades religiosas do que com seus hospitais, a instituição vivia em pobreza (Ribeiro, 1971; Russell-Wood, 1981). Em geral, a terapêutica ministrada em seus hospitais se resumia a uma alimentação à base de canja de galinha, sangrias e purgas

Viático. Óleo sobre tela de Domingos Rebelo, 1919
Acervo Museu Carlos Machado

Hospital da Misericórdia no Rio de Janeiro, s.d. Inaugurada em 1582 pela mais antiga confraria do Brasil, a Santa Casa era mantida por figuras de grande prestígio social e eventuais recursos da Coroa. A instituição possuía uma botica onde se fabricavam os remédios usados pelos pacientes. Em sua enfermaria eram ministradas as aulas práticas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

realizadas por barbeiros, sangradores e, quando em aperto financeiro, por escravos. Um médico e um cirurgião davam conta do trabalho, comparecendo pela manhã e à tarde.

Saber erudito e saber popular na medicina colonial

Durante todo o período que compreende o império luso-brasileiro, médicos cirurgiões e boticários diplomados formavam uma ínfima proporção de uma vasta comunidade terapêutica. Ocupando formalmente o ápice da pirâmide profissional, as três categorias, além de concorrerem entre si, mantinham um pendor regulamentar e vigilante sobre as atividades dos terapeutas populares. A autoridade dos médicos diplomados era ainda embrionária, geralmente os próprios pacientes ou terapeutas populares tentavam curar as doenças graves ou mesmo resolver os problemas de caráter cirúrgico. Como já observamos, não se respeitava a hierarquia legal. Junto ao leito do paciente, parentes, amigos e curiosos não se incomodavam de criticar o médico, propor a mudança de tratamento ou sugerir o nome de outro prático mais eficaz para o caso. As divergências sobre as origens das doenças eram consideráveis. Deus, feiticeiros, espíritos malignos, inveja e astros contavam tanto quanto as causas naturais. Os remédios

1

Cirurgião negro aplicando ventosas.

DEBRET, Jean-Baptiste. Le chirurgien nègre posant des ventouses. In: *Voyage pittoresque et historique au Brésil*. Paris, 1831
Coleção particular

iam da oração à purga ou à sangria, passando pelos exorcismos, fórmulas mágicas, talismãs, ervas, minerais e substâncias de origem animal. Para um mesmo fenômeno, os pacientes invocavam explicações múltiplas (a intervenção divina não excluía a ação de causas naturais), e se sentiam livres para chamar todo tipo de terapeutas.

Os físicos e cirurgiões, em sua maioria cristão-novos (judeus convertidos ao cristianismo), não ocuparam posição de relevo na sociedade até a metade do séc. XVIII, quando, já formados em universidades europeias e membros de academias literárias e científicas, passaram a desfrutar de uma situação privilegiada. Trabalhavam muitas vezes de graça e seus ganhos financeiros não eram igualmente vantajosos, fazendo com que saíssem em busca de clientes em outras localidades. Adotavam para orientar suas receitas as farmacopeias europeias (manuais contendo relação de produtos e procedimentos terapêuticos), destacando-se os tratados de plantas medicinais e as coleções de receitas editadas em Portugal. Os barbeiros, além dos cortes de cabelos e das barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas e clisteres, faziam curativos, arrancavam dentes etc. Da mesma forma que os boticários, os barbeiros necessitavam da *carta de examinação* para habilitá-los ao exercício de seu ofício. Os barbeiros geralmente eram portugueses e castelhanos, muitos deles cristãos-novos, mas a partir do séc. XVIII já se incluíam negros e mestiços neste ofício.

De todas as práticas terapêuticas, o uso das ervas medicinais brasileiras era a que maior legitimidade popular possuía. Não se pode esquecer que o emprego dessas plantas tinha um sentido mágico ou místico. Determinados minerais, bem como partes do corpo de animais, eram usados como medicamentos ou amuletos. Se a antropofagia ritual era encarada com horror pelos europeus, a utilização da saliva, da urina e das fezes, humana ou animal, era compartilhada como recurso terapêutico,

Barbeiros ambulantes
Acervo Museus Castro Maya

Na imagem de Debret, vê-se uma loja de barbeiro sangrador. Muitos terapeutas populares sangravam, aplicavam sanguessugas e propalavam todo tipo de cura com ervas ou remédios secretos, concorrendo com médicos, boticários e cirurgiões

DEBRET, Jean-Baptiste. *Boutique de barbier*. Rio de Janeiro, 1821. In: *Voyage pittoresque et historique au Brésil*. Paris, 1831
Coleção Particular

embora possuindo um significado distinto para ambas as culturas. Enquanto a sucção ou sopro dos espíritos malignos, a fumigação pelo tabaco, os banhos, as fricções com cinzas e ervas aromáticas e o jejum ritualístico eram desprezados como elementos bárbaros, a teoria das assinaturas, própria ao conhecimento científico da época (Foucault,1999), que supunha existir, radicado em cada região, o antídoto das doenças do lugar, autorizava a assimilação da farmacopeia empírica popular. Se em ampla variedade de aspectos o saber erudito e o popular eram indissociáveis na experiência dos distintos estratos sociais, os representantes da arte oficial lutavam ferrenhamente contra os que praticavam as curas na informalidade. Reivindicando para si o controle do corpo doente, a medicina oficial esvaziava o sentido dos conhecimentos terapêuticos populares e reinterpretava-os à luz do saber erudito. A fluidez entre o domínio da medicina e aquele da feitiçaria, com o emprego de cadáveres humanos e de animais associados ao universo demoníaco – como o sapo, o cão negro, o morcego e o bode – na produção de remédios, impunha aos portadores de diploma a tarefa de distinguir o procedimento "científico", das crenças populares "supersticiosas". Nessa tarefa encontravam o apoio da Igreja e das Ordenações do Reino.

1

Cabocla tirando um bicho de pé, imagem do viajante Auguste Biard. No Brasil do século XIX, as práticas mais avançadas da medicina dividiam espaço com métodos caseiros

BIARD, François-Auguste. *Deux années au Brésil*. Paris, 1862
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

A influência dos médicos licenciados sobre os governantes não se mostrava sempre eficaz para garantir a regulamentação. Nenhum grupo alcançou o pretendido monopólio do diagnóstico ou tratamento. As práticas médicas mais diversas como o *catimbó* e o *calundu* coabitavam, gerando muitos atritos. Boticários, barbeiros, parteiras, algebristas (consertadores de ossos), cristeleiras (aplicadoras de clisteres) oficiavam uma arte mecânica e servil, enquanto o físico, de formação dogmática e doutrinal (acadêmica), possuía honras de nobre, com direito a homenagens e uso de armas e sedas – ornamentos simbólicos distintivos da imagem pública do valor nobiliárquico. Entre os agentes envolvidos com as práticas de cura, os boticários e cirurgiões ocupavam, assim, uma posição subalterna na hierarquia profissional. Ficou reservada ao médico a tarefa de diagnosticar, prescrever e acompanhar o tratamento do doente, de acordo com o aprendizado doutrinal, feito a partir dos textos canônicos escritos em latim. Essa arte liberal, isto é, condizente com o *status* de homens livres, tinha supremacia em relação ao trabalho do cirurgião e ao de preparo e venda de medicamentos. Os físicos deveriam supervisionar o

DICCIONARIO

DE

MEDICINA POPULAR

E DAS

SCIENCIAS ACCESSARIOS

PARA USO DAS FAMILIAS

CONTENDO A DESCRIPÇÃO

DAS

Causas, symptomas e tratamento das molestias;
As receitas para cada molestia;
As plantas medicinaes e as alimenticias;
As aguas mineraes do Brazil, de Portugal e de outros paises.
E muitos conhecimentos uteis.

SEXTA EDIÇÃO

CONSIDERAVELMENTE AUGMENTADA, POSTA A PAR DA SCIENCIA,

E ACOMPANHADA DE

913 figuras intercaladas no texto

POR

PEDRO LUIZ NAPOLEÃO CHERNOVIZ

DOUTOR EM MEDICINA, CAVALLEIRO DA ORDEM DE CHRISTO,

OFFICIAL DA ORDEM DA ROSA DO BRAZIL

VOLUME PRIMEIRO

A — F

PARIZ

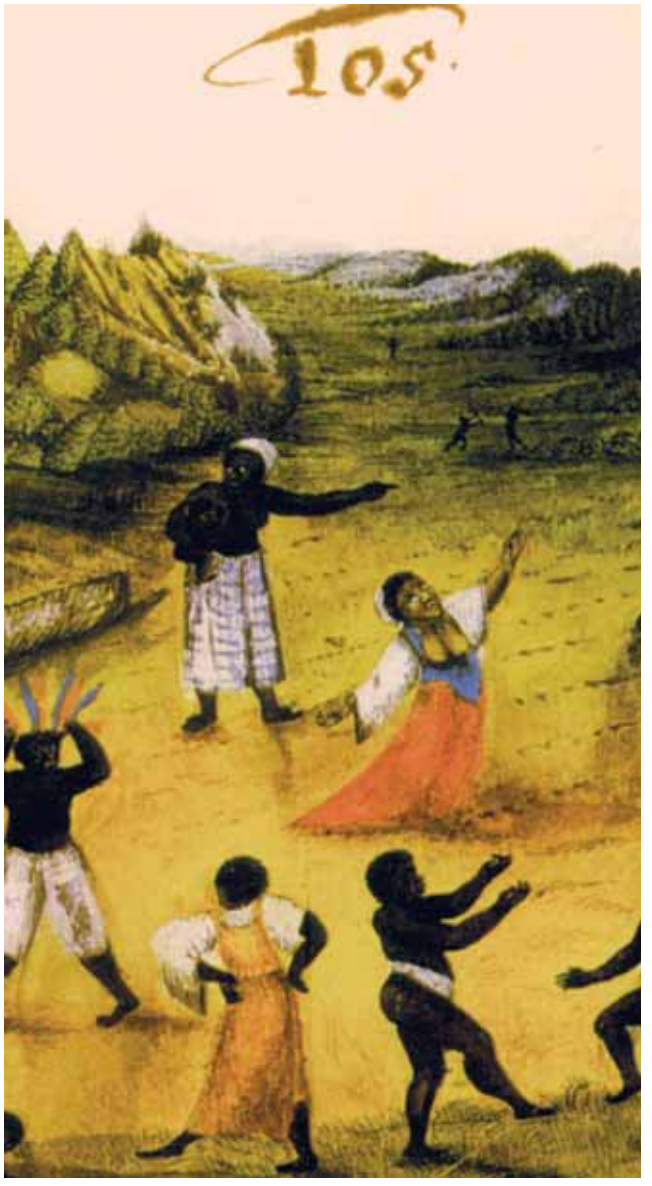
A. ROGER & F. CHERNOVIZ

7, RUE DES GRANDS-AUGUSTINS, 7

1890

Nas academias médico-cirúrgicas eram usadas, então, traduções de grandes compêndios europeus. Já o *Dicionário de medicina popular e ciências acessórias*, de Chernoviz, teve grande importância nos lares brasileiros

CHERNOVIZ, Pedro Luis Napoleão. *Dicionário da medicina popular*. Paris, 1890
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

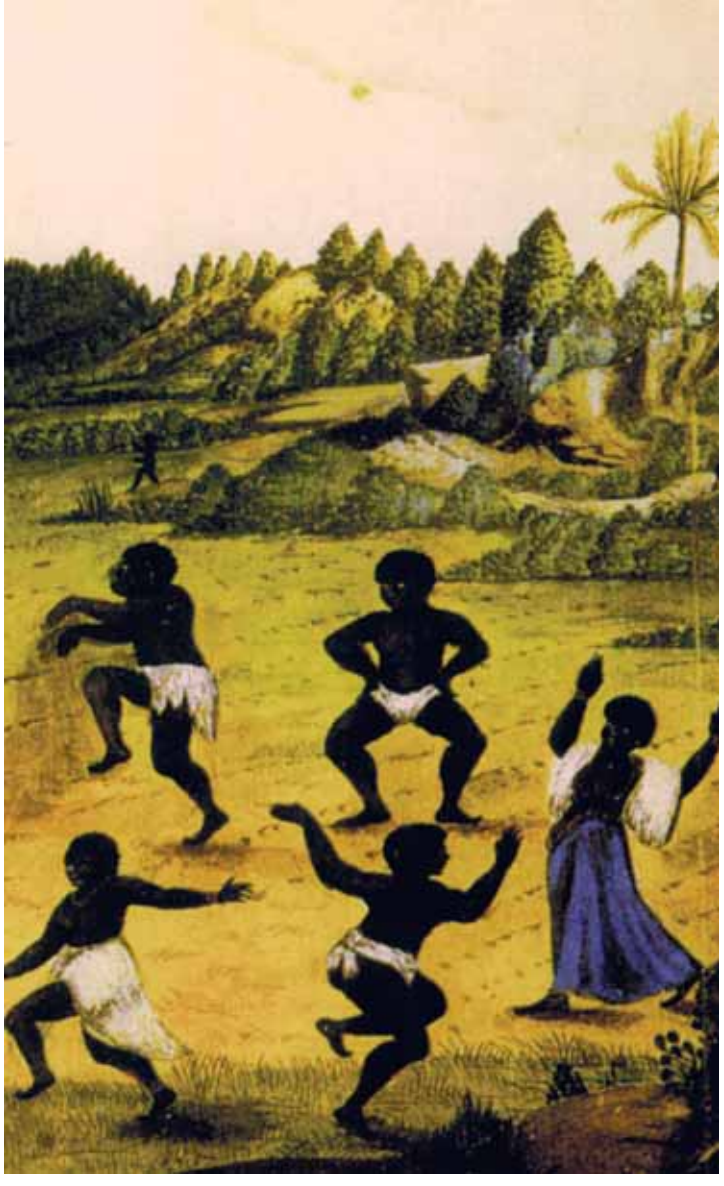


Ritual de calundu no século XVII. Através da religião e também dos rituais de cura, os negros mantinham vivas, do lado de cá do Atlântico, as crenças africanas

WAGENER, Zacharias. *Calundu*, 1694
Acervo *Kabinett der Staalichen Kunstsammlungen,* Dresden, Alemanha

preparo de todas as mezinhas (conjunto de medicamentos da cultura popular) que contivessem ópio, eletuários, pílulas e trociscos. Aos boticários cabia prensar e misturar as drogas previamente selecionadas e pesadas pelos doutores, enquanto os cirurgiões deveriam limitar sua ação terapêutica ao conserto de ossos quebrados e tratamento de algumas feridas.

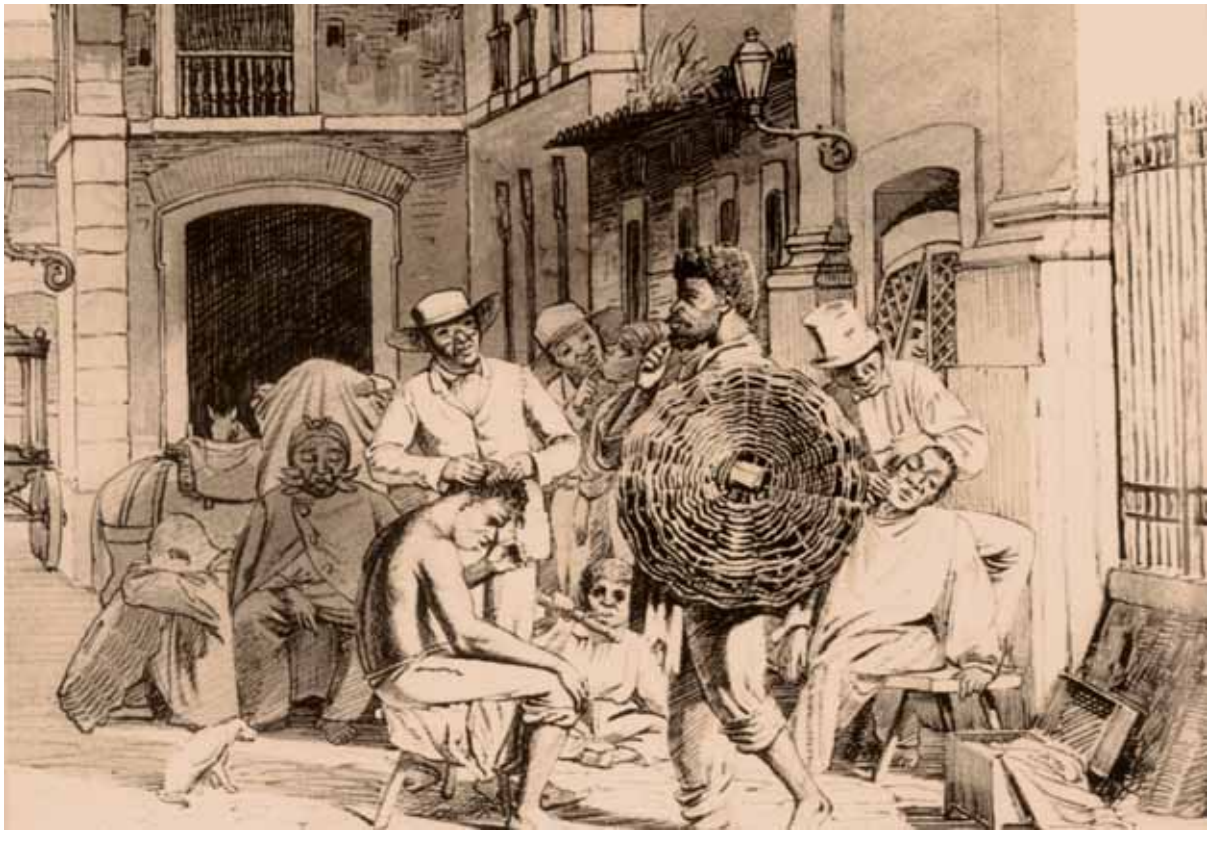
No mundo da colônia, entretanto, a imposição da rígida hierarquia entre físicos, cirurgiões e boticários mostrava-se inócua. Quando aplicada, recebia queixas dos representantes da Coroa, em nome da realidade colonial. O exercício da medicina no Brasil, até a criação da Junta do Protomedicato, em 1782, no reinado de d. Maria I (1734-1816), era facultado somente a físicos e cirurgiões portadores de um atestado de habilitação, e licenciados pelos comissários das autoridades médicas do Reino: o cirurgião-mor e o físico-mor. Estes representantes diretos do poder real residiam, inicialmente, nas povoações maiores, mas, a partir do séc. XVIII, os regimentos sanitários passam a ser mais observados, com a presença de comissários em um número maior de cidades e vilas.



Os físicos atuavam como médicos da Coroa, da Câmara e das tropas nas principais cidades e vilas, sendo numericamente pouco expressivos. No séc. XVIII, em cidades como Recife, Salvador e Rio de Janeiro, somente três ou quatro físicos exerciam suas atividades. Eles eram responsáveis pelo exame, diagnóstico e receituário para os pacientes, e aos cirurgiões cabiam os ofícios manuais, considerados socialmente inferiores, que exigiam o uso de ferros, lancetas, tesouras, escalpelos, cautérios e agulhas. A atuação dos cirurgiões estava restrita às sangrias, à aplicação de ventosas, à cura de feridas e de fraturas, sendo-lhes vetada a administração de remédios internos, privilégio dos médicos formados em Coimbra, Portugal. A criação das escolas de cirurgia, em 1808, veio romper com esta prática de cerceamento, feita pela metrópole, possibilitando a formação de médicos no país.

Após a Independência, algumas mudanças significativas tiveram lugar no ambiente médico. Em 1826, o corpo docente das escolas médico-cirúrgicas passou a controlar a emissão de diplomas para o exercício da medicina. Em 1828 foi extinta a Fisicatura-mor como órgão do governo responsável pela fiscalização sanitária e regulamentação das artes terapêuticas. Sangradores e curandeiros foram definitivamente postos na ilegalidade.

Em 1832, as duas escolas médico-cirúrgicas, criadas em 1808, foram transformadas em faculdades de medicina. Finalmente, em 1850, em seguida à primeira epidemia de febre amarela, foi criada a Junta Central de Higiene Pública. Entretanto, boa parte dessa nova legislação era "para inglês ver", como se dizia na época. Na corte ou nas províncias pululavam os vendedores ambulantes de remédios secretos. A população não associava competência terapêutica com os diplomas oficiais e as autoridades faziam vista grossa à multiplicidade de anúncios que ofereciam, para os mais diversos males, remédios que prometiam curas imediatas. Tânia Salgado Pimenta (2004) documentou a ampla oferta de anúncios em que terapeutas populares, em meados do século XIX, propalavam a cura de pernas inchadas, cancros, carbúnculos, moléstias dos olhos, surdez, escrófulas, embriaguez e morfeia (lepra). Num artigo publicado no periódico *Archivo Médico Brasileiro*, em 1848, seu autor atestava que na corte a cura da bebedeira era monopólio dos curandeiros. Uma "velha do Castelo" administrava um remédio composto de mijo de gato e assafétida. Um morador da Prainha indicava à sua clientela negra uma infusão com "fedorenta" seguida de uma purga com aloés para curar o vício da cachaça. Na rua dos Ciganos, um "negro de Angola" também curava a embriaguez com uma certa raiz que trouxera de Minas Gerais. No *Diário de Pernambuco*, em 1837, a famosa coluna do *Carapuceiro* ridicularizava as ações terapêuticas de "negros boçais", "caboclos estúpidos" e "velhas comadres" procurados pela população para "tomar sangue com



Os barbeiros negros se somaram aos portugueses e castelhanos, a partir do século XVIII. Além dos cortes de cabelos e barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas, clisteres e faziam curativos

BAUCH, Emil. *Cena de costumes, Rio de Janeiro*, 1859
Coleção Fadel

Criada em 1850, a Junta Central de Higiene Pública era criticada pelos médicos por não inspecionar as boticas nem a venda de remédios e drogas que acontecia em estabelecimentos diversos, até mesmo em casas de ferragens e louças

IBITURENA, Barão de. *Relatório dos trabalhos (...)*. Rio de Janeiro, 1887
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

palavras", "atalhar frouxos", "curar nervo torto e carne quebrada", "erisipelas e hidropisias" e que em geral desprezava "os medicamentos de homens que estudaram *ex professo* a medicina".

As desigualdades sociais e culturais herdadas do período colonial e acentuadas até o limite com a escravidão se refletiam também no uso dos remédios. O acesso aos produtos das farmácias, boticas e drogarias, muitos deles importados, era quase sempre uma prerrogativa dos brancos ricos. Os setores subalternos, formados pela imensa população de pobres e escravos, contavam com remédios caseiros, fórmulas feitas com ervas nacionais e outros produtos recomendados ou administrados por curandeiros, mezinheiros, barbeiros e sangradores. Como observou Gilberto Freyre (1977), foram vários os remédios de negro, de caboclo, de matuto, de caipira, ou sertanejo que eram desprezados pelos "civilizados" como indignos de gente fina ou delicada. Nas áreas mais requintadas em cultura europeia, alimentos, bebidas e remédios caros, importados da Europa, constituíam indícios da ostentação senhorial. Para essa "gente superior de raça fina", os remédios rústicos pareciam produzir maior dano que as próprias doenças. Nos anúncios de jornais eram frequentes os remédios recomendados para "pessoas delicadas", "fidalgas" ou "nobres".

A perseguição aos curandeiros, antes tolerados, recrudesceu a partir de 1870, quando o poder público ampliou o cerco contra as práticas e concepções populares de cura nos principais centros urbanos. Esse processo foi assinalado por Sidney Chalhoub, que o interpretou num contexto mais amplo de desmantelamento e crise das políticas de dominação senhorial. O novo despotismo sanitário combinava a crise da ideologia senhorial – baseada na escravidão, no paternalismo e na dependência pessoal – com a emergência de políticas de contenção das "classes perigosas" e de naturalização das diferenças sociais, agora sancionadas pelo racismo científico e pelo darwinismo social.

HYGIENE PUBLICA

RELATORIO

DOS

TRABALHOS DA INSPECTORIA GERAL DE HYGIENE

APRESENTADO

Barão de Mamoré

Dr. Barão de Ibituruna

RIO DE JANEIRO
IMPRENSA NACIONAL

1

O Código Penal de 1890, associado à nova ordem jurídica da nascente República, embora garantisse a liberdade de consciência e culto, sancionava a perseguição aos terapeutas populares, criminalizando as práticas do espiritismo, da magia e seus sortilégios, do uso de talismãs e das cartomancias, desde que empregadas para inculcar cura de moléstias curáveis e incuráveis. O exercício do ofício de curandeiro também era formalmente proibido, cominando penas de prisão e multa. As associações médicas de grande prestígio, como a Academia Nacional de Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, influíram na produção desses dispositivos legais, ao reivindicarem o monopólio da assistência médica aos doutores diplomados e associarem as práticas terapêuticas populares à ideia de fraude e charlatanismo.

Referências bibliográficas

CHALHOUB, S. Cidade Febril. Cortiços e epidemias na corte imperial, São Paulo, Cia das Letras, 1996.

DULIEU, L. Medicina. In: TATON, René. *História geral das ciências*. São Paulo: Difel, 1960, p. 190-206.

EDLER, F. C. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista*: da climatologia à parasitologia médica. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Medicina Social (IMS)-UERJ, Rio de Janeiro, 1999.

_____. Keeping an eye on Brazil: Medical Geography and Alphonse Rendu's Journey. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 8 (supplement), p. 925-943, 2001.

_____. Boticas e boticários no Brasil colonial. In: EDLER, Flavio Coelho (Org.). *Boticas e pharmacias*: uma história ilustrada da farmácia no Brasil. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

FERREIRA, Luís Otávio. *O nascimento de uma instituição científica*: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX. Tese (Doutorado em História) – FFLCH-USP, São Paulo, 1996.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1999.

FREYRE, Gilberto. *Sobrados e mocambos*: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento urbano. 5. ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1977.

HIPPOCRATE. *De l'art médical*. Paris: Librairie Générale Française, 1994.

LENOBLE, R. A revolução científica do século XVII. In: TATON, René. *História geral das ciências*. São Paulo: Difel, 1960, p. 9-30.

LIMA, Tânia A. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 2, n. 3, p. 44-96, nov. 1995-fev. 1996.

MACHADO, Roberto et al. *A danação da norma*: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARQUES, Vera R. B. *Natureza em boiões*: medicinas e boticários no Brasil setecentista. Campinas: Ed. Unicamp, 1999.

MILLEPIERRES, F. *La vie quotidienne des médecins au temps de Molière*. Paris: Hachette, 1964.

PEARD, J. G. *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Dissertation Information Service. Michigan, Columbia University, 1990.

PIMENTA, Tânia Salgado. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do oitocentos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 11 (suplemento 1), 2004.

RIBEIRO, Lourival. *Medicina no Brasil colonial*. Rio de Janeiro: Ed. Sul Americana, 1971.

ROGER, J. *Pour une histoire des sciences à part entière*. Paris: Albin Michel, 1995. Jean Fernel et les problèmes de la médecine de la Renaissance, p. 77-94, e La conception mécaniste de la vie, p. 170-191.

RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos*: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775. Brasília: Ed. UnB, 1981.

SILVA, Maria Beatriz N. da. A cultura implícita. In: MAURO, Frédéric (Org.). *O império luso-brasileiro* (1620-1750). Lisboa: Editorial Estampa, 1991.

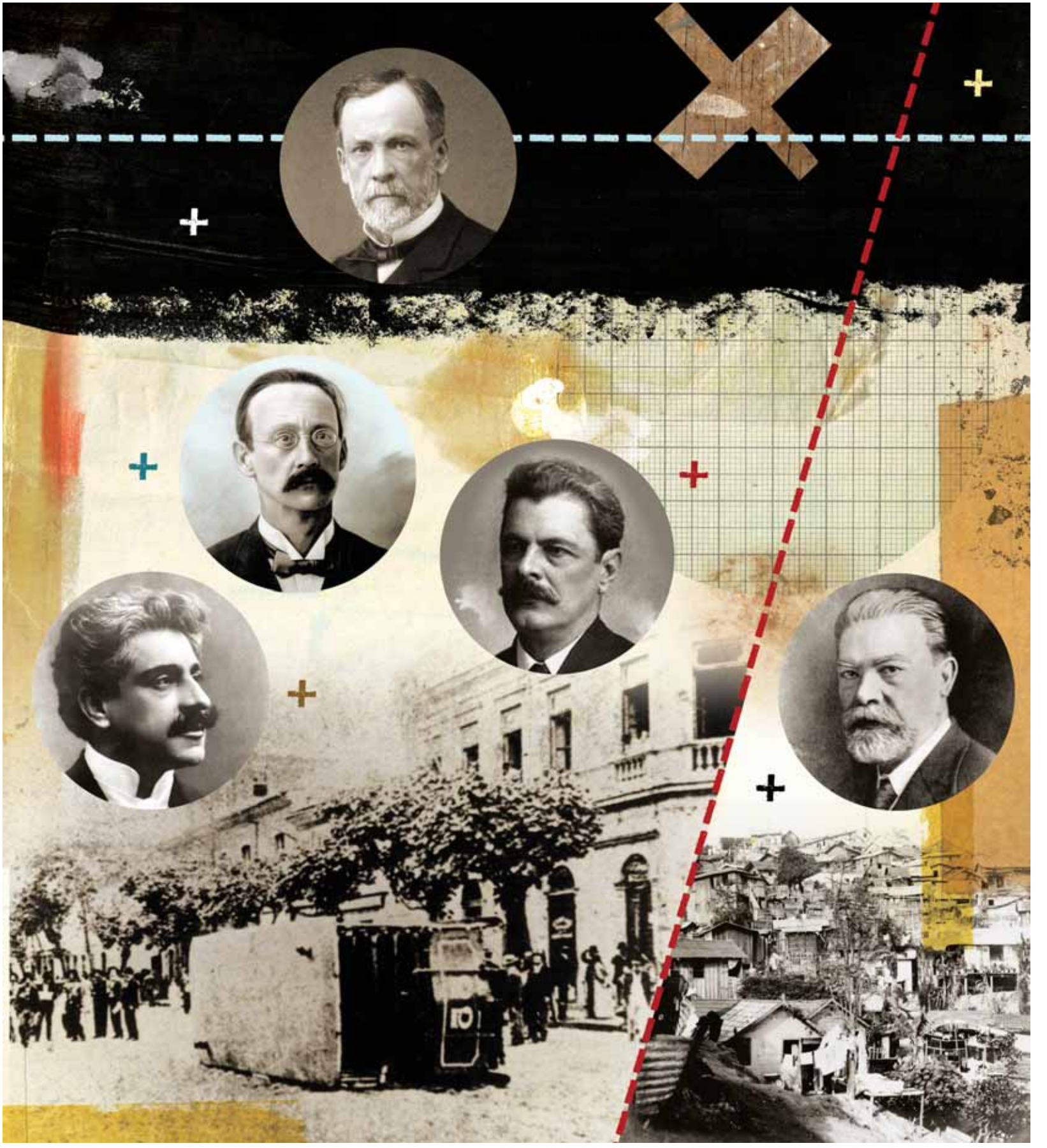
SOUZA, Laura de Mello e. *O Diabo na terra de Santa Cruz*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Gomes Ferreira e os símplices da terra: experiências dos cirurgiões no Brasil-Colônia. In: FERREIRA, Luís Gomes. *Erário mineral* (Org. Júnia Ferreira Furtado). Belo Horizonte; Rio de Janeiro: Fundação João Pinheiro; Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

2

O Brasil no microscópio

CARLOS FIDELIS PONTE



Sob o olhar de uma nova ciência

O Brasil chega ao fim do século XIX com graves problemas de saúde pública e projetando uma imagem de lugar extremamente insalubre, onde a vida se encontrava em risco constante, em virtude das precárias condições sanitárias de seus centros urbanos e dos diversos surtos epidêmicos que costumavam atingir sua população. O processo de urbanização e o crescimento populacional, aliados à ausência de infraestrutura básica, de legislação, de fiscalização e de conhecimentos adequados, agravavam os problemas resultantes das reduzidas condições de higiene observadas nas cidades da velha colônia portuguesa. Para se ter uma ideia do péssimo estado sanitário do Rio de Janeiro, basta lembrar que até o final da escravidão, em 1888, o escoamento do esgoto da cidade, capital do Império, era realizado pelos chamados "tigres", escravos que, à noite, carregavam tonéis de excrementos das habitações até o mar, onde eram atirados sem nenhum tratamento (Chalhoub, 1996).

País agroexportador, sua economia dependia quase que exclusivamente do comércio externo, o que acabava por agravar ainda mais as consequências do seu quadro sanitário, já que muitas companhias de navegação se recusavam a estabelecer rotas que passassem pelos portos brasileiros. Conhecido como túmulo dos estrangeiros, o país encontrava dificuldade para atrair migrantes para as fazendas de café, carentes de mão de obra desde o fim da escravidão. Herdeiro de um passado escravista e colonial, o Brasil de então se via frente ao desafio de promover medidas capazes de alterar suas condições de saúde e de acabar com as epidemias, tendo em vista defender a vida de seus habitantes e a economia do país. Descrevendo a situação sanitária do Rio de Janeiro de 1900, Luís Edmundo comentava:

> (...) o turista que vem à América do Sul, muitas vezes, aqui nem baixa à terra bárbara, do navio em que viaja, contentando-se com vê-la de longe, no quadro magistral da natureza, que não se pôde estragar, porque, além de feia e desinteressante, a cidade é um perigo, foco das mais tremendas moléstias infecciosas: a febre amarela, a peste bubônica, a varíola. A tuberculose mata como em nenhuma outra parte, sendo que as moléstias do aparelho digestivo, graças à ausência de fiscalização no varejo de gêneros alimentícios, fazem tantas vítimas quantas faz a tuberculose. Os obituários alongam-se sinistramente pelas colunas dos jornais, cruzam, pelas ruas, féretros e homens cobertos de luto, sendo que prosperam particularmente os lojistas de grinalda e coroas, os médicos e os padres (Edmundo, 1957).

É nesse contexto, de necessidade de reestruturação da máquina estatal no que diz respeito à área da saúde pública, que a medicina começa a ganhar forte poder de intervenção na sociedade, diferenciando-se, cada vez mais, do vasto grupo de pessoas (curandeiros, parteiras, benzedeiras, rezadeiras, pajés, entre outros) que se dedicavam ao ofício da cura e dos cuidados aos enfermos.

Constatando que o livre exercício da medicina por todo tipo de curiosos sobre os quais não se tinha controle nenhum era apresentado como argumento explicativo das precárias condições de saúde, pesquisadores da história da medicina, como Roberto Machado, observaram que, para se constituir, a medicina

Vista do centro do Rio de Janeiro na virada do século XIX para o XX
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Vista parcial do centro do Rio tomada do morro do Castelo, vendo-se o casario colonial e a configuração urbana anterior à reforma de Pereira Passos
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Sem sistema de esgoto canalizado, no período colonial, os escravos conhecidos como tigres carregavam as fezes em barris até praias, rios ou lagos, onde eram lançadas
CHAMBERLAIN, H. *Views and costumes of city and neighborhood*. Londres, 1822
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

social[1] precisava restringir o exercício da profissão àqueles que fossem reconhecidos pelas instituições de formação médica, uma vez que:

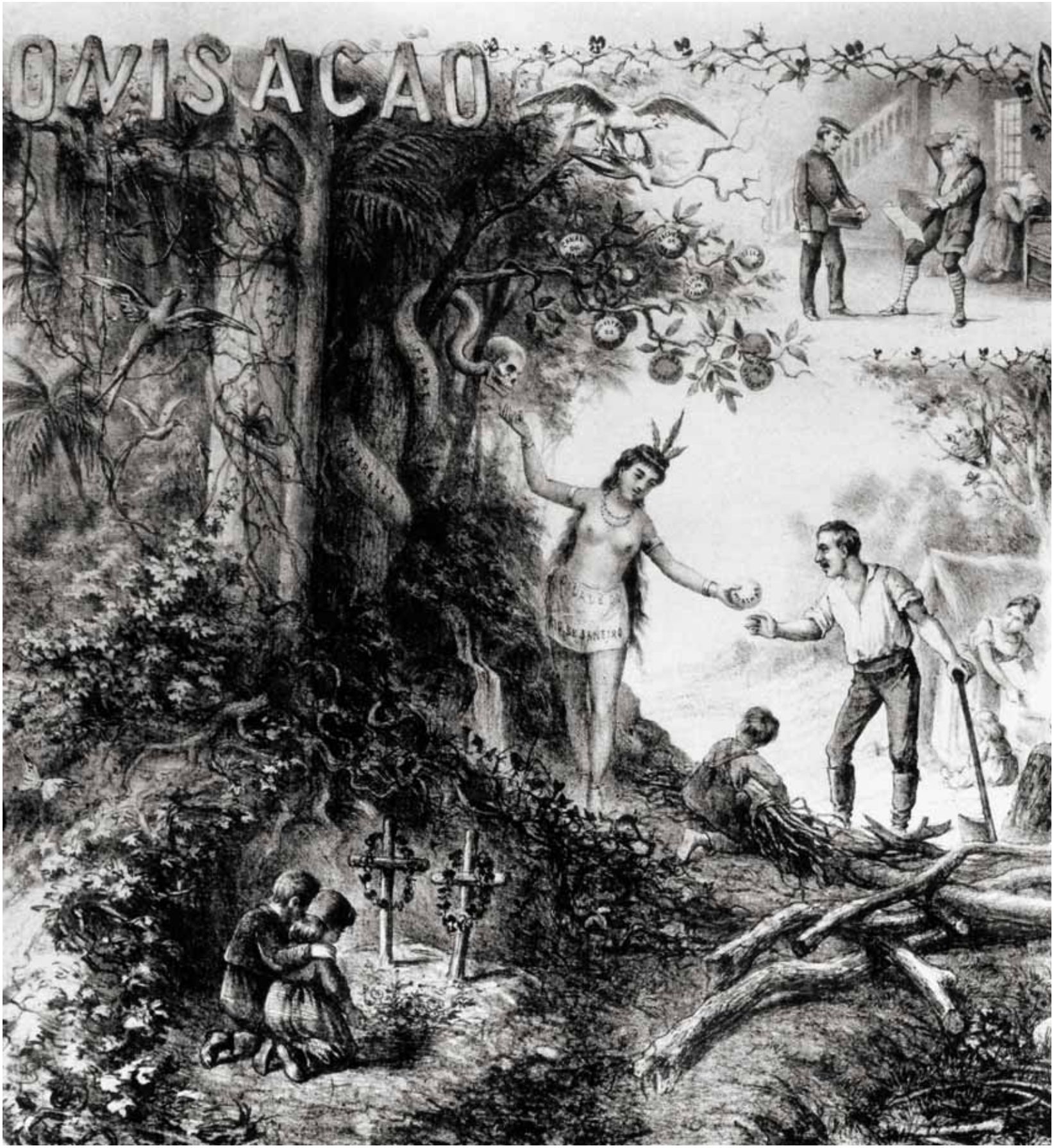
> (...) efetivamente, esta [a medicina social] só pode agir sobre a sociedade e controlar a saúde pública se for capaz de circunscrever o exercício da medicina a pessoas que tenham a mesma formação e uma visão unitária e coordenada da problemática da saúde. Controle sanitário da sociedade e controle interno da medicina são duas faces de uma mesma moeda (Machado, 1978).

O controle sobre as faces da mesma moeda de que nos fala Machado pressupõe, além dos modos de organização característicos do processo de institucionalização da medicina (criação de cursos, reconhecimento por parte do Estado etc.) e da montagem de um aparato estatal de atenção à saúde, a existência de um corpo de conhecimentos capaz de legitimar a presença desses atores na esfera pública. Isto porque, apesar de consideradas como condições necessárias, a instituição de formas de regulação internas ao campo médico e a estruturação do aparelho de Estado não são ainda suficientes para que se exerça e se justifique o controle sanitário da sociedade. É preciso também articular, com base na autoridade da ciência, um discurso em defesa da interferência na sociedade em nome do bem público e da proteção ao indivíduo (Ponte, 1999).

O período de institucionalização da medicina e de organização do Estado no que tange à área da saúde é marcado pela concorrência de várias teorias que procuravam explicar a emergência das enfermidades e epidemias que assolavam a população. Entretanto, embora envolvidos em debates que expressavam disputas entre concepções divergentes acerca das origens e formas de combate às doenças, os médicos da segunda metade do século XIX e início do XX concordavam em um ponto fundamental para o fortalecimento e a ampliação do prestígio da profissão: a intervenção da medicina na sociedade era não só possível, mas também, e sobretudo, necessária. Assim, nas palavras de Machado:

Charge satirizando a política de colonização. Na ilustração, uma índia, que simboliza a cidade do Rio de Janeiro, entrega ao imigrante recém-chegado o fruto proibido – "miasmas" – fornecido pela serpente (febre amarela). Os demais frutos representam outros agentes morbígenos: o canal do Mangue, a sujeira da cidade, a Faculdade de Medicina, a Câmara Municipal etc. Em torno desenrola-se o drama da família imigrante, desde a partida da Europa até a morte dos adultos e a orfandade dos filhos

Revista Ilustrada, n. 12, 18 mar. 1876, p.4-5


OMISACÃO

> (...) o momento em que o Estado se encarrega de maneira positiva da saúde dos cidadãos é o mesmo em que a sociedade como um todo aparece como passível de uma regulamentação médica. E regularizar a organização e o funcionamento social do ponto de vista sanitário exige que a medicina se obrigue não apenas a tratar o indivíduo doente, mas fundamentalmente a supervisionar a saúde da população, não só a visar ao bem-estar dos indivíduos, mas também à prosperidade e à segurança do Estado (Machado, 1978).

Deste modo, foi preciso, portanto, que a medicina empreendesse um duplo deslocamento. Em primeiro lugar, ela teve de desviar sua atenção exclusiva do corpo do indivíduo para focá-la no 'corpo social'. Em segundo, a atenção sobre este novo objeto teve de privilegiar o aspecto preventivo, buscando antecipar-se à instalação da doença.

Incapaz de responder aos novos problemas, a administração pública paulatinamente se torna permeável ao discurso médico, que, como já mencionamos, apesar das dissensões internas, começa a forjar um consenso acerca da necessidade de mudanças no ordenamento das cidades. A aliança entre o Estado e a medicina apoiava-se num processo difuso em que ambas as partes se beneficiavam. Ao mesmo tempo em que as concepções e diagnósticos médicos passaram a conduzir e sustentar as ações do Estado perante a opinião pública, conferindo legitimidade aos projetos gover-

O CARAPUCEIRO.

Periodico Moral, e só per accidens politico.

Sabbado 2 de Abril. (Numero 1.

Nos jornais e revistas do Império, o estado sanitário e o descontentamento com as autoridades e a terapêutica médica eram satirizados em folhetins e charges

Coleção Hariberto de Miranda Jordão

Charge ilustra a desconfiança, no Império, sobre as terapias e a existência de um conluio entre médicos e farmacêuticos que enriqueceriam com doenças e epidemias

Acervo Fundação Biblioteca Nacional

namentais, o reconhecimento, por parte do poder público, da autoridade científica da medicina fornecia à profissão médica grande prestígio (Machado, 1978).

As ruas estreitas e de casario aglomerado das cidades de então eram vistas pelos sanitaristas da época como focos de doenças e campos férteis para a propagação de epidemias. Na visão de um grande segmento da medicina, que atribuía a origem de algumas enfermidades à emanação de miasmas[2] de matéria em putrefação, as ruelas tortuosas e escuras impediam a penetração dos raios solares e a aeração das casas e das áreas públicas. Tal situação se agravava nas cidades litorâneas, onde a presença do porto atraía um fluxo maior de pessoas e mercadorias que, em virtude da falta de fiscalização eficaz, acabava por expor as populações dessas cidades à maior circulação de doenças e às mazelas dos surtos epidêmicos.

Segundo os sanitaristas da época, a esses problemas somavam-se a falta de controle sobre a produção e comercialização de gêneros alimentícios, bem como a ausência de hábitos higiênicos entre a maior parte da população. Tornava-se necessário, portanto, mudar o panorama das cidades, organizá-las de acordo com uma nova concepção. Reordená-las para permitir o controle dos diversos fluxos que nelas circulavam. Nesta perspectiva, a exemplo da Europa, como observou Eduardo Marques: "urgia sanear o meio, dessecando pântanos, afastando cemitérios, organizando e limpando o espaço urbano das aglomerações e da estagnação dos fluxos do ar, da água e dos homens" (Marques, 1995, p. 56).

Desenho de Ângelo Agostini satirizando as condições sanitárias do Rio de Janeiro no início do período republicano

Dom Quixote, n. 47, 18 jan. 1895
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

"Cholera de Bexiga"

Charge de Kalixto *Degas*, 17 out. 1908. In: FALCÃO, Edgard de Cerqueira (Org.). *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*. A incompreensão de uma época: Oswaldo Cruz e a caricatura. Brasiliensia Documenta, v. VI, tomo 1, São Paulo: [s.n], 1971, p. 211

A revolução pasteuriana: uma nova saúde pública entra em campo

Enquanto o Brasil se via às voltas com o desafio de alterar positivamente o seu quadro sanitário e epidemiológico, na Europa a microbiologia criada por Louis Pasteur dava os seus primeiros passos. Na realidade, a ciência dos micróbios descortinou uma senda inteiramente nova e fértil. Ao provar não só a existência de microorganismos, como também sua importância em inúmeros processos de adoecimento, Pasteur cria um novo paradigma que, apesar das resistências iniciais, com o passar do tempo se torna hegemônico.

A ruptura dos padrões médicos e científicos realizada por Pasteur, ao criar a microbiologia, abriu ao homem a possibilidade de enfrentar, pela primeira vez, as doenças infecciosas de forma realmente eficaz. A nova disciplina acabou por resolver o impasse em que se encontrava a medicina social. Isto porque, apesar de seu crescente poder de intervenção na sociedade e de seu amplo escopo de conhecimentos, a medicina de então se mostrava impotente para deter o avanço das epidemias, principalmente quando tal tarefa era mais necessária, ou seja, no quadro de expansão da economia capitalista e do crescimento dos centros urbanos daí decorrente.

Práticas amplamente incorporadas ao cotidiano das populações, como a esterilização de chupetas e de outros utensílios domésticos, o hábito de ferver o leite ou ainda a limpeza de ferimentos, nos revelam a presença da medicina pasteuriana na sociedade atual. Entretanto, antes de se tornarem hegemônicas, as teorias pasteurianas sofreram fortes resistências.

Em meio aos embates travados em torno das ideias de Pasteur e por eles influenciados, uma nova geração de médicos também começava a dar os seus primeiros passos. Médicos diferentes, não apenas do consultório ou do hospital, mas também do laboratório. Médicos que tinham no microscópio um de seus principais instrumentos de trabalho. Gente que aderiu às teorias de Pasteur, abandonando as que atribuíam aos miasmas ou ao clima as origens das doenças, para buscar um agente causador das enfermidades e suas formas de transmissão. Entre estes se achavam Emílio Ribas, Adolfo Lutz, Vital Brazil

Louis Pasteur
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Oswaldo Cruz ao microscópio, ao lado de seu filho Bento e de Burle de Figueiredo no Instituto de Manguinhos
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

e Oswaldo Cruz, cujas histórias começam a se cruzar em 1889, por ocasião do aparecimento de uma estranha doença na cidade portuária de Santos, no litoral paulista.

Atingindo primeiramente migrantes, a doença começa a se espalhar entre os habitantes da cidade. Atentos às ocorrências no porto responsável por boa parte do escoamento do café produzido no país, o Serviço Sanitário de São Paulo e a Inspetoria Geral de Higiene Pública, órgão vinculado ao governo federal, rapidamente se movimentam na tentativa de evitar que o surto se transformasse numa epidemia de grandes proporções.

Assim, com a missão de verificar a natureza da doença e as medidas necessárias para combatê-la, foram enviados a Santos três especialistas em diagnóstico bacteriológico: Adolfo Lutz e Vital Brazil, por São Paulo, e Oswaldo Cruz, pela União. O quarto médico citado, Emílio Ribas, acompanhava, do seu posto de diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, o desenrolar dos acontecimentos em Santos com vivo interesse (Benchimol & Teixeira, 1993).

O diagnóstico elaborado por Adolfo Lutz e Vital Brazil e confirmado por Oswaldo Cruz identificou a doença como a temida peste bubônica que no passado havia varrido a Europa deixando atrás de si um rastro de milhões de mortos. Bastante perigosa, a doença chegou a atacar Vital Brazil, contaminado ao realizar uma autópsia.

Causada por uma bactéria, descoberta por um discípulo de Pasteur chamado Alexandre Yersin, em 1894, a peste teve sua forma de transmissão pelas pulgas elucidada em 1898, um ano antes, portanto, da sua chegada ao Brasil. Tal fato demonstra o quão atualizados estavam os médicos brasileiros encarregados de verificar o que ocorria em Santos. De fato, tanto Adolfo Lutz quanto Oswaldo Cruz tinham passado pelo Instituto Pasteur em Paris, sendo que Cruz acabara de chegar de sua estadia naquela instituição.

Inconformados com a notícia dada pelos jovens médicos, os líderes locais questionaram o diagnóstico apresentado. Para esse segmento da elite local, o parecer dos sanitaristas comprometia a imagem do porto e acarretava grandes prejuízos aos seus negócios, implicando, inclusive, a adoção de uma série de medidas muito severas e impopulares, tais como as quarentenas. Para dissipar quaisquer dúvidas, Adolfo Lutz, então diretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo, enviou culturas de micróbios a institutos europeus e estes corroboraram os pareceres oficiais. Dirimidas todas as dúvidas, a tarefa que se impunha com urgência era o combate à peste. Era preciso não só sanar o problema em Santos, mas evitar que o mal se espalhasse pelo país.

Desde os estudos de Yersin, realizados em Hong Kong entre 1893 e 1894, o agente causador da peste já havia sido isolado, permitindo a preparação do soro antipestoso que, para sorte do Brasil, se mostrou bastante eficiente (Benchimol & Teixeira, 1993). No entanto, a campanha contra a doença esbarrou na dificuldade de se obter o soro

Emílio Ribas

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Adolfo Lutz na década de 1890, época em que chefiava o Instituto Bacteriológico de São Paulo

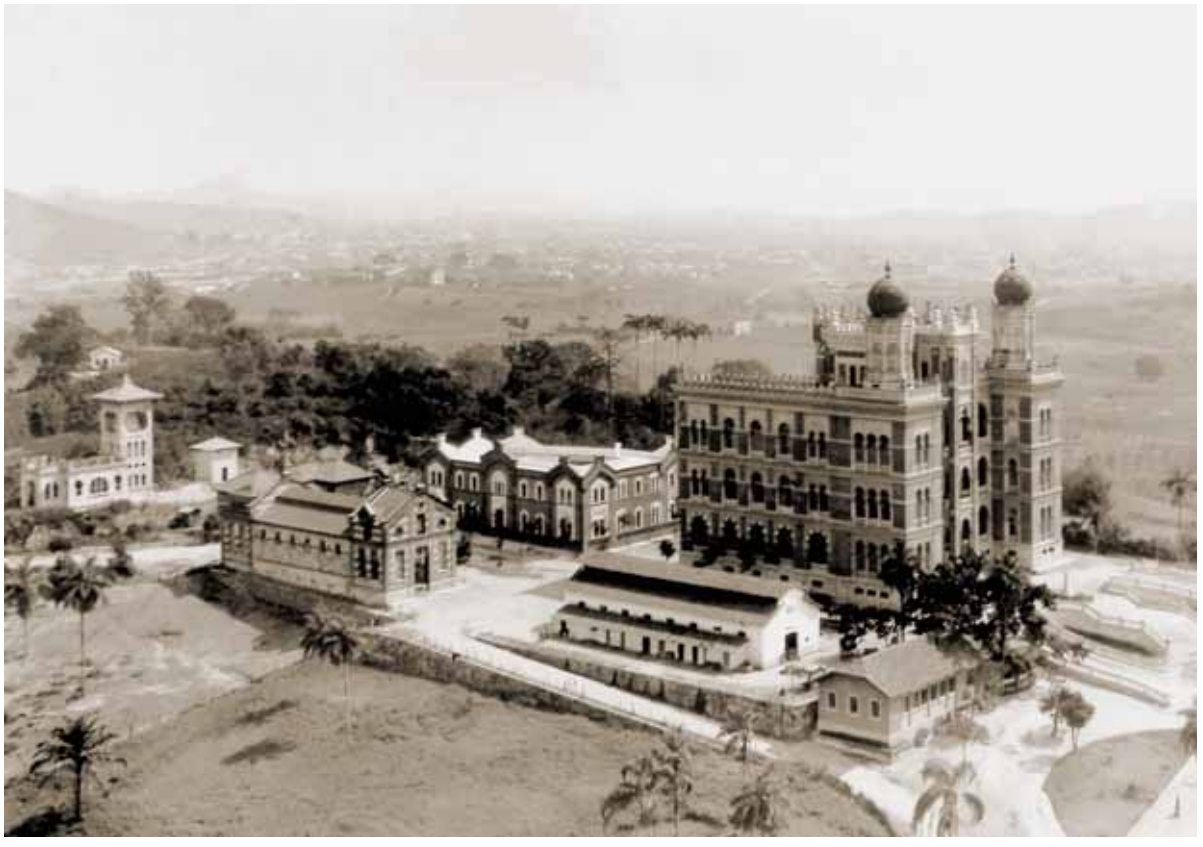
Acervo Museu Emílio Ribas

Vital Brazil

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Oswaldo Cruz em meados da década de 1890, quando começava a carreira profissional

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Butantan. Criados em 1900 e dedicados inicialmente à pesquisa e produção de soros e vacinas, os dois centros logo se tornariam importantes polos da medicina experimental no Brasil

Acervos Casa de Oswaldo Cruz e Instituto Butantan

Alexandre Yersin em seu chalé na Indochina, onde se dedicou ao estudo da peste bubônica. Em 1894, isola o bacilo da peste em Hong Kong e, ao retornar a Paris em 1895, desenvolve o soro antipestoso, também conhecido como soro de Yersin. No Brasil, o soro de Yersin foi utilizado pela primeira vez por Oswaldo Cruz no combate à epidemia de peste de 1900

Acervo Instituto Pasteur

A peste bubônica retratada em charge do humorista português Alfredo Candido

FALCÃO, Edgard de Cerqueira (Org.). *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*. A incompreensão de uma época: Oswaldo Cruz e a caricatura. Brasiliensia Documenta, v. VI, tomo 1, São Paulo: [s.n], 1971, p. 8
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

de Yersin, que só o Instituto Pasteur produzia. Respondendo prontamente ao problema, o governo paulista e o governo federal resolveram criar dois laboratórios para preparação deste e de outros soros reclamados pelas condições epidemiológicas do país. Nasciam, assim, sob a orientação dessa nova geração de médicos, os institutos Butantan e Manguinhos, nomes dados pelas localidades onde foram instalados, em São Paulo e no Rio de Janeiro, respectivamente.

A ação desses médicos não ficou restrita ao combate à epidemia em Santos, muito menos à criação de laboratórios para a produção de soros. Na realidade, suas atividades se estenderam por um vasto campo, e as instituições que eles fundaram e ajudaram a consolidar logo ampliaram suas funções para a área da pesquisa e do ensino. Vital Brazil enveredou pelo campo do ofidismo, deixando importantes contribuições; Emílio Ribas e Adolfo Lutz empenharam-se, entre inúmeras outras atividades, no combate à febre amarela, tornando-se os primeiros divulgadores da teoria de Carlos Finlay[3] no Brasil; e Oswaldo Cruz envolveu-se na luta contra uma série de doenças, dentre as quais se destacam a peste bubônica, a varíola, a febre amarela e a malária.

Mudanças na capital da República

> "Os interesses da imigração, dos quais depende em máxima parte o nosso desenvolvimento econômico, prendem-se à necessidade do saneamento desta capital (...). A capital da República não pode continuar a ser apontada como sede de vida difícil, quando tem fartos elementos para constituir o mais notável centro de atração de braços, de atividade e de capitais nesta parte do mundo."
>
> *Rodrigues Alves*, presidente da República (1902-1906)

> "A rua nasce, como o homem, do soluço, do espasmo. Há suor humano na argamassa do seu calçamento. Cada casa que se ergue é feita do esforço exaustivo de muitos seres (...)."
>
> *João do Rio*, cronista carioca

Os problemas brasileiros não se restringiam ao porto de Santos, atingindo um grande número de cidades e vastas regiões do território nacional. No alvorecer do século XX, três grandes flagelos assolavam as principais cidades brasileiras: a varíola, a febre amarela e a peste bubônica. Embora não fossem as únicas doenças que vitimavam a população, essas enfermidades geravam grandes prejuízos ao comércio exterior e comprometiam a política de imigração considerada vital para os setores cafeicultores e industriais então empenhados em incorporar mão de obra estrangeira nos seus empreendimentos econômicos. País agroexportador e preso a uma política de substituição e de ampliação de seu contingente de trabalhadores por meio da importação de braços, o Brasil dependia, na visão dos segmentos dominantes, da imagem que projetava no cenário internacional e que por ser extremamente negativa prejudicava em muito a sua economia.

Eleito presidente da República em 1902, Rodrigues Alves, que perdera uma filha vitimada pela febre amarela, baseia seu programa de governo na mudança da imagem do Brasil no exterior. Centrado na cidade do Rio de Janeiro, então capital da República e principal porta de entrada do país, o programa tinha como metas a melhoria do porto, a reforma e o embelezamento da cidade e o combate às epidemias. Sua realização ficou sob a responsabilidade de Pereira Passos e Oswaldo Cruz, sendo o primeiro indicado para ocupar a Prefeitura do Distrito Federal, e o segundo nomeado, em 1903, para a Direção-Geral da Saúde Pública (Ponte, 1999).

Inspiradas na experiência francesa dirigida por Haussmann,[4] as reformas que se processaram na cidade do Rio de Janeiro não se limitaram à paisagem. Elas pretendiam transformar a capital da República numa espécie de Paris dos trópicos. Na verdade, mais que no cenário urbano, elas interferiram na vida dos habitantes, alterando por completo seus hábitos cotidianos, seus regimes de trabalho e, principalmente, suas relações de reconhecimento e de identidade. As picaretas, pás e enxadas demoliam, a um só tempo, prédios, caminhos, moradias e, junto com eles, a memória daqueles que tinham como referências as ruelas, os personagens e os modos de vida da velha cidade. É preciso ressaltar que a composição do

traçado das ruas e do casario antigo abrigava e aproximava vivências, experiências, tensões e espaços que marcavam o ritmo e a pulsação dos cariocas de então.

Longe de unânimes, as reformas despertaram sentimentos diferenciados entre os moradores do Rio de Janeiro, reunindo, de um lado, aqueles que, como o poeta Olavo Bilac, saudavam o surgimento de uma Paris tropical e, de outro, aqueles que, partilhando as opiniões do escritor Lima Barreto, argumentavam preferir um Rio belo e sujo, esquisito e harmônico, a um Rio de *boulevards*, estranho e pouco propício a acolher boa parte de sua população.

Protestos populares contra as desapropriações e as demolições que abriam espaço para largas avenidas, e contra o novo código de posturas municipais que proibia uma série de atividades então bastante comuns – como, por exemplo, a criação de porcos nos quintais e a venda de miúdos nas ruas da cidade – somavam-se ao descontentamento provocado pelas ações mais pontuais propostas por Oswaldo Cruz para combater as epidemias, como a lei da vacinação obrigatória contra a varíola (Sevcenko, 1993).

A charge de agosto de 1904 mostra a preocupação com as epidemias que assolavam o país. Em 1902, Oswaldo Cruz passou a dirigir o Instituto Soroterápico Federal e, no ano seguinte, o Departamento-Geral de Saúde Pública, de onde combateu a peste bubônica, a varíola e a febre amarela que ameaçavam a capital da República

Tagarela, 15 ago. 1904
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

Charge em homenagem a Oswaldo Cruz e sua atuação à frente do Instituto de Manguinhos

Chanteclair, Paris, 1911
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Aspecto de uma favela no Rio de Janeiro no início do século XX

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

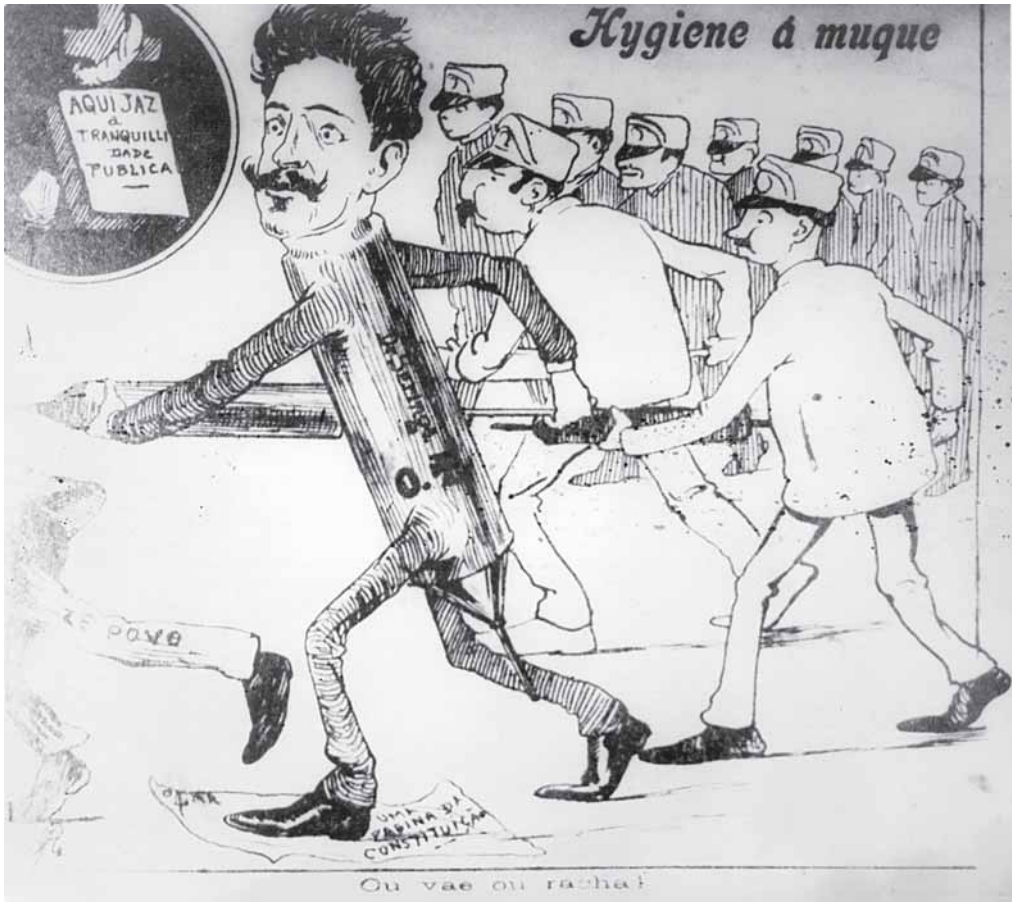
Remoção de pedras cortadas do morro de São Bento, no Rio de Janeiro, em 1903

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

"O espeto obrigatório"

A Avenida, 1° out. 1904. In: FALCÃO, Edgard de Cerqueira (Org.). *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*. A incompreensão de uma época: Oswaldo Cruz e a caricatura. Brasiliensia Documenta, v. VI, tomo 1, São Paulo: [s.n], 1971, p.5

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



"Hygiene á muque"

FALCÃO, Edgard de Cerqueira (Org.). *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*. A incompreensão de uma época: Oswaldo Cruz e a caricatura. Brasiliensia Documenta, v. VI, tomo 1, São Paulo: [s.n], 1971, p. 5
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

2

Paralelamente ao "bota-abaixo", nome pelo qual ficou conhecida a remodelação da cidade conduzida por Pereira Passos, Oswaldo Cruz, respaldado por uma legislação que conferia amplos poderes às suas brigadas sanitárias, dava prosseguimento ao seu plano de ataque às epidemias que ameaçavam a capital. Adepto das teses de Pasteur, Oswaldo Cruz, apesar de não se colocar contra a reforma urbana, centra suas ações em bases diferentes das estabelecidas pelos defensores das teorias miasmáticas. Na sua concepção, as doenças, que eram objeto de sua atenção, tinham um agente causal e um vetor que lhes servia de transmissor. Para ele, portanto, a resolução do problema estava na quebra da cadeia de transmissão pela inativação do agente causal, por meio de instrumentos como a vacina, ou na destruição de seu vetor, reduzindo ou eliminando por completo sua presença no ambiente. Assim foi, tanto no combate aos agentes transmissores da peste bubônica e da febre amarela, quanto na vacinação da população contra a varíola. Entretanto, suas medidas, mesmo que não diretamente vinculadas às transformações urbanas, como era o caso da imunização antivariólica, também suscitaram grande oposição e geraram forte polêmica, inclusive no meio médico.

Para muitos, era um desperdício de tempo e dinheiro tentar eliminar ratos e mosquitos baseado na ideia de serem eles componentes da cadeia de transmissão da peste bubônica e da febre amarela, respectivamente. Além disso, as brigadas sanitárias, por terem como alvos em potencial todos os domicílios e

logradouros da cidade, importunavam praticamente todos os seus habitantes, aumentando em muito as hostes oposicionistas. Para seus opositores, os recursos disponíveis deveriam ser aplicados no aumento do número de leitos e na melhoria dos demais serviços de saúde (Chalhoub, 1996).

Impulsionada por segmentos descontentes com os rumos da República e pelos interesses contrariados pelas reformas, a oposição ao governo Rodrigues Alves crescia, reunindo sob o seu manto grupos diversificados e muitas vezes antagônicos entre si. Integravam as fileiras antigovernistas militares ligados a Floriano Peixoto, intelectuais do apostolado positivista (ver texto de Lorelai Brilhante Kury, a seguir), republicanos radicais, monarquistas e parcelas da população afetadas pelo "bota-abaixo".

Reforma urbana na rua da Carioca. Rio de Janeiro, 31 jun. 1906
Foto: Augusto Malta
Acervo Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro

Sobrado a ser demolido para as obras de urbanização do centro do Rio. Note-se o reclame de 'terminante liquidação' na fachada da loja comercial no térreo

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Obras de reforma urbana na área hoje conhecida como Cinelândia, no centro do Rio de Janeiro. Ao fundo, o antigo Convento da Ajuda, posteriormente demolido

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Desenho que retrata o movimento de mudança dos moradores que tiveram de deixar suas casas no morro do Castelo, no Rio de Janeiro, que seria demolido para a montagem da Exposição do Centenário da Independência do Brasil em 1922

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

A Revolta da Vacina

"Eu não vou nesse arrastão
Sem fazer o meu barulho
Os doutores da ciência
Terão mesmo que ir no embrulho
Não embarco na canoa
Que a vacina me persegue
Vão meter o ferro no boi
Ou nos diabos que os carregue."

Canção popular, autor desconhecido, 1904

Vistas como faces de uma mesma moeda, as reformas urbana e sanitária atraíram para si grande oposição, agitando cotidianamente as páginas dos jornais e as conversas nas ruas e nas casas dos moradores do Rio de Janeiro. Em um quadro de crescente insatisfação, a lei da vacinação obrigatória, por atingir indiscriminadamente a todos, transformou-se no elemento catalisador da revolta. Para muitos, a obrigatoriedade da vacinação infringia o direito à privacidade e à autodeterminação. Significava uma invasão dos redutos sagrados representados pelo lar e pelo corpo. Um abuso de poder que violava o mais inviolável dos direitos: o direito à vida. Outros, como os adeptos do culto a Omolu, orixá da bexiga, nome popular pelo qual era conhecida a varíola, alegavam razões religiosas para se opor à vacinação. Parlamentares, médicos, intelectuais e agitadores, apoiados pela imprensa, insuflavam o povo a reagir. Figuras proeminentes como Rui Barbosa comparavam a obrigatoriedade da vacina a um assassinato legalizado.

Tamanha agitação acabou culminando em uma grande convulsão social entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904, período em que a cidade foi sacudida por protestos populares e sublevações militares. O estopim da revolta foi a divulgação, em 9 de novembro de 1904, da legislação que regulamentava a obrigatoriedade da vacina. Deflagrado no dia seguinte, o motim se espalhou pela cidade, alcançando bairros distantes do centro. A cidade foi convulsionada durante seis dias seguidos, onde não faltaram tentativas de golpe militar e ameaças de bombardeio dos redutos ocupados pelos antivacinistas. Em 16 de novembro é decretado o estado de sítio e a revolta é rapidamente debelada, deixando para trás barricadas, prédios, ruas destruídas e um saldo de trinta mortos, 110 feridos, 945 presos, dos quais 461 foram deportados para os seringais do Acre. A vacinação tornou-se opcional e a varíola voltou com toda a força entre os anos de 1907 e 1908, quando então a população correu em busca da vacina (Sevcenko, 1993).

Considerada um dos maiores levantes populares ocorridos no Brasil durante o século XX, a Revolta da Vacina tem sido interpretada, muitas vezes, como um movimento originário, quase que exclusivamente, de manipulações políticas engendradas por segmentos da elite brasileira descontentes com os rumos assumidos pela República. Nesta perspectiva, a insurreição seria fruto da pregação de opositores do regime que viram na insatisfação popular contra Oswaldo Cruz e Pereira Passos, responsáveis,

A lei da vaccinação e revaccinação obrigatorias

Por ser de alta opportunidade e relevancia, publicamos hoje na integra o projecto de regulamento da vaccina obrigatoria. E' nosso fito orientar o povo para acceitação da lei que vae ser modificada, e não desoriental-o com a nossa ironia e humor tambem obrigatorios, a vaccina de espirito.

Art. 1.° A vaccinação contra a variola é obrigatoria e deverá ser feita:

a) nas crianças até seis mezes de idade;

b) em todas as pessoas que não provarem, de accôrdo com o art. 13, que forem vaccinadas com proveito nos ultimos seis annos ou que foram acommettidas de variola nos ultimos 10 annos, excepto nos casos previstos do artigo 7.° deste regulamento;

c) em todas as pessoas que, tendo sido vaccinadas uma primeira vez, não o foram com proveito.

Art. 2.° A vaccinação contra a variola é obrigatoria e deverá ser feita:

a) nas crianças que frequentarem collegios ou outros estabelecimentos congeneres, publicos ou particulares, orphanatos, asylos, etc., no decurso do 7.° e 14.° annos, excepto nos casos previstos no art. 7.°;

b) em todas as pessoas vaccinadas, no fim do 7° anno após a vaccinação, excepto nos casos previstos no art. 7°;

c) em todas as pessoas nos septennios que se seguirem á primeira vaccinação, excepto nos casos previstos no art. 7°.

Art. 3.° Todos os nascimentos deverão ser communicados pelos paes ás autoridades sanitarias, dentro dos 15 primeiros dias, sob pena de multa de 5$000.

Art. 4.° As repartições sanitarias organisarão um registro de nascimentos, afim de facilitar e methodizar o serviço de vaccinação e revaccinação.

Art. 5°. Se a vaccinação não der resultado positivo, segundo o attestado do medico vaccinador, deverá ser ella repetida annualmente, durante tres annos successivos, a contar da data do attestado negativo fornecido.

Paragrapho unico. Se a ultima operação, dentro do prazo de que trata este artigo, fôr ainda infructifera, poderá a autoridade sanitaria exigir que a nova operação seja effectuada por um dos vaccinadores officiaes, podendo este ser escolhido pelo vaccinado ou pela pessoa por elle responsavel.

Art. 6°. A pessoa vaccinada ou revaccinada deverá apresentar-se ou ser apresentada ao medico vaccinador, no minimo do 6° dia e no maximo do 8° dia que se seguir á vaccinação ou revaccinação, sob pena de multa de 5$000 e do dobro na reincidencia.

Paragrapho unico. Para a execução do disposto no presente artigo, o medico vaccinador marcará lugar, dia e hora para que se lhe apresente a pessoa immunisada.

Art. 7.° Serão eximidas davaccinação e revaccinação as pessoas affectadas de molestias taes, que possam ser maleficamente influenciadas pela evolução da vaccina.

Paragrapho unico. A prova de contraindicação da immunização contra a variola consistirá em um attestado firmado por tres medicos e com as firmas reconhecidas por tabellião.

Art. 8°. Toda a pessoa que não puder, de accôrdo com o artigo precedente, soffrer a operação da vaccinação ou revaccinação, deverá a ellas ser submettida no fim de um anno, a contar da data do attestado fornecido.

§ 1.° Se ainda no fim desse prazo fôr apresentada uma razão de impedimento, a autoridade sanitaria, se julgar necessario, pedirá uma conferencia com os medicos fornecedores do attestado, afim de verificar se o motivo allegado é o não aceitavel.

§ 2°. No caso de desaccôrdo, poder-se-ha fazer nova conferencia, na qual tomarão parte, além dos medicos referidos, mais dous outros de reconhecida competencia, sendo um delles indicado pelo vaccinando ou pela pessoa por elle responsavel e o outro pela repartição sanitaria.

Art. 9°. A operação da immunização contra a variola poderá ser feita não só pelos vaccinadores officiaes, como tambem pelos medicos clinicos, que derão attestar o resultado obtido.

Art. 10°. Os attestados de vaccinação e revaccinação só poderão ser passados em impressos especiaes, que serão fornecidos gratuitamente pelas repartições sanitarias.

Paragrapho unico. Os attestados a que se refere o presente artigo só serão vizados e registrados pela autoridade sanitaria, o que só poderá ser feito tendo sido a firma do medico que effectuou a operação previamente reconhecida por tabellião.

Art. 11. Os attestados a que se refere o artigo precedente serão encontrados em todas as dependencias da Directoria Geral de Saude Publica, bem como em todas pharmacias do Districto Federal.

Paragrapho unico. As pharmacias que não possuirem os attestados de que trata o presente artigo soffrerão a multa de 50$, dobrada na reincidencia.

Art. 12. A autoridade sanitaria poderá, quando julgar conveniente, verificar os attestados fornecidos.

Art. 13. O attestado de vaccina em papel official, devidamente registrado e vizado pela autoridade sanitaria, é o unico meio pelo qual poder-se-ha provar a vaccinação ou revaccinação.

Art. 14. O medico que fornecer attestado de vaccinação ou revaccinação reconhecido falso será passivel das pennas comminadas no art. 217 do Regulamento approvado pelo decreto n. 5.156, de 8 de Março de 1904.

Art. 15. A autoridade sanitaria tratará de verificar se uma pessoa accommettida de variola é ou não portadora de um attestado de vaccina.

§ 1.° Se não tiver sido immunizada, de accordo com os arts. 1° e 2° do presente Regulamento, será o doente por occasião do restabelecimento ou a pessoa por elle responsavel, se for menor, passivel da multa de 50$000.

§ 2.° Se a pessoa accommettida de variola possuir um attestado, tratará a autoridade sanitaria de verificar a authenticidade delle, punindo o vaccinador de accordo com o artigo precedente se for falso o attestado; indagará da origem da limpha e tomará todos os esclarecimentos para ajuizar do caso.

§ 3.° O presente artigo só entrará em vigor um anno após o approvação desse Regulamento.

Art. 16. Os pais, pais adoptivos e tutores, são obrigados a fazer com que seus filhos, filhos adoptivos ou tutelados se submettam á vaccinação e revaccinação de accordo com o presente Regulamento, sob pena de multa de 50$ a 1:000$, dobrada nas reincidencias.

Art. 17. Os directores ou responsaveis pelos collegios e estabelecimentos congeneres não poderão receber alumnos que não estejam vaccinados ou revaccinados e portadores de attestados confirmativos da operação.

Art. 18. Os infractores do artigo precedente serão passiveis da multa de 50$ por alumno não vaccinado, e se os estabelecimentos de instrucção forem

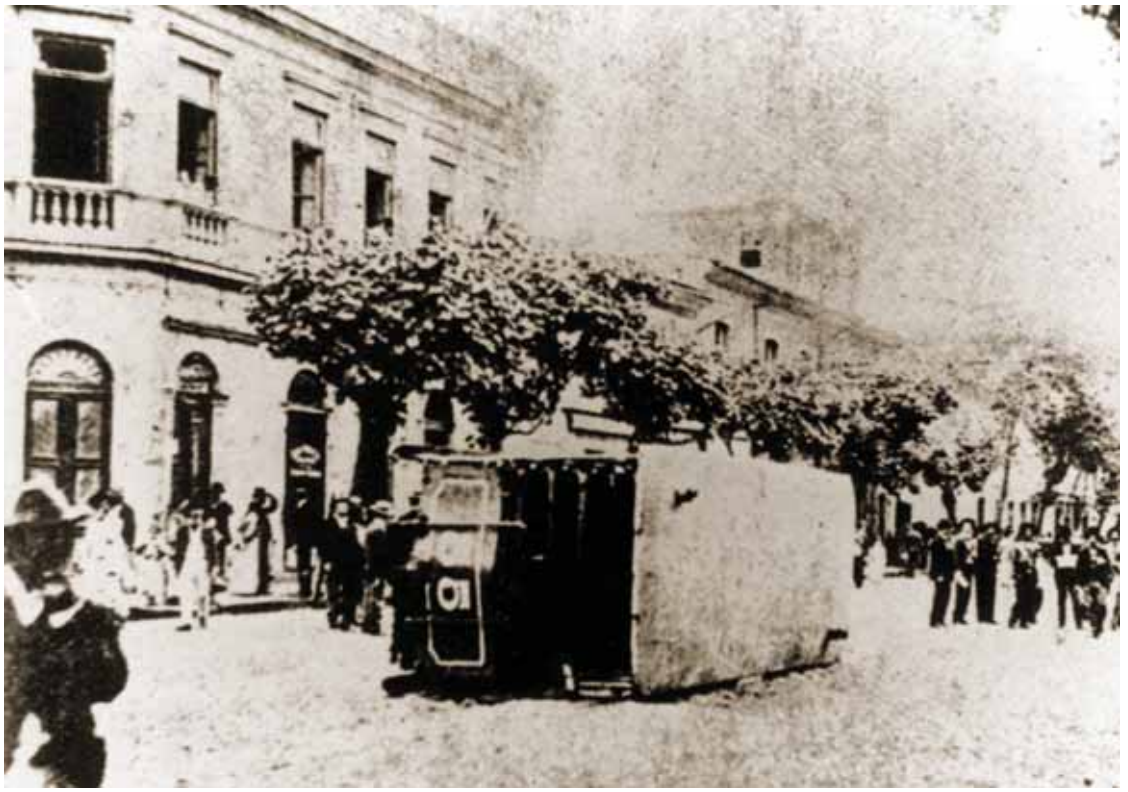
Em junho de 1904, o governo enviou ao Congresso projeto de lei instaurando a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra a varíola em todo o território nacional. Recrudesceu então a oposição a Oswaldo Cruz e Pereira Passos. O motim popular eclodiu em 10 de novembro, quando vazou na imprensa o texto que regulamentaria a lei

Revista da Semana, 27 nov. 1904
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

Espectaculo para breve nas ruas desta cidade. Oswaldo Cruz, o Napoleão da seringa e lanceta, á frente das suas forças obrigatorias, será recebido e *manifestado* com denodo pela população. O interessante dos combates deixará a perder de vista o das batalhas de flores e o da guerra russo-japoneza. E veremos no fim da festa quem será o vaccinador á força!..

A legenda, de outubro de 1904, antecipava a Revolta da Vacina, que viria a ocorrer dias depois, entre 12 e 15 de novembro, quando a população enfrentou Oswaldo Cruz e sua guarda

FALCÃO, Edgard de Cerqueira (Org.). *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*. A incompreensão de uma época: Oswaldo Cruz e a caricatura. Brasiliensia Documenta, v. VI, tomo 1, São Paulo: [s.n], 1971, p. 129
Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Bonde virado no centro do Rio de Janeiro durante a Revolta da Vacina

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Em "Os célebres cérebros", o desenhista Vasco critica a atuação de Oswaldo Cruz, que ainda foi alvo de seus versos sarcásticos: 'Nessa perfuração arteriana/É o másculo doutor de altas ciências/Parece ver na natureza humana/Um campo vivo para experiências.'

Avenida, 3 set. 1904. In: FALCÃO, Edgard de Cerqueira (Org.). *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*. A incompreensão de uma época: Oswaldo Cruz e a caricatura. Brasiliensia Documenta, v. VI, tomo 1, São Paulo: [s.n], 1971, p. 95
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

respectivamente, pelo combate às epidemias e pela reforma urbana que então se processavam, uma oportunidade de derrubar o governo liderado por Rodrigues Alves (Chalhoub, 1996).

Entretanto, em que pese a ação desses grupos, não há como negar que a obrigatoriedade da vacinação por si só tinha força suficiente para provocar reações violentas em defesa da privacidade e da livre determinação. Na verdade, para além de uma orquestração golpista, uma série de outros fatores contribuiu

para a eclosão da revolta, entre os quais se incluem a prepotência das autoridades e os conflitos entre visões de mundo bastante distintas. Mais do que um movimento propiciado por disputas entre as elites, a revolta é um evento emblemático. Trata-se de um momento altamente significativo para todos aqueles que trabalham com saúde pública. Lá estão presentes aspectos que não podem ser ignorados pelas autoridades sanitárias e pelos demais interessados na temática das vacinas e das campanhas de vacinação. É preciso compreender que a vacinação é um objeto de difícil apreensão, constituindo-se, na realidade, em um fenômeno de grande complexidade em que se associam e se entrechocam crenças e concepções políticas, científicas e culturais as mais variadas.

De fato, longe de ser um ato isolado, sujeito apenas aos parâmetros de aferição da medicina ou das ciências biomédicas, a vacinação é também a resultante de processos históricos nos quais são tecidas múltiplas interações e em que concorrem representações antagônicas a respeito do direito coletivo e do direito individual; das relações entre Estado, sociedade, indivíduos, empresas e países; do direito à informação; da ética e, sobretudo, da vida e a morte.

Os detidos pelos distúrbios ocorridos no episódio da Revolta da Vacina aguardam, na Ilha das Flores, o navio que os levaria ao Acre. 1904
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

"Ao 'heroe dos mosquitos'"
Charge: Isidoro
Revista da Semana, jun.-jul. 1904. In: FALCÃO, Edgard de Cerqueira (Org.). *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*. A incompreensão de uma época: Oswaldo Cruz e a caricatura. Brasiliensia Documenta, v. VI, tomo 1, São Paulo: [s.n], 1971, p. 45
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

OS POSITIVISTAS CONTRA A VACINA

"O medicalismo compulsório constitui-se nas sociedades modernas o mais temeroso inimigo da saúde dos povos e da paz das famílias. Pela irracionalidade de suas teorias e brutalidade de seus processos, os resultados não podiam deixar de ser, como têm sido, senão agravar as doenças e as epidemias."

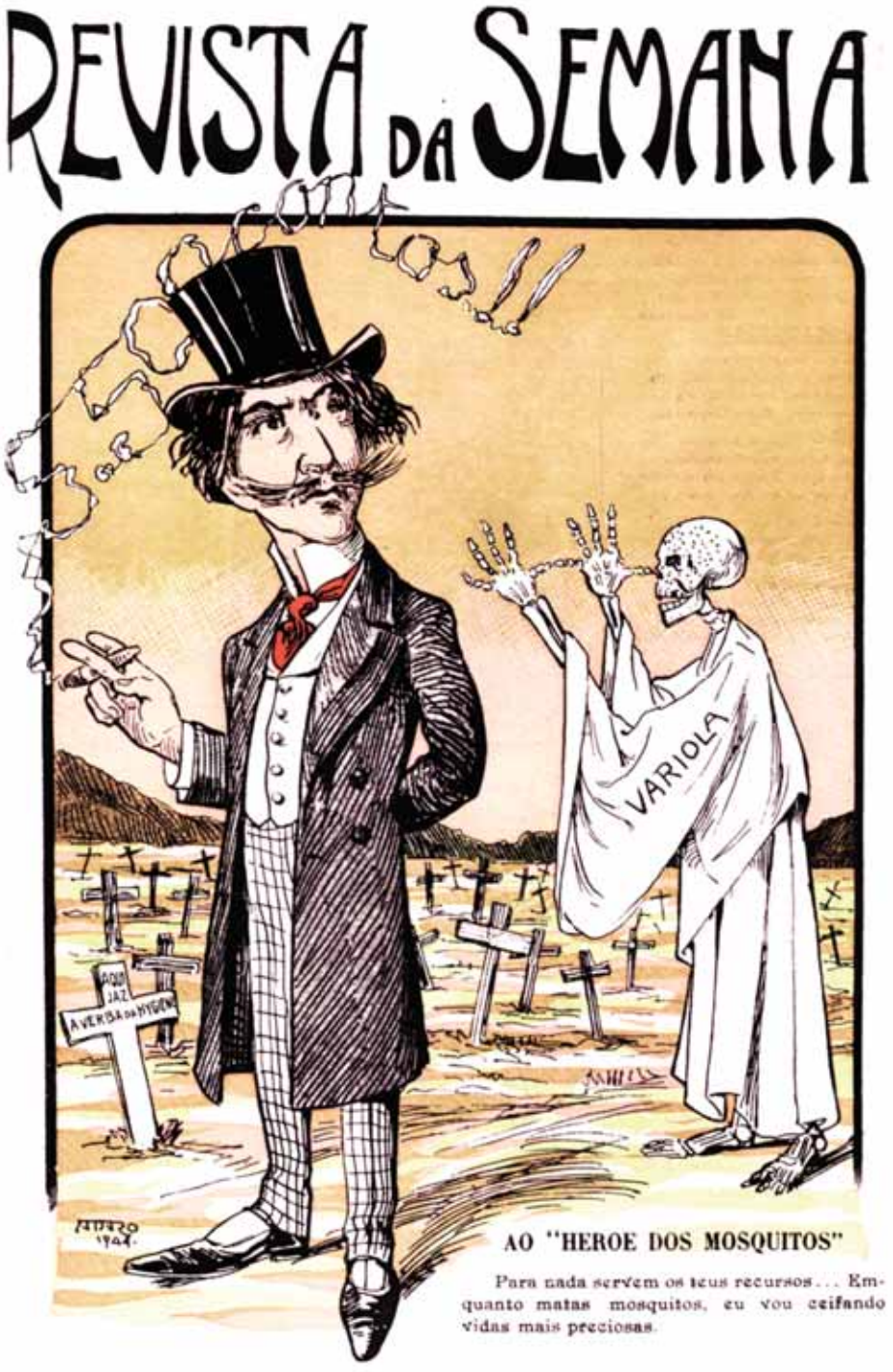
***Dr. Bagueira Leal*, médico positivista, 1904**

A filosofia positivista do francês Auguste Comte (1798-1857) esteve presente na vida intelectual brasileira, principalmente, nos movimentos que promoveram a queda do Império, em 1889. Para além da política, a crença dos positivistas no progresso e sua valorização das ciências fizeram com que os discípulos de Comte se tornassem agentes importantes no campo científico, tecnológico, médico e antropológico no país.

A doutrina positivista previa a defesa da liberdade de ensino e a liberalização da prática médica. Segundo eles, a medicina ainda não constituía uma arte racionalizada, como, por exemplo, a engenharia. A única forma de fazer prevalecer a filosofia positiva seria deixar as pessoas livres para escolherem as terapêuticas e doutrinas que quisessem. O verdadeiro poder de curar não estaria depositado em diplomas, mas sim em uma moral virtuosa e numa ciência que efetivamente descrevesse as leis que regem os fenômenos, sem recorrer a explicações obscuras e apriorísticas.

Os positivistas ligados à Igreja da Humanidade tiveram papel de destaque no combate à vacinação obrigatória contra a varíola na cidade do Rio de Janeiro, em 1904. Defendiam o direito das famílias de escolherem seus médicos e métodos de cura, sem se sujeitarem a imposições de um governo que se apoiava nas "teorias metafísicas" e na "anarquia mental" dos médicos diplomados pelo Estado. Criticavam também a própria prática da vacinação: a inoculação de substâncias perigosas no corpo de pessoas sãs poderia provocar a própria doença que se queria evitar, além de transmitir outros males, como a sífilis, por exemplo. A fabricação da vacina, extraída de feridas provocadas em barrigas de vitelos, era considerada uma prática imunda, fora o fato de constituir imensa crueldade com relação aos animais.

Lorelai Brilhante Kury



Notas

[1] O termo aqui empregado refere-se às concepções e aos modelos de intervenção da medicina na sociedade surgidos na Alemanha, Inglaterra e França entre os séculos XVIII e XIX. Tais concepções defendiam a necessidade de constituição de uma autoridade médica com poder para regular a vida urbana em nome da proteção à saúde pública. Posteriormente o mesmo termo foi utilizado para designar um movimento organizado na América Latina, na segunda metade do século XX. Para este último, a estrutura social e as condições de vida, assim como elementos culturais e simbólicos, constituíam determinações sociais da doença e, em decorrência, a plena reforma da saúde só se daria nos marcos de um processo de transformação da sociedade.

[2] A teoria dos miasmas baseava-se na ideia de que as doenças estavam associadas à má qualidade do ar oriundo de pântanos ou de matéria em decomposição.

[3] Carlos Juan Finlay (1833-1915), médico cubano, formulou a hipótese de ser o mosquito o transmissor da febre amarela, entre 1880 e 1881.

[4] Georges-Eugène Haussmann (1809-1891) foi o administrador que promoveu, entre 1853 e 1870, a reforma urbana de Paris, cujo objetivo era modernizar a cidade por meio do ordenamento e do controle do espaço, expressos, entre outras coisas, na geometria das grandes avenidas.

Referências bibliográficas

BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). *Manguinhos do sonho à vida*: a ciência na *belle époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

_____; TEIXEIRA, Luís A. *Cobras e lagartos & outros bichos*: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; Fiocruz, 1993.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril*: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

EDMUNDO, Luiz. *O Rio de Janeiro de meu tempo*. Rio de Janeiro: Ed. Conquista, 1957.

MACHADO, Roberto et al. *A danação da norma*: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARQUES, Eduardo César. Da higiene à construção da cidade: o estado e o saneamento no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 2, n. 2, p. 51-67, jul.-out. 1995.

PONTE, Carlos Fidelis. *Médicos, psicanalistas e loucos*: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

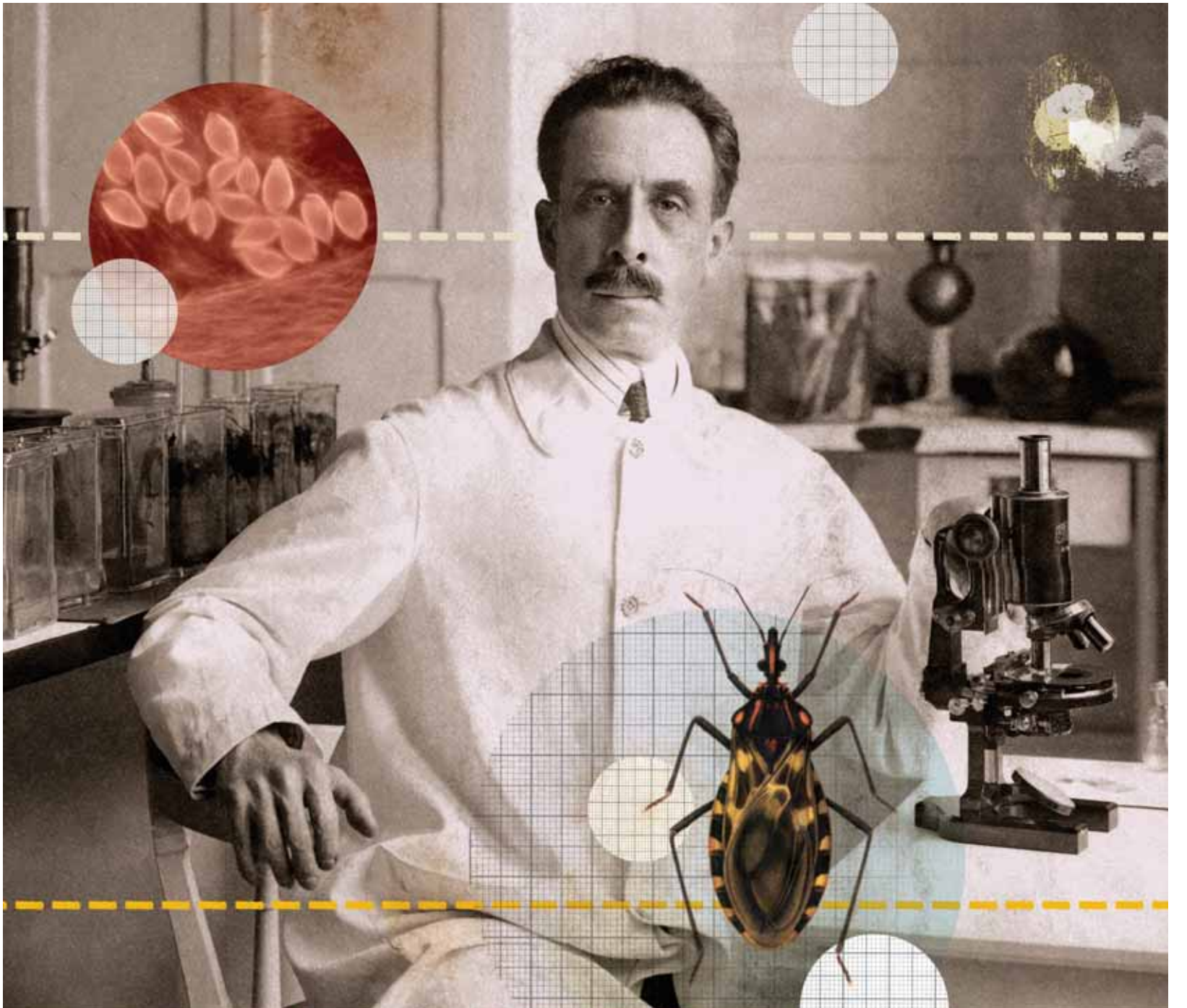
_____. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, suplemento 2, 2003.

SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina*: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Scipione, 1993.

3

O sanitarismo (re)descobre o Brasil

CARLOS FIDELIS PONTE
NÍSIA TRINDADE LIMA
SIMONE PETRAGLIA KROPF



Anno XX

Brazil-Medico

SUMMARIO

TRABALHOS ORIGINAES

Prophylaxia do impaludismo

PELO DR. CARLOS CHAGAS

(Trabalho do Instituto de Manguinhos)

I

O SANITARISMO E OS PROJETOS DE NAÇÃO

Carlos Fidelis Ponte

> "Raro é o indivíduo que sabe o que é Brasil. Piauí é uma terra, Ceará outra terra. Pernambuco, outra... A única bandeira que conhecem é a do Divino."
>
> *Penna e Neiva*,1916

> "[Chamada à guerra] parte ponderável dessa brava gente não se levantaria; inválidos, exangues, esgotados pela ancilostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroídos pela sífilis e pela lepra; devastados pelo alcoolismo; chupados pela fome, ignorantes, abandonados, sem ideal e sem letras ou não poderiam (...) ou quando, como espectros, se levantassem, não poderiam compreender por que a pátria, que lhes negou a esmola do alfabeto, lhes pede agora a vida e nas mãos lhes punha, antes do livro redentor, a arma defensiva."
>
> *Miguel Pereira*, 1916

3

O intervalo que compreende as três primeiras décadas do século XX caracteriza-se, no Brasil, por uma intensa polêmica em torno de um projeto para a nação. O foco de atenção dos debates centrava-se na constituição física e moral do brasileiro. País recém-saído da economia escravista e inscrito formalmente na ordem republicana, o Brasil se via às voltas com o problema de integrar na cidadania um imenso contingente populacional sem acesso aos meios produtivos e abandonado pelo Estado. Formado por despossuídos e desqualificados em termos de capacitação profissional e nível de escolaridade, esse contingente era visto como um entrave para o pleno desenvolvimento do país. Desnutridos e doentes representavam aos olhos da intelectualidade a identidade da nação (Ponte, 1999).

O debate tinha como eixo o aprimoramento da raça e das condições de vida da população brasileira, como elementos capazes de alavancar o progresso da nação. A questão do aprimoramento racial, no entanto, era matizada por posições que iam desde as mais retrógradas – que defendiam pura e simplesmente a necessidade de constituição de uma nova raça pela crescente incorporação de contingentes brancos –, até aquelas favoráveis a uma maior intervenção por parte do Estado no sentido de fornecer à população meios adequados para a obtenção de parâmetros satisfatórios de saúde e educação (Ponte, 1999).

O período é fortemente marcado pela ação de sanitaristas que, ao lado de intelectuais como Euclides da Cunha, causaram grande impacto no imaginário social brasileiro. As campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz, no início do século; as imagens de um sertanejo forte, capaz de resistir à natureza hostil e ao avanço

Moradores de Quebrangulo (AL)
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Belisário Penna, o autoproclamado "apóstolo do saneamento rural" e diretor da Liga Pró-Saneamento do Brasil
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

das tropas do exército republicano, trazidas por Euclides da Cunha quando da publicação de *Os sertões*, em 1902; os relatórios de expedições científicas ao interior do país, realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz entre 1912 e 1917; e a ação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, criada em 1918 sob a direção do médico sanitarista Belisário Penna, tiveram grande divulgação e repercutiram de forma significativa na intelectualidade brasileira (Ponte, 1999).

Os sanitaristas trouxeram de suas expedições uma visão de nossos sertões diversa da que prevalecera até então, romântica e ufanista. O retrato do Brasil era pintado com pinceladas fortes e mostrava um povo doente e analfabeto, abandonado pelo Estado e entregue à própria sorte. Para eles, era urgente integrar essas populações nos marcos da nacionalidade e da cidadania, conferindo-lhes condições de lutar pela melhoria da própria vida. Na concepção abraçada por esses pensadores, a responsabilidade por tal estado de coisas cabia tão somente ao poder público, que só se lembrava da existência desses indivíduos no momento de cobrar-lhes impostos ou votos. Em seus esforços para incorporar essas populações num projeto nacional, os sanitaristas iniciaram uma verdadeira redescoberta do país, cujo mérito foi promover o encontro do Brasil consigo mesmo (Lima & Hochman, 1996).

Membros de expedição científica no rio Negro. Ao centro, o médico e sanitarista Carlos Chagas, do Instituto Oswaldo Cruz. À sua esquerda, o biólogo Antônio Pacheco Leão. São Gabriel da Cachoeira (AM), 1913
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

3

Segundo Lima & Hochmann,

> o movimento pelo saneamento do Brasil teve consequências de longo prazo em termos de políticas públicas e identidades profissionais, e seus diagnósticos e argumentos ajudaram a legitimar a presença do Estado no campo da saúde pública. E, o mais significativo, a descoberta da importância sociológica da doença foi incorporada por parte considerável daqueles que refletiam sobre o Brasil e sobre a identidade de ser brasileiro (Lima & Hochman, 1996).

A incorporação das questões relativas à saúde e à educação da população acrescenta um dado novo à opinião corrente que atribuía ao determinismo racial um papel central na explicação de nosso atraso como nação. A adoção de novos parâmetros, que não os determinantes biológicos, irá reforçar as correntes de pensamento mais identificadas com o sanitarismo e a medicina preventiva.

Como observou Luís Antônio Teixeira (1997), "a ideia de doença como elemento de enfraquecimento de nossa população retirava do determinismo racial muito de seu poder de persuasão". Para Teixeira, o melhor exemplo dessa incorporação da doença ao pensamento social brasileiro é a transformação que Monteiro Lobato operou na descrição de seu personagem Jeca Tatu, que "apresentado ao mundo, em 1914, como uma praga nacional, um parasita inadaptável à civilização, foi alçado, em 1918, à posição de vítima das péssimas condições de saúde dos nossos sertões. Ele não era assim, estava assim" (Teixeira, 1997).

José Roberto Franco Reis salienta outro aspecto digno de nota para a compreensão do quadro em que são travadas as discussões acerca da identidade nacional:

> para a elite intelectual do período era preciso organizar a nacionalidade brasileira a partir de uma perspectiva que rompesse com os antigos 'racismos científicos', que condenavam o futuro do Brasil, acusando-o de possuir uma raça degenerada, biologicamente comprometida pela mistura do elemento branco com o negro e o índio (Reis, 1994).

Ancorado no pensamento de Antônio Cândido, Reis ainda observa que a adoção integral dessas teorias, além de comprometer o futuro da nação, deixava o intelectual brasileiro em posição dramática. Afinal, ele era "fruto de um povo misturado, marcado pelo medo da alegada inferioridade racial que, no entanto, aceitava como postulado científico" (*apud* Reis, 1994, p. 57).

Antônio Martins presta atendimento médico a N. Pereira Pinto. Palma (GO), out.-nov. 1911
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

A DOENÇA DE CHAGAS E O MOVIMENTO SANITARISTA DA DÉCADA DE 1910[1]

Simone Petraglia Kropf e Nísia Trindade Lima

O movimento pelo saneamento do Brasil, desencadeado durante a Primeira República (1889-1930), colocou em evidência as precárias condições de saúde das populações rurais como principal obstáculo a que o país se civilizasse e se tornasse efetivamente uma nação. Sua origem e trajetória estiveram diretamente relacionadas à história da tripanossomíase americana ou doença de Chagas, descoberta por Carlos Chagas, médico e pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, em Lassance, norte de Minas Gerais, em 1909.[2]

Em outubro de 1916, Carlos Chagas e a delegação brasileira, ao retornarem de um congresso médico realizado em Buenos Aires, foram recebidos com grandes homenagens da classe médica do Rio de Janeiro, que serviram não apenas como uma declaração de reconhecimento aos que haviam representado a ciência nacional no exterior, mas também para conferir visibilidade ao significado que, desde os primeiros anos após a descoberta, a tripanossomíase americana vinha assumindo como emblema dos males da nação (Kropf, 2009b).

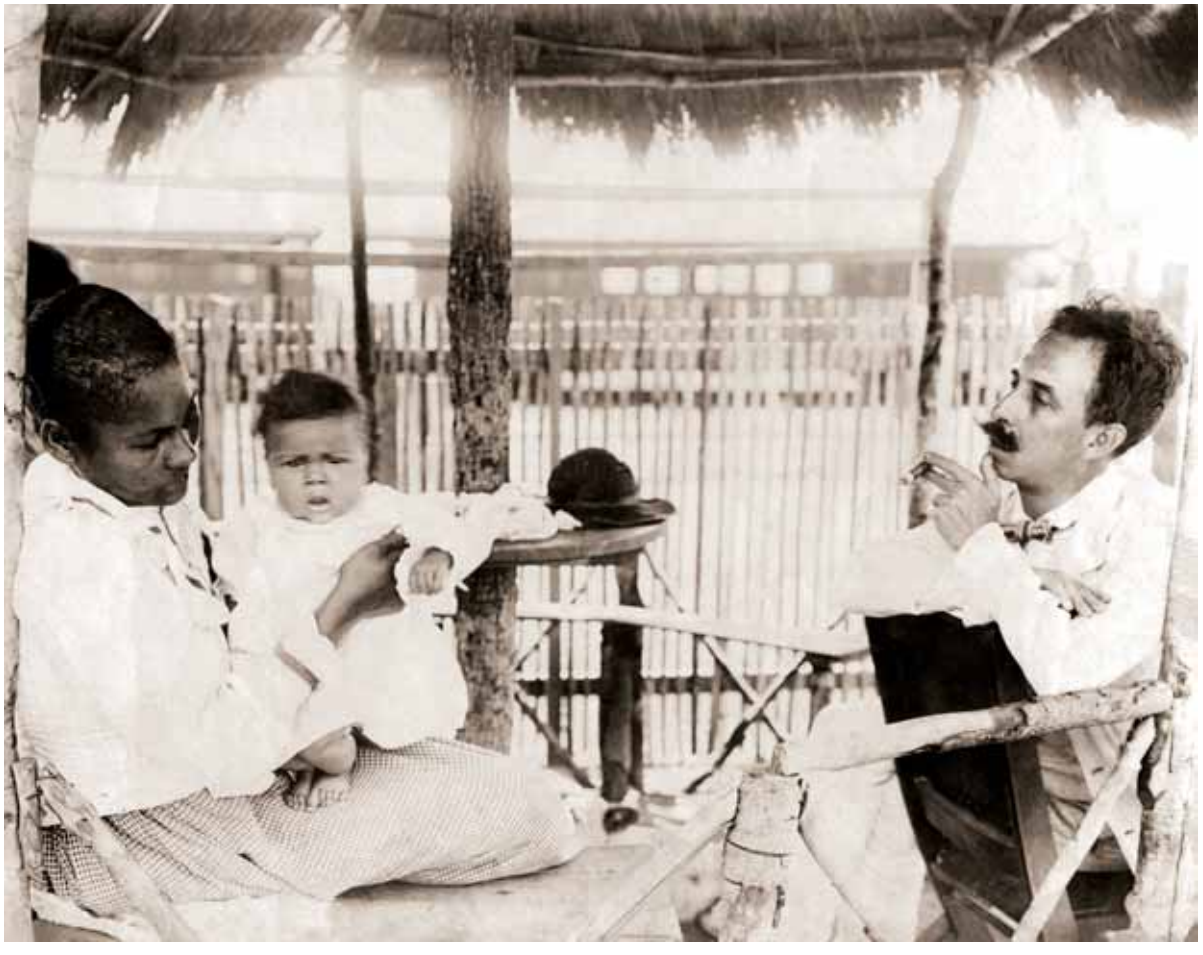
Na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em solenidade em homenagem a seu diretor, Aloísio de Castro, pela participação no encontro na Argentina, Miguel Pereira pronunciou discurso em que afirmou: "O Brasil é um imenso hospital". As palavras do renomado professor ecoaram no meio médico e repercutiram fortemente no debate político e intelectual mais amplo sobre a identidade nacional (Sá, 2009a).

No contexto da Primeira Guerra Mundial, o momento era de grande fervor nacionalista e temas como a questão racial, a imigração, a educação e o recrutamento militar entrecruzavam-se na perspectiva de identificar as mazelas e as chances de "regeneração" do país. Miguel Pereira fez das condições sanitárias dos sertões o eixo de sua crítica "[às] nossas desditas políticas e [às] nossas misérias administrativas", bem como à pregação ufanista dos que exortavam todos os brasileiros a se engajarem na defesa dos valores cívicos e patrióticos. Ironizando um discurso do deputado mineiro Carlos Peixoto, que se declarou disposto a convocar pessoalmente os sertanejos de seu estado para servirem ao Exército brasileiro, Pereira disse:

> É bem que se organizem milícias, que se armem legiões, que se cerrem fileiras em torno da bandeira, mas melhor seria que se não esquecessem nesse paroxismo do entusiasmo que, fora do Rio ou de São Paulo, capitais mais ou menos saneadas, e de algumas outras cidades em que a providência superintende a higiene, o Brasil ainda é um imenso hospital. (...) Em chegando a tal extremo de zelo patriótico uma grande decepção acolheria sua generosa e nobre iniciativa. Parte, e parte ponderável, dessa brava gente não se levantaria; inválidos, exangues, esgotados pela ancilostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroídos pela sífilis e pela lepra; (...) Não carrego as cores ao quadro. É isso sem exagero a nossa população do interior. Uma legião de doentes e de imprestáveis (Jornal do Commercio, 1916a).

Estação da Estrada de Ferro Central do Brasil em Lassance, onde Carlos Chagas realizou, em 1909, a descoberta da doença que leva seu nome

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Carlos Chagas observa a menina Rita, um dos primeiros casos diagnosticados da doença de Chagas. Lassance, década de 1910

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Dias depois, Miguel Pereira fez novo discurso, desta vez num banquete em homenagem a Chagas. Aqui, sua denúncia sobre a calamidade sanitária do interior do país apareceu como corolário da louvação feita ao descobridor daquela que se destacava como uma das mais graves causas desta "hecatombe". Entre os sentidos desta louvação estava o de desagravo pelas críticas que as concepções de Chagas sobre a caracterização clínica e a importância epidemiológica da tripanossomíase vinham recebendo de pesquisadores na Argentina.

Em resposta aos que duvidavam daquela entidade mórbida, cuja designação mais conhecida – tireoidite parasitária – havia sido por ele próprio cunhada, Pereira acentuava a missão social dos "homens de ciência" que, como Chagas, foram aos sertões e revelaram ali a triste realidade de um Brasil desconhecido, abandonado, doente, que só poderia responder aos clamores patrióticos por meio de "um exército de sombras" (Jornal do Commercio, 1916b).

3

Agradecendo a homenagem, Chagas reiterou, enfaticamente, as declarações do colega, que qualificou como "magnífico painel de verdades melancólicas". Defendendo-o dos que condenavam como pessimista ou exagerada a imagem do país como "imenso hospital", apresentou seu próprio testemunho como estudioso daquela que representava, como vinha afirmando desde 1909, um dos grandes problemas sanitários do interior do Brasil.

Carlos Chagas em seu laboratório no Instituto Oswaldo Cruz
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

O médico Miguel Pereira: para ele, o Brasil era um "imenso hospital"
Acervo Academia Nacional de Medicina

> Conheço, muito de perto, aqueles aspectos angustiosos de vida dos campos, fotografados na palavra do mestre. (...) Quanto à tripanossomíase brasileira, dela vos tenho falado muitas vezes, sempre com o objetivo de beneficiar as extensas zonas do interior do meu país, devastadas pela mortífera doença. Duvidais das cores negras com que descrevemos seus malefícios? Temos muito próximo a documentação conveniente, que evidencia a maior calamidade de nossos sertões (Chagas, 1935, p. 7-8).

Esses dois discursos de Miguel Pereira, publicados no *Jornal do Commercio* (1916 a, b), são considerados pela historiografia como marco de origem do chamado movimento pelo saneamento do Brasil. A campanha reuniu, entre 1916 e 1920, médicos, cientistas, intelectuais e políticos em torno da ideia de que o "atraso" do Brasil em face das nações consideradas civilizadas não era resultado do clima tropical

Banquete no restaurante Assyrius, do Teatro Municipal, em homenagem a Carlos Chagas, que regressava de congresso médico em Buenos Aires. Nessa ocasião, o médico Miguel Pereira reforçou sua denúncia de que o Brasil era "um imenso hospital", conforme havia dito em discurso poucos dias antes na Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro, out. 1916

FONSECA FILHO, O. da. *A Escola de Manguinhos: contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 1974. (Separata do tomo II de 'Oswaldo Cruz monumenta histórica')
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

ou da composição racial de sua população, mas dos prejuízos causados pelas endemias rurais à produtividade do trabalho e do descaso do Estado com as populações do interior. Tal diagnóstico – fundamentado, sobretudo, nos relatos das viagens de pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz ao interior, que atualizavam a denúncia de Euclides da Cunha quanto ao isolamento e ao abandono que marcavam os sertões do país – contrapunha-se à visão idílica do ambiente rural e de seus habitantes propugnada pela literatura romântica e mesmo pelo discurso médico.

Como movimento político, a campanha pelo saneamento expressou-se fundamentalmente na reivindicação de que o Estado brasileiro aumentasse seu poder de intervenção no campo da saúde pública. Com grande repercussão na imprensa, nos meios intelectuais e no Congresso Nacional, o movimento, formalmente organizado na Liga Pró-Saneamento do Brasil (criada em 1918 e dirigida por Belisário Penna), conduziria a uma ampla reforma dos serviços sanitários, com a criação, em janeiro de 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), do qual Chagas foi o primeiro diretor (Hochman, 1998).

A concepção de que as doenças que grassavam nos sertões eram o principal obstáculo ao progresso econômico e social do país e à construção da nacionalidade foi defendida por Carlos Chagas desde os primeiros estudos sobre a doença que leva seu nome. Segundo o cientista, tratava-se de uma endemia que, por afetar o desenvolvimento

Belisário Penna discursa para moradores de Pilares, no Rio de Janeiro
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Corte histológico de tecido indicando a presença do *Trypanosoma cruzi*, parasito causador da doença de Chagas
Prancha de Castro Silva publicada em artigo de Gaspar Vianna nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, em 1911
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

orgânico das populações rurais desde as primeiras idades, comprometia seriamente o progresso do país. Ao mesmo tempo em que produzia os enunciados médicos sobre a tripanossomíase americana que, segundo os primeiros estudos, ocasionava distúrbios endócrinos, neurológicos e cardíacos (Chagas, 1910) –, Chagas a definia como problema social, como "doença do Brasil", a representar as mazelas do país e a ciência que pretendia resolvê-las. O discurso de Pereira viria a conferir a esta ideia de *Brasil doente* uma nova amplitude, que ia além dos círculos médicos e científicos, fazendo com que a partir dela se formulasse um programa concreto de intervenção e reforma social.

Os principais documentos de divulgação das ideias do movimento pelo saneamento rural do país tiveram um impacto decisivo na trajetória científica e social da tripanossomíase. Em 1916, a partir de um debate com pesquisadores na Argentina, que questionaram alguns aspectos centrais da

Anno XXIII 22 de Abril de 1909 Num. 16

Brazil-Medico

SUMMARIO

Pathologia Intertropical: — *Nova especie morbida do homem, produzida por um trypanozoma (trypanozoma Cruzi)*, pelo Dr. Carlos Chagas.
Trabalhos Originaes: — *A epilepsia de Bonaparte* (conclusão), pelo Prof. Dias de Barros.
Clinica Medica: — *Lithiase biliar não complicada*, pelo prof. Gilbert.
Consultas Medicas: — *Adenoidites hypertrophicas*, pelo Dr. Henrique Autran.
Associações Scientificas: — SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA. *Admissão de um novo socio*, pelos Drs. Werneck Machado, Julio Novaes e Floriano de Lemos. — *Dr. Alfredo de Brito*, pelos Drs. Nascimento Gurgel e Werneck Machado. — *Ulceras do Banri*, pelo Dr. do Dr. Nascimento Gurgel. — *Injecções intra-rachidianas de cocaina*, Daniel de Almeida. — *Relações histologicas entre o organismo materno e o feto*, pelo Dr. Nascimento Gurgel. — *Assistencia Publica*, pelos Drs. Jaime Silvado e Floriano de Lemos.
Medicina Pratica: — *O regimen dos diabeticos arthriticos*, pelo Dr. Georges Becus.
Bibliographia: — *Hysteria e Syndromo hysteroide*, pelo Dr. Austregesilo, — por J. M. C.
Boletim Demographico: — *Mortalidade da cidade do Rio de Janeiro*, por B. C.

PATHOLOGIA INTERTROPICAL

Nova especie morbida do homem, produzida por um trypanozoma (trypanozoma Cruzi)

Nota prévia

(Trabalho do Instituto OSWALDO CRUZ)

PELO DR. CARLOS CHAGAS

Assistente do Instituto

Vimos, desde mezes, estudando o cyclo evolutivo de um hemo-flagellado, o *trypanozoma Cruzi*, que tem para hospedeiro intermediario um hematophago, o *conorrhinus sanguisuga* (?). Fizemos, de nossas pesquisas ainda não concluidas, uma publicação prévia (1), aguardando opportunidade, após esclarecimento de alguns pontos, para publicação definitiva. A infecção que serviu de inicio a nossos estudos fôra obtida experimentalmente pelo Dr. OSWALDO CRUZ, fazendo picar por alguns conorrhinos, levados de Minas, um sagui (*hapalle penicillata*). Por inoculações de sangue e ainda por picada de conorrhinos obtivemos a infecção em diversos animaes, taes como a cobaya, o cão, o coelho, sendo ella sempre mortal para alguns destes vertebrados. Ignoravamos, porém, qual fosse o hospedeiro habitual do trypanozoma e o esclarecimento deste ponto levou-nos a realizar novas pesquisas, na zona onde haviamos colhido o hematophago, pesquisas cujo resultado essencial, pela sua importancia, merecem immediata publicidade.

O *conorrhinus sanguisuga* (?) existe em grande abundancia no norte de Minas, nas zonas percorridas pelo prolongamento da E. de F. Central do Brazil. E' um hematophago, conhecido pelo nome vulgar de *barbeiro*, que habita os domicilios humanos, preferindo sempre o sangue do homem para suas refeições. Nas casas o *conorrhinus* habita as cavidades das paredes, encontrando guarida favoravel nas paredes não rebocadas, e só ataca o homem á noite, depois de apagadas as luzes. Constitue um terrivel flagello, em extremo incommodo ao homem, cujo repouso nocturno elle difficulta. Outros animaes domesticos, aquelles que pernoitam no interior dos domicilios, são tambem picados pelo *conorrhinus*. No gato verificamos a infecção natural pelo trypanozoma que aquelle hematophago transmitte.

Dada a preferencia do *conorrhinus* pelo sangue humano, suspeitamos, de accôrdo com a theoria da evolução phylogenetica dos hemo-flagellados, pudesse ser parasita do homem o trypanozoma encontrado no apparelho digestivo daquelle hematophago. Orientamos dest'arte nossas pesquisas e desde logo chamou nossa attenção um quadro morbido uniforme, apreciavel em quasi todas as crianças da zona onde abunda o invertebrado.

Daquelle quadro, presente ás vezes em adultos, porém mais frequente nas crianças, os elementos mais salientes são os seguintes: grande anemia, decadencia organica accentuada, edema sub palpebral e frequentemente edemas generalisados, engurgitamento ganglionar consideravel, havendo volumosos ganglios nas pleiades periphericas axilla, regiões inguinal e crural, pescoço, etc.. Em algumas crianças, é notavel a atrophia do desenvolvimento. E' uma condição morbida permanente, com incidentes agudos, que se expressam em reacção febril e outros elementos morbidos. As noções clinicas que temos da molestia são ainda muito incompletas, estando apenas iniciadas, nesse sentido, nossas observações. Nem sabemos muito sobre o prognostico, parecendo, pelas informações colhidas, ser molestia ás vezes mortal, resistindo-lhe, porém, alguns doentes, que, segundo nos parece, ficarão immunisados.

Repetidos exames de sangue, em crianças na condição morbida chronica, fôram negativos. N'um doente febricitante, profundamente anemiado e com edemas, com pleiades ganglionares engurgitadas, encontramos trypanozomas, cuja morphologia é identica á do *trypanozoma Cruzi*. Na ausencia de qualquer outra etiologia para os symptomas morbidos observados e ainda de accôrdo com a experimentação anterior em animaes, julgamos tratar-se de uma trypanozomiase humana, molestia occasionada pelo *trypanozoma Cruzi*, cujo transmissor é o *conorrhinus sanguisuga* (?).

Em nossas pesquisas temos sido vantajosamente acompanhado pelo Dr. BELISARIO PENNA, a quem deixamos aqui os mais sinceros agradecimentos.

Lassance, E. de F. Central, 15 de Abril de 1909.

(1) *Nouce Trypanosomen.* — Tr. Minasense e T. Cruzi, n. 30, in «Archiv. f. Schiff u Tropenhygiene. 1909, pag. 120.

TRABALHOS ORIGINAES

A epilepsia de Bonaparte

(Nota de psychologia morbida)

PELO PROF. A. DIAS DE BARROS

(Conclusão)

Apraz-me expôr, antes de manifestações outras dessa anestesia moral á qual me refiro, e para contraste com ella, antes que analogos factos no simples dominio das relações sociaes que passo a expôr, o opposto dessa crueldade, o verdadeiro reverso da medalha cujo anverso se acabou de vêr...

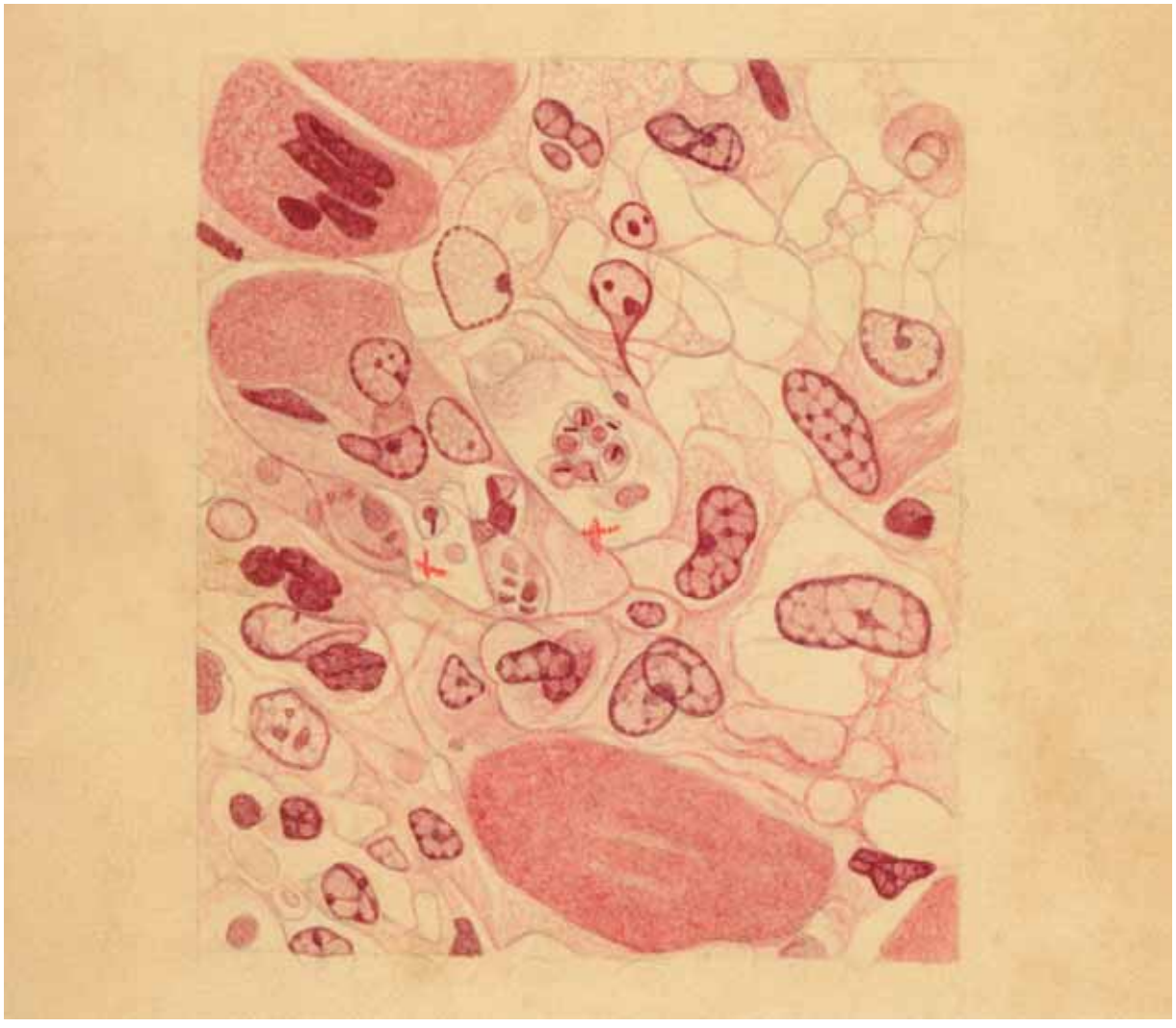
Occorre-me lembrar a serie de attenções de toda a especie, patenteadas para com a velhice e a des-

Trabalho de Carlos Chagas publicado na revista *Brazil-Medico* anunciando a descoberta da nova doença

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Corte histológico de músculo cardíaco. As marcas, inseridas por Carlos Chagas, indicam a presença do *T. cruzi*.

Prancha de Castro Silva
Acervo Casa de Oswaldo Cruz



3

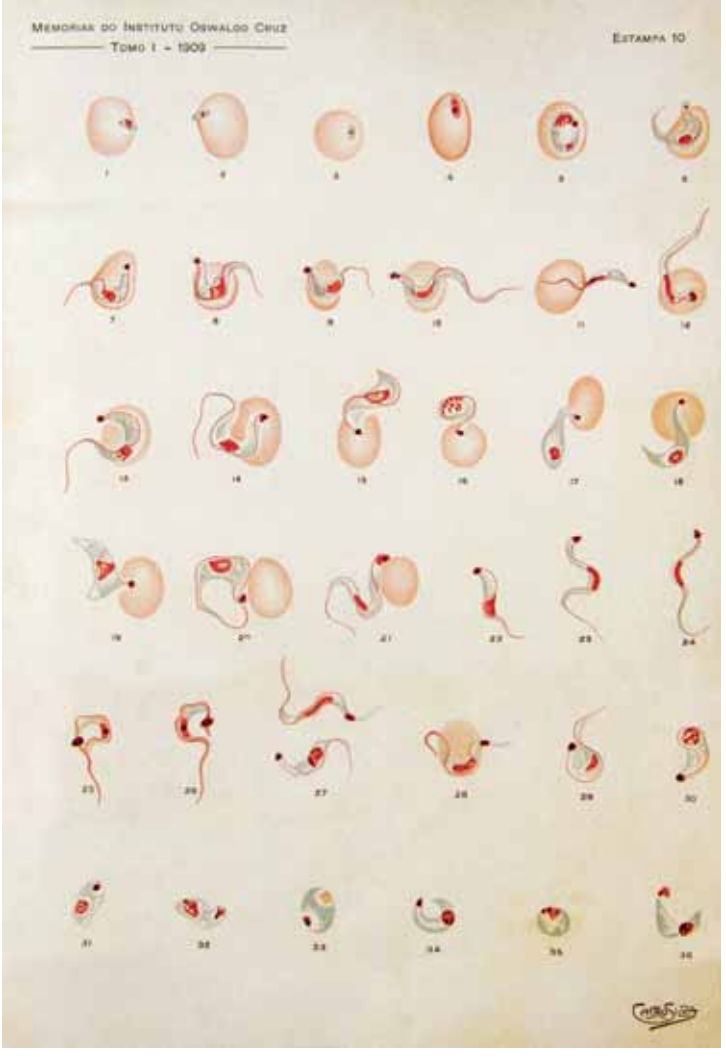
definição clínica da doença (como a correlação com o bócio endêmico), Carlos Chagas deu início a uma importante revisão nos enunciados sobre a nova entidade nosológica, minimizando a importância dos distúrbios endócrinos, que segundo ele estavam associados à ação do *Trypanosoma cruzi*, e reforçando os aspectos cardíacos. Entretanto, o movimento político que, a partir daquele ano, projetou a doença no debate nacional viria reforçar, justamente, um dos principais elementos que Chagas buscava minimizar: o bócio. No discurso sanitarista, este continuaria a ser o "selo da doença" (expressão cunhada por Miguel Couto em 1910), representando, juntamente com as desordens neurológicas e cardíacas, os efeitos dramáticos não apenas da tripanossomíase americana, mas da condição mórbida de todos os que pereciam no interior do país.

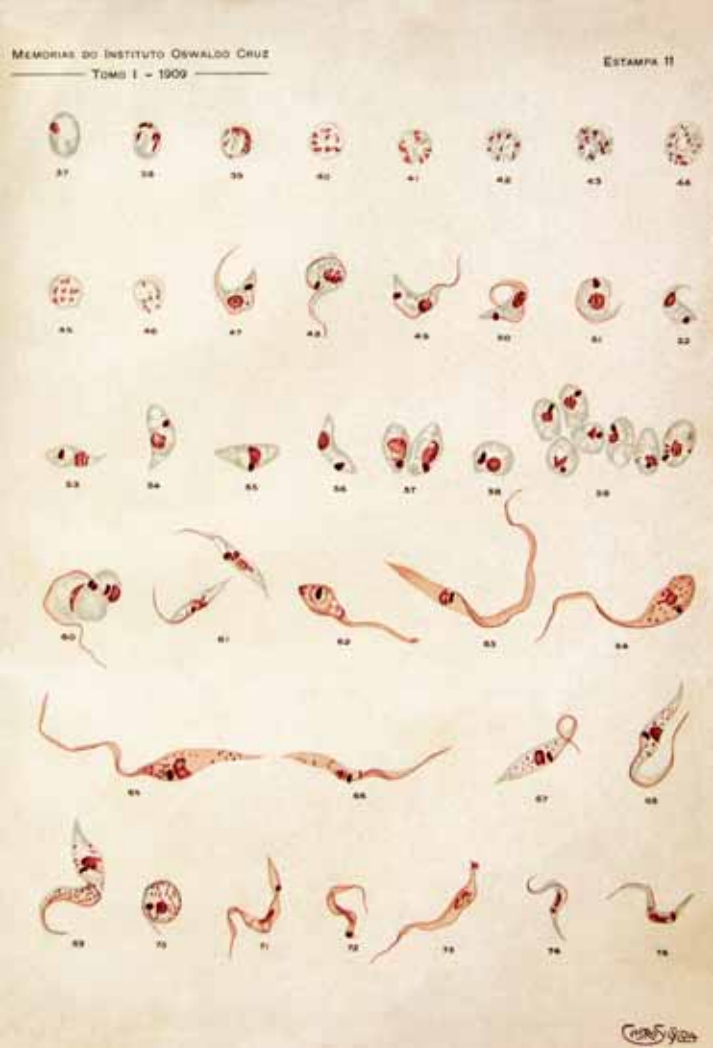
Um veículo decisivo para propagar esta representação foi o relatório da expedição científica realizada por Arthur Neiva e Belisário Penna ao nordeste e centro-oeste do país, publicado nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* de 1916. Além de cumprir seu objetivo precípuo de mapear a situação nosológica da região, a viagem produziu detalhado inventário do ambiente físico e social de uma área inóspita e desconhecida do "Brasil Central", revelando um quadro de doenças, miséria e ausência do poder público (Lima, 2009; Sá, 2009b).

Belisário Penna prestando atendimento médico sob a sombra de uma jurema. Lages (PI), maio 1912
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Um dos objetivos da viagem, realizada em 1912, era justamente encontrar evidências que corroborassem a ideia propagada por Chagas da extensa difusão geográfica da tripanossomíase americana. Ao longo do trajeto, Neiva e Penna localizaram diferentes espécies de barbeiros, realizando exames para ver se estavam infectados pelo *Trypanosoma cruzi*. A presença constante de casas de pau a pique, com paredes barreadas, indicava condições epidemiológicas propícias para a disseminação da doença transmitida por aqueles insetos. Juntamente com as *cafuas* e os barbeiros, o "papo" – que, quando a viagem foi feita, era amplamente aceito como principal sinal para o diagnóstico clínico da doença de Chagas – foi o critério privilegiado para estimar a presença desta enfermidade.

Em Goiás, Neiva e Penna (1916) encontraram o maior número de evidências da presença concomitante do bócio e dos barbeiros nos domicílios. As observações sobre o "papo" na capital de Goiás – de onde tal



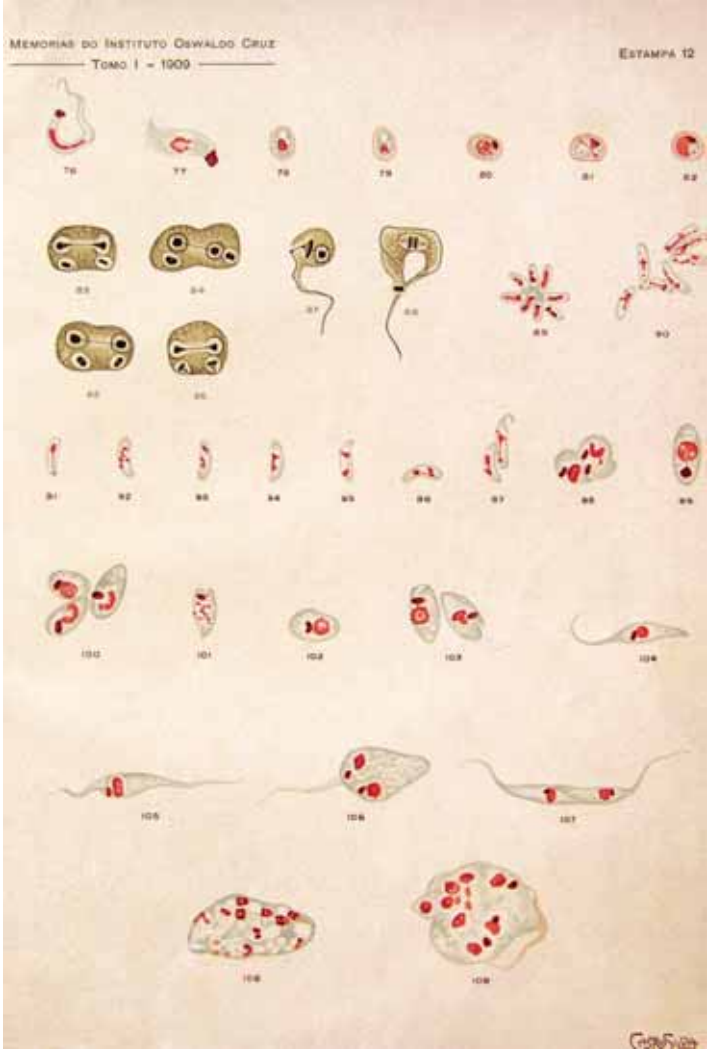


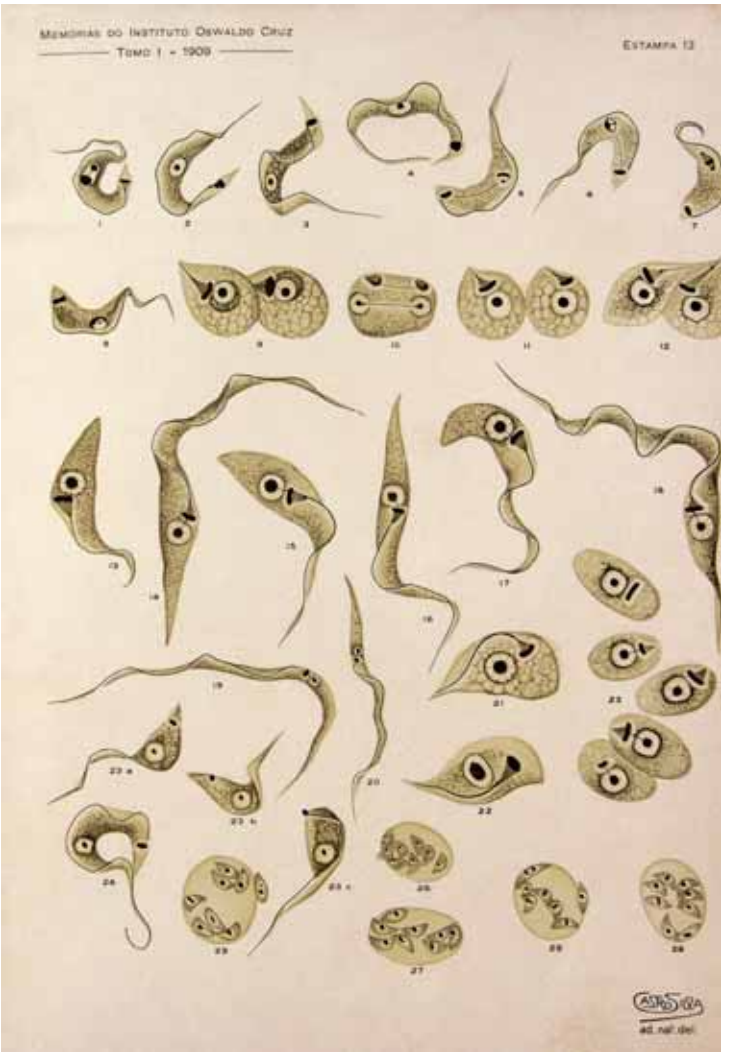
condição havia desaparecido com a modernização das casas, mas permanecia nas habitações de taipa dos subúrbios – eram um elemento a reforçar a ideia de que a habitação das "vilas sertanejas atrasadas" (p. 123-124) era o nexo causal entre o bócio e os transmissores da tripanossomíase. Esta associação corroborava a etiologia parasitária do bócio proposta por Chagas em 1910, que os autores apresentam, com reservas, como "hipótese".

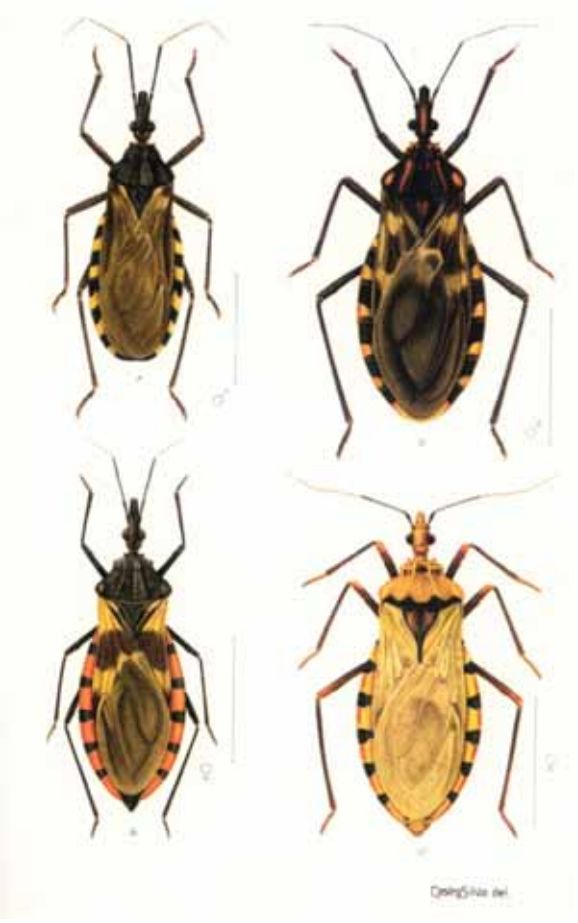
Apesar desta cautela, o bócio foi utilizado como sinal primordial a definir a presença da doença de Chagas no percurso da viagem. Foi justamente ao descrever as localidades onde ela foi identificada por meio deste sinal – como em Goiás, nas quais "flagela em proporções nem de longe suspeitadas da Nação" (p. 117) –, que Neiva e Penna extraíram

Estágios evolutivos do *Trypanosoma cruzi*

Pranchas de Castro Silva publicadas em artigo de Chagas nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* em agosto de 1909
Acervo Casa de Oswaldo Cruz







Espécies de barbeiros, inseto transmissor da doença de Chagas

Desenho de Castro Silva
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

da tripanossomíase todas as suas implicações como símbolo maior da degradação física e social em que viviam as populações do interior devastadas pelas endemias rurais.

As fotografias tiradas ao longo da expedição, focalizando vários aspectos físicos e sociais das regiões percorridas, constituíram um poderoso recurso persuasivo em relação às ideias que os cientistas pretendiam firmar, como o abandono e a miséria dos sertanejos. Das 24 fotografias de doentes, 18 eram referidas à doença de Chagas, que ocupava centralidade na descrição textual das enfermidades. Firmando, como apontou Stepan (2001), uma certa maneira de ver e reconhecer a doença, praticamente todas essas imagens tinham no "papo" (que em alguns casos assumia volumes enormes e vinha acompanhado de distúrbios neurológicos) o traço mais saliente. Tais fotografias, na medida em que somavam aos retratos de Lassance rostos provenientes de outra região do Brasil, corroboravam o objetivo dos cientistas de demonstrar a vasta difusão da doença pelo país.

Grupo em Lassance diante de uma casa de pau a pique, habitação típica das populações rurais do Brasil construída com paredes de barro e cobertura de capim ou palha. É também conhecida pelo nome de cafua

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Com uma repercussão que ultrapassou as fronteiras do campo médico, num contexto em que ecoava o brado de Miguel Pereira, o relatório foi evocado como a base documental por excelência a legitimar as declarações e reivindicações da campanha pelo saneamento rural do Brasil, que ganhavam as páginas dos jornais e a tribuna do Congresso (Lima, 2009, Sá, 2009b).

Além do relatório Neiva-Penna, outro veículo importante de difusão da imagem pública da doença de Chagas como bandeira da campanha pelo saneamento rural foram os artigos de Belisário Penna publicados entre 1916 e 1917 no jornal *Correio da Manhã* e que seriam reunidos no livro *Saneamento do Brasil*, editado em 1918 como base para a fundação, nesse mesmo ano, da Liga Pró-Saneamento do Brasil. Ainda em 1918, igualmente como coletânea de textos para a imprensa diária, circulou o

"Papudos" fotografados durante expedição de Arthur Neiva e Belisário Penna. Amaro Leite (GO), 1912

NEIVA Arthur & PENNA, Belisário. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 8, n. 3, 1916, p. 74-224
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

livro *Problema vital*, em que o escritor Monteiro Lobato expressava sua adesão ao ideário sanitarista, sintetizando-o no famoso personagem do Jeca Tatu, como exemplo do impacto das doenças sobre os sertanejos e das possibilidades de sua redenção.

Em *Saneamento do Brasil*, Penna afirmava que o problema econômico do país residia na "necessidade inadiável de curar o homem rural, instruí-lo, fixá-lo e dar-lhe meios de alimentar-se convenientemente para que possa produzir o que produz um homem de saúde normal" (Penna, 1918b, p. 51). Este alerta soava particularmente urgente para o estado de Minas Gerais, onde o tema da estagnação econômica preocupava as elites políticas (Dulci, 1999), e que, segundo acentuava o próprio Penna, apesar de constituir o emblema da "vocação agrícola do país", vinha, lamentavelmente, se caracterizando como o "estado da doença", flagelado pelas endemias rurais, sobretudo pela doença ali descoberta por Carlos Chagas (Penna, 1918a).

Era com o depoimento de quem conhecia pessoalmente a realidade do interior do país que Penna imprimia à representação médica e social da doença de Chagas, cuja descoberta havia testemunhado em Lassance, grande força persuasiva e retórica. Nas suas descrições, tratava-se do "mais temeroso dos flagelos endêmicos dos sertões" (Penna, 1918b, p. 9), pelas deformidades físicas e mentais que causava e pelo fato de não ter cura.

Capa de *Saneamento do Brasil*, livro de Belisário Penna, com dedicatória a Carlos Chagas
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

> Tal calamidade não se limita a deprimir o físico e o moral de suas vítimas, lesando-lhes órgãos essenciais de saúde e de vida; ela as deforma em proporções fantásticas, inutiliza-as por completo, formando legiões de aleijados, cretinos, idiotas, paralíticos e papudos (...). Esse é o quadro banal nas regiões do barbeiro. O dr. Neiva e eu vimos no norte de Goiás quadros infernais, que só o grande poeta florentino poderia descrever, criando mais algum ciclo no seu famoso inferno (Penna, 1918b, p. 9-10).

Fotografias de portadores de doença de Chagas publicadas em PENNA, Belisário. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Tip. Revista dos Tribunais, 1918, p. 146 e 146
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

A representação da tripanossomíase como "doença do Brasil" se fazia não apenas do ponto de vista do diagnóstico dos males da nação, mas das possibilidades de superá-los. Penna reiterava as colocações do próprio Chagas, afirmando que os poderes públicos, por meio de ações voltadas para a melhoria das habitações rurais, deveriam combater a tripanossomíase e outros problemas das populações do interior.

Ao referir-se ao quadro clínico da doença, Penna realçava os distúrbios endócrinos e neurológicos como traços mais concretos do impacto daquela enfermidade que sintetizava uma denúncia e um olhar sobre a nação. A inclusão, em *Saneamento do Brasil*, de fotografias de doentes também contribuía para fixar e realçar esses traços. Uma delas focaliza, de frente e de perfil, os rostos de dois portadores de volumosos "papos". A outra traz três indivíduos encostados na parede de barro de uma cafua, com pernas e braços atrofiados e com visível aspecto de deficiência mental.

Destacar tais elementos, por sua vez, era fundamental para garantir um dos principais objetivos que, tendo orientado a expedição de 1912, encontrava-se presente também no livro de Penna: corroborar a noção de que a tripanossomíase era doença disseminada em "vastíssima região do Brasil" (Penna, 1918b, p. 22). Citando as formulações feitas por Chagas a este respeito, na abertura do VII Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia em Belo Horizonte, em 1912 (Chagas, 1912), Penna acentuava: "não há nenhum exagero nesses conceitos que vimos Neiva e eu, absolutamente e vastamente confirmados em Goiás. (...) Há localidades (arraiais) em que ninguém do lugar, literalmente, escapa à tremenda infecção" (Penna, 1918b, p. 144-5). Sem fornecer dado precisos sobre a origem da estimativa, ele asseverava que 15% da população nacional estaria afetada pela tripanossomíase, ou seja, cerca de três milhões de brasileiros (idem, p. 96, 145).

A tese do impacto social da doença de Chagas foi difundida também por Monteiro Lobato. Em seu livro *Problema vital*, editado em 1918, os números apontados por Penna para o "cataclisma" sanitário do

país ganharam ainda mais destaque, estampados nos títulos dos artigos em que o escritor abordava as endemias da "trindade maldita": "dezessete milhões de opilados", "dez milhões de impaludados", "três milhões de idiotas e papudos". Lobato recolocava as ideias de Penna a respeito da questão geral do saneamento e também da tripanossomíase. Com a verve literária, esta ganhava cores ainda mais vibrantes como metáfora do Brasil. Ao citar passagem de *Saneamento do Brasil* na qual Penna relata o ataque, presenciado em Lassance, de vários barbeiros a uma criança, Lobato complementa: "essa criança não é 'uma' criança, mas a criança do sertão brasileiro..." (Lobato, 1956, p. 240). Para sintetizar o cortejo clínico da doença, o escritor proclama, em estilo que combina o trágico e o cômico:

> Três milhões – três milhões! – de criaturas atoladas na mais lúgubre miséria mental e fisiológica por artes de um baratão! (...) Três milhões de quantidades negativas, incapazes de produzir, roendo, famintas, as sobras da produção alheia – o que é pior, condenadas ao mau fado de viveiros do parasito letal para que bem assegurada fique a fartura e permanente contaminação dos sadios (Lobato, 1956, p. 241-2).

Corroborando a ácida crítica de Penna à indiferença dos políticos e literatos quanto às consequências econômicas deste "deperecimento progressivo da população" (idem, p. 242), Lobato prega o fim do poder dos bacharéis – "triatoma bacalaureatus", diz ele, comparando-o, em sua ação "vampírica", ao

3

A casa do Jeca Tatu antes e depois do saneamento. Monteiro Lobato, entusiasta da campanha sanitarista, expressou, no personagem do Jeca Tatu, portador de ancilostomíase, a imagem dos sertanejos doentes e das perspectivas de sua 'redenção' mediante a melhoria de suas condições de saúde. Ilustrações publicadas na 2ª edição do livro de Belisário Penna, *Saneamento do Brasil*, em 1923

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

próprio barbeiro – e a sua substituição, nos mais altos cargos da nação, pelos que de fato poderiam redimi-la: os cientistas. Sobre Manguinhos, ele dizia: "A salvação está lá. De lá tem vindo, vem, e virá a verdade que salva – essa verdade científica que sai nua de arrebiques do campo do microscópio" (idem, p. 244).

Também em 1918, Carlos Chagas publicou na *Revista do Brasil*, então propriedade de Lobato, um artigo em que apresentava seus enunciados gerais sobre a tripanossomíase americana. A ênfase incidia justamente no aspecto mais propagado pela campanha sanitarista: a importância econômica da profilaxia rural. Numa frase que seria reproduzida em vários artigos científicos e folhetos de divulgação da doença nas décadas de 1940 e 1950 (quando o tema da profilaxia alcançaria grande projeção), afirmava: "O combate à tripanossomíase americana representa, em nosso país, um dos problemas sanitários de maior relevância, ligado aos mais altos interesses econômicos e ao aperfeiçoamento progressivo da nossa raça, nas zonas rurais" (Chagas, 1918, p. 385).

Se os médicos/cientistas brasileiros vinham, desde o século XIX, conquistando legitimidade pública mediante seu compromisso de responder às questões consideradas de importância para a sociedade, nesse momento, eles não apenas eram reconhecidos por sua capacidade de apontar tais problemas, mas também em suas aspirações de ocuparem um lugar junto ao Estado, a partir do qual, com autonomia, pudessem ditar os rumos da nação.

A máxima projeção assumida por Chagas e pela tripanossomíase americana no domínio da política, ao mesmo tempo em que expressava e gerava reconhecimento e legitimidade, impunha maior susceptibilidade a críticas, controvérsias e tensões.[3] Assim, se por um lado servia de moldura ao brado dos sanitaristas, a "doença do Brasil" se tornaria o centro de uma intensa polêmica, que recuperou as questões científicas debatidas na Argentina, mas lhes conferiu novos significados e implicações, referidos ao debate nacionalista da época.

No célebre episódio da polêmica na Academia Nacional de Medicina, entre 1922 e 1923, alguns médicos, capitaneados pelo professor de higiene Afrânio Peixoto, da Faculdade de Medicina, afirmaram que a equivocada associação com o bócio endêmico havia levado a um exagero sobre a difusão da tripanossomíase. Segundo eles, esta era uma doença rara, restrita à região de sua descoberta, e não um flagelo nacional, como apregoavam Chagas e os partidários do movimento sanitarista. A visão de um "Brasil doente", além de exagerada, foi considerada pessimista: poderia trazer o descrédito ao país e afugentar imigrantes e capitais (Kropf, 2009a, b).

Afrânio Peixoto (1876-1947), principal opositor de Carlos Chagas na polêmica sobre a tripanossomíase americana na Academia Nacional de Medicina

Acervo Academia Nacional de Medicina

Academia Nacional de Medicina no antigo prédio do Silogeu Brasileiro, no Rio de Janeiro

Acervo Academia Brasileira de Letras

3

Foram questionadas também a patogenicidade do *Trypanosoma cruzi* e a autoria de sua descoberta, que, segundo alguns, caberia não a Chagas, mas a Oswaldo Cruz, por ter sido este último o autor das experiências que permitiram identificar que se tratava de um novo parasito. Com grande repercussão na imprensa, a polêmica envolvia questões científicas e políticas, estas referidas ao intenso debate nacionalista da época. Foi nutrida também por rivalidades e disputas pessoais com Chagas, relativas à sua atuação como diretor do Instituto Oswaldo Cruz e do Departamento Nacional de Saúde Pública.

O parecer oficial da Academia Nacional de Medicina reiterou os méritos de Chagas e sua autoria na descoberta do *Trypanosoma cruzi*. Contudo, não se posicionou a respeito das questões da definição clínica e da extensão geográfica da doença, declarando não possuir condições para tanto. Na conferência com que encerrou a polêmica, em dezembro de 1923, o cientista defendeu suas convicções e rebateu com veemência os que acusavam de antipatriótica sua visão do país.

Constituindo um divisor de águas nos estudos sobre a doença e na biografia de seu descobridor (Chagas Filho, 1993), a controvérsia na Academia foi mais uma evidência de como o caminho de construção dos conhecimentos acerca da doença de Chagas estava entrelaçado com o movimento sanitarista da década de 1910. Para além dos conteúdos estritamente científicos, a contenda expressou o confronto entre duas posições no debate nacionalista da época: os que defendiam e os que negavam o diagnóstico do "Brasil imenso hospital", mas que, de perspectivas opostas, compartilhavam a visão de que a doença de Chagas era o emblema deste olhar sobre a nação.

A LIGA PRÓ-SANEAMENTO DO BRASIL E A CRIAÇÃO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE

Carlos Fidelis Ponte

A Liga Pró-Saneamento do Brasil, criada em 1918 e presidida por Belisário Penna, tinha como objetivo lutar pela instituição de uma política nacional de saneamento. Crítico em relação ao federalismo implantado no Brasil com a Constituição de 1891, o movimento pró-saneamento do Brasil identificava na partilha do poder entre as elites locais um dos grandes entraves à solução dos problemas brasileiros. Para os líderes do movimento, a federação minava a solidariedade e dissolvia os elos da nacionalidade em nome do interesse de oligarquias retrógradas e parasitárias dos recursos nacionais (Hochman, 1998).

Na visão de Belisário Penna, Arthur Neiva, Miguel Pereira e demais lideranças da Liga Pró-Saneamento do Brasil, a precariedade das condições de salubridade e o abandono a que estava submetida boa parte da população brasileira deviam-se, em última análise, à ausência e inoperância do poder público, que não chamava a si a responsabilidade de zelar pela saúde do povo a quem devia servir (Lima & Hochman, 1996).

Belisário Penna discursa durante sessão comemorativa do primeiro aniversário da Liga Pró-Saneamento do Brasil. Fundada um ano após a morte de Oswaldo Cruz, em 11 de fevereiro de 1918, a Liga buscou chamar a atenção das elites para as condições precárias de saúde da população do interior do país e para a necessidade de investimentos no saneamento dessas áreas. Rio de Janeiro, 11 fev. 1919

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Belisário Penna, primeiro à esquerda, e pacientes do posto de profilaxia rural de Guaratiba (RJ), entre 1918 e 1922. O Serviço de Profilaxia Rural do Distrito Federal foi criado em maio de 1918, com o objetivo de combater diversas endemias – especialmente a malária e a ancilostomíase –, que grassavam em toda a área rural do Rio de Janeiro. Através da instalação de postos sanitários, eram prestados os serviços de atendimento aos doentes, vacinação, distribuição de medicamentos, realização de pequenas cirurgias, exames clínicos, propaganda e educação sanitária. Além disso, com a finalidade de combater os criadouros do mosquito transmissor da malária, os postos realizavam obras de engenharia sanitária, tais como drenagem e aterro de pântanos e lagoas, abertura de valas e canais para escoamento de águas paradas, limpeza, desobstrução e retificação de cursos de rios

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

No entender da Liga, era urgente a criação de um organismo de cunho nacional que sobrepujasse o pacto federativo então vigente, de modo a preservar a implementação de programas públicos de atenção à saúde das oscilações políticas observadas com frequência nos estados. Tal organismo teria como objetivos uniformizar os serviços e coordenar as ações de saúde em todo o território nacional, superando, assim, os limites que restringiam a esfera de intervenção da União ao Distrito Federal e aos portos (Hochman, 1998).

Para esses sanitaristas, as doenças transmissíveis, que se alastravam pelo país, inviabilizavam uma ação descentralizada, comandada ao sabor dos desígnios das oligarquias locais. Nas suas argumentações em defesa da necessidade de centralização e coordenação das ações de saúde, alguns expoentes do movimento observavam que, mesmo que um estado ou município levasse a efeito um plano eficaz de solução dos problemas verificados em sua área, seus habitantes ainda continuariam expostos às ameaças provenientes de outras regiões vizinhas onde o problema não tivesse recebido a mesma atenção por parte das autoridades (Hochman, 1998).

Esse tipo de argumentação encontrava forte oposição tanto das autoridades e lideranças locais, que temiam perder parcela significativa de seu poder para a União, quanto daqueles que defendiam a livre determinação e a privacidade como direitos invioláveis que deveriam dirigir a conduta do Estado. Aos opositores da proposta se aliava parte do Legislativo federal, receosa de perder para o Executivo suas prerrogativas de legislar sobre questões nacionais, bem como aqueles que argumentavam que os problemas da saúde eram por demais complexos para ficar sob a responsabilidade de um único órgão (Hamilton, 1993).

Não obstante a oposição despertada, a ideia da necessidade de coordenação das ações de saúde consegue se impor como uma questão relevante na agenda nacional. Na realidade, os sanitaristas alcançaram relativo sucesso na sua pregação em favor de uma maior participação do Estado, no sentido de conferir à população condições de saúde e educação como forma de promover o progresso da nação. Suas argumentações conseguiram deslocar a atenção, antes centrada nas questões raciais, para a necessidade de comprometimento do Estado em áreas até então relegadas a segundo plano.

Em meio aos debates em torno da ampliação do poder federal na área da saúde, um evento contribuiu de maneira decisiva para o fortalecimento dos que pregavam a centralização e o alargamento das atribuições da União neste campo: a chegada da gripe espanhola, em 1918. De fato, a presença da epidemia

Obras de engenharia sanitária na periferia do Rio de Janeiro, 10 nov. 1922
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

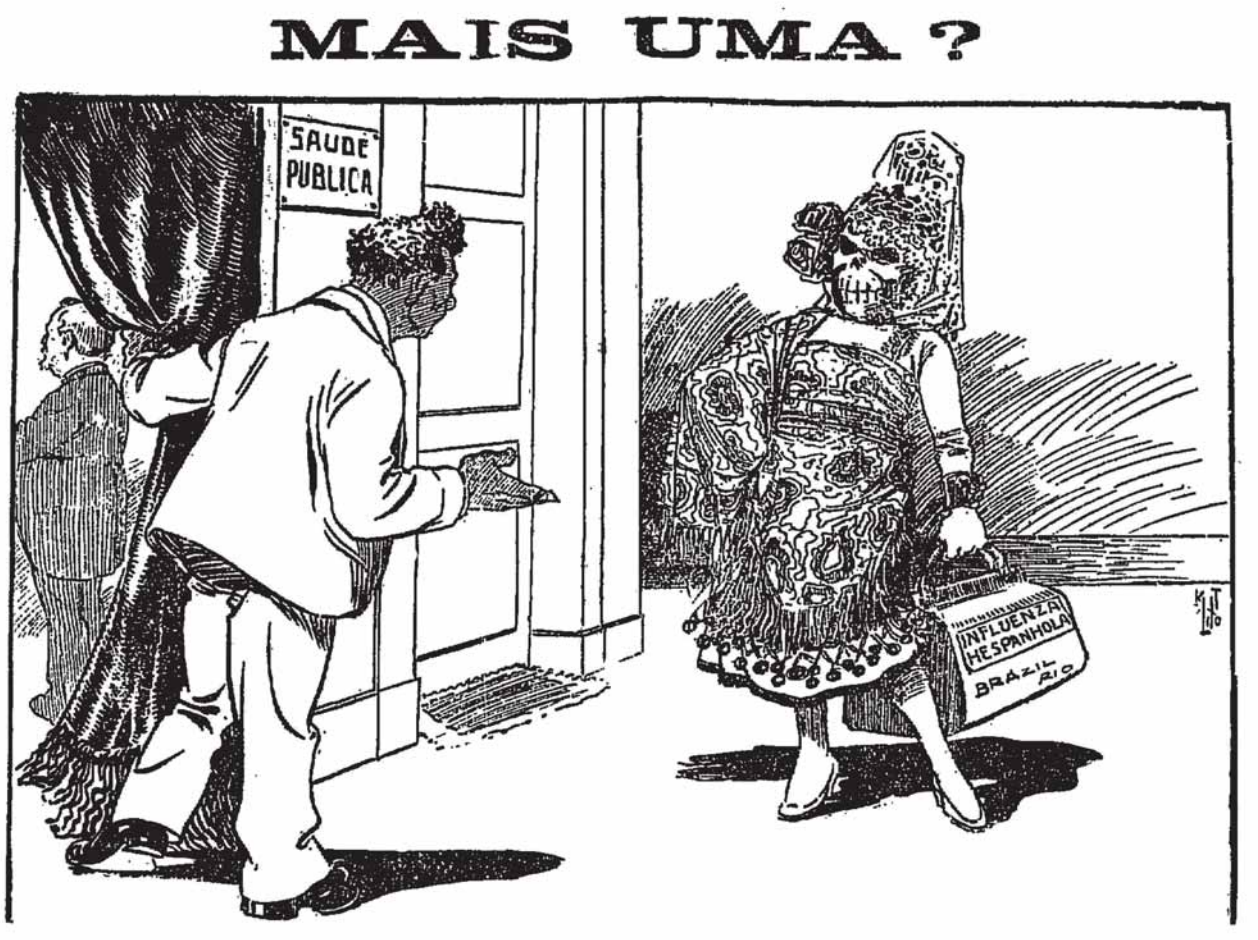
não deixava dúvidas sobre a necessidade de maior nível de coordenação e controle das questões que ultrapassavam a esfera local.

Ainda assim, o desenlace da polêmica levantada pelos sanitaristas não apontou de imediato para a criação de uma pasta para a Saúde. Adotando uma postura pragmática, os sanitaristas acabaram por se contentar com a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública, cedendo aos argumentos de que a saúde, em razão de seu caráter por vezes coercitivo, e da necessidade de intervir de forma rápida em situações de emergência, estaria mais bem posicionada, mesmo vendo ampliadas as suas atribuições, se permanecesse como área integrante do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Hamilton, 1993).

Charge alusiva à chegada da epidemia de gripe espanhola ao país

Gazeta de Notícias, n. 270, 29 set. 1918, p. 1

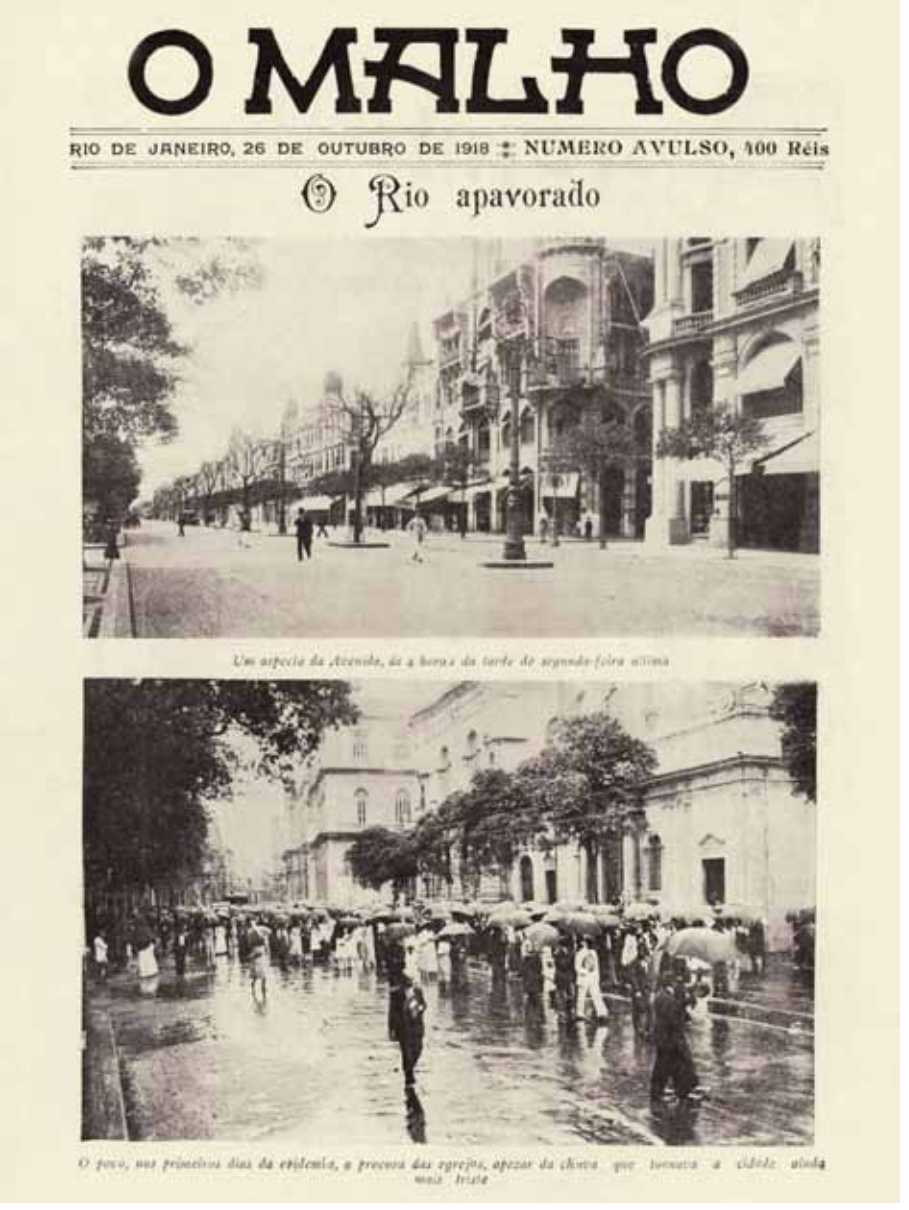
Acervo Fundação Biblioteca Nacional



Ella — Haga usted el favor de decir al director que estoy a sus ordenes
Continuo — Mas.. creio que não ha mais logar...
Ella — E como no, si el doctor Seidl me dijo que yo aqui tenia la collocacion segura ?
Esto es un embuste!...

3

Apesar de não ter obtido êxito imediato na sua luta pela criação de um ministério para a área da saúde, a movimentação dos integrantes da Liga Pró-Saneamento do Brasil contribuiu de maneira decisiva para incluir esta questão na agenda de discussão do novo papel do Estado no contexto da Revolução de 1930. Deste modo, logo após a vitória sobre as oligarquias que comandavam a República Velha, a liderança do movimento revolucionário instituiu, em meio a uma série de medidas de intervenção nos estados, o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930), criado apenas três dias depois de oficializada a instalação do novo governo.



O MALHO

RIO DE JANEIRO, 26 DE OUTUBRO DE 1918 :: NUMERO AVULSO, 400 Réis

O Rio apavorado

Um aspecto da Avenida, às 4 horas da tarde de segunda-feira ultima

O povo, nos primeiros dias da epidemia, a procura das egrejas, apezar da chuva que tornava a cidade ainda mais triste

Aspectos do centro do Rio de Janeiro durante a epidemia de gripe espanhola

O Malho, 26 out. 1918

Acervo Casa de Rui Barbosa

TEMPOS DE GUERRA: O CAMPANHISMO ENTRA EM CENA

Carlos Fidelis Ponte

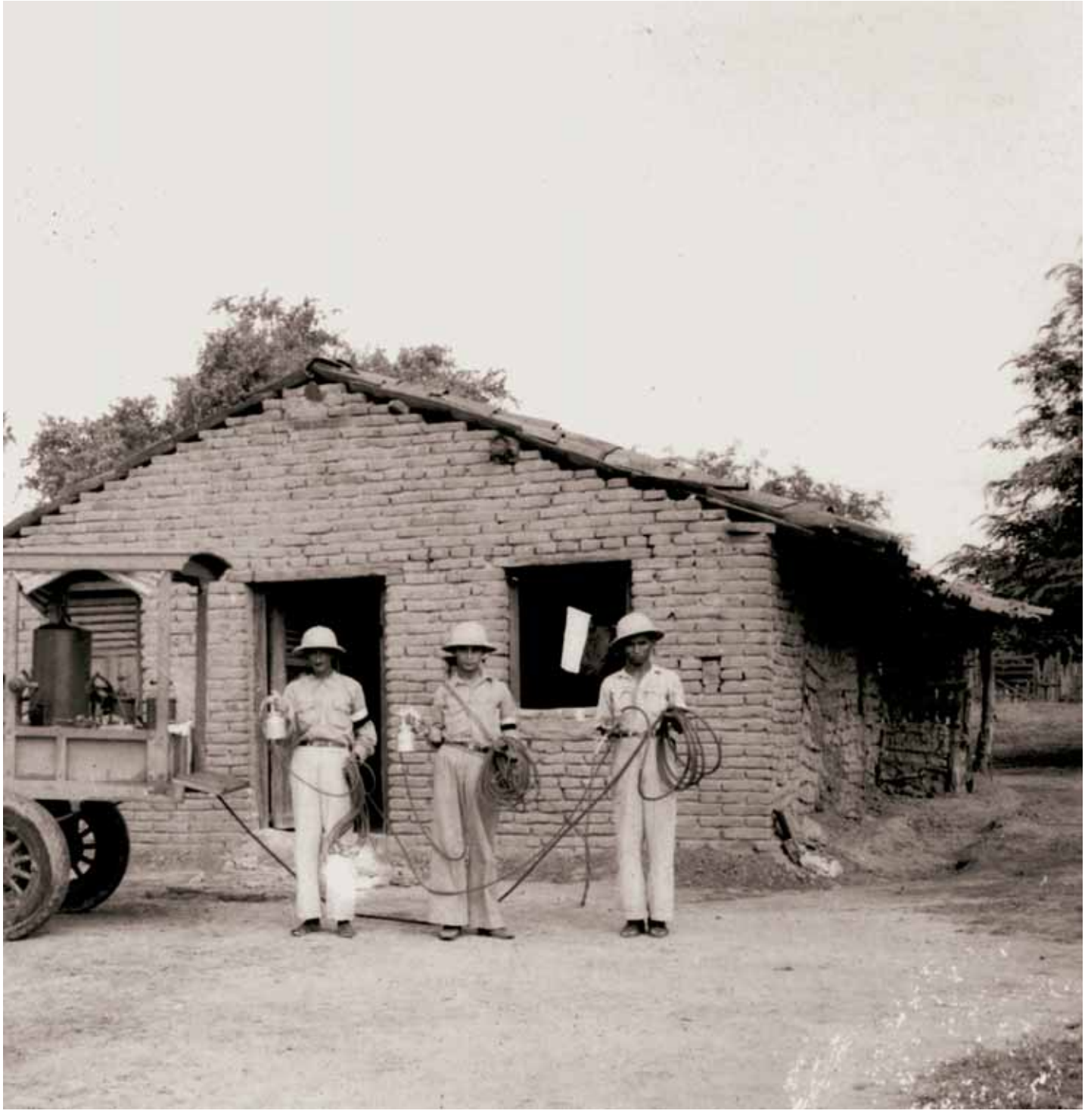
Intimamente associadas à atividade econômica, a prevenção e o controle de doenças, enquanto ações estatais, se devem, em parte, à necessidade de garantir a produção e a circulação de mercadorias. Informadas pelo conhecimento científico e pela movimentação política do contexto em que se inseriam, tais ações assumiram, ao longo do tempo, configurações diversificadas, sendo o isolamento e a quarentena exemplos das primeiras formas de prevenir e controlar as manifestações epidêmicas que ameaçavam a economia e a vida das populações.

Os avanços possibilitados pela microbiologia inaugurada por Pasteur, e por experiências bem-sucedidas como as de Gorgas[4] (em Cuba) e Oswaldo Cruz (no Brasil), permitiram o surgimento de novas formas de combate a um grupo importante de doenças. A percepção de que determinadas enfermidades tinham um agente causal e um vetor que lhes servia de transmissor – a exemplo dos trabalhos de Finlay[5] sobre o mosquito como vetor da febre amarela – permitiu que o Estado ampliasse suas ações para além dos conhecidos mecanismos de isolamento corriqueiramente utilizados.

3

Turma de revisão da polícia de focos. Ribeirão Preto (SP), 1935
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Carroça transporta equipamento da turma de expurgo domiciliar do Serviço de Malária do Nordeste. Ceará, 1940
Acervo Casa de Oswaldo Cruz



3

Com base nos novos conhecimentos, uma série de ações foi implementada tendo em vista o combate a doenças específicas, entre elas a febre amarela, a peste bubônica, a varíola e a malária. A luta contra esse grupo de moléstias assumiu características de verdadeira campanha militar, em que o Estado procurava quebrar a cadeia de transmissão, ora atacando o seu agente causal por meio de instrumentos como a vacina, ora buscando a destruição do seu vetor, reduzindo ou eliminando, por completo, sua presença no ambiente (Benchimol, 2001).

Tendo como objetivo a eliminação de uma enfermidade específica, as campanhas eram organizadas segundo rígidos padrões que seguiam moldes militares. Nelas estavam presentes, além da ideia de um inimigo a ser combatido, uma estrutura hierarquizada que procurava dar conta de suas tarefas em um território previamente delimitado, que na linguagem militar seria qualificado como teatro de operações. As brigadas sanitárias esquadrinhavam o cenário de guerra, estendendo suas ações a todos os recantos do território a ser conquistado. Terminada a fase de ataque (termo empregado pelos sanitaristas da época), a área permanecia por algum tempo sob vigilância e o grosso do pessoal era desmobilizado ou transferido para outras frentes de batalha (Benchimol, 2001).

Essa modalidade de intervenção no quadro sanitário e epidemiológico de determinada região marcou profundamente a trajetória da saúde pública nacional, ficando conhecida como *modelo campanhista*.

O campanhismo como modelo

O campanhismo trazia consigo a ideia de que a mobilização dirigida para finalidades específicas poderia obter vitórias expressivas contra as doenças que fossem foco de sua atenção. A concentração de recursos, aliada aos conhecimentos técnicos e científicos, era entendida como capaz de promover, ao fim de determinado período de tempo, a erradicação ou o controle definitivo da doença a ser atacada. Acalentados pela perspectiva de obter uma vitória sem precedentes, cientistas, governos e organismos internacionais, muitas vezes associados a grandes empresários, iniciaram esforços para alcançar esses ambicionados objetivos.

Nesta perspectiva, o potencial de mobilização e o bom resultado alcançado por campanhas como as promovidas por Oswaldo Cruz, no Brasil, e por Gorgas, em Cuba, fizeram com que a lógica que as informava servisse de modelo para a organização de estruturas e programas que tinham como objetivo o controle, e até mesmo a eliminação, de doenças específicas – capazes de comprometer o desenvolvimento econômico –, caracterizadas, em geral, como endêmicas e transmissíveis.

Seguindo essa linha de raciocínio, instituições como a Fundação Rockfeller, criada em 1913, começam a perseguir a erradicação de doenças com o intuito de produzir um efeito demonstração, que não deixasse dúvidas quanto ao caminho a ser trilhado. Baseada nessas premissas, a Fundação Rockfeller desfechou,

Guarda antilarvário lança verde-paris num foco na várzea nas proximidades de Aracati (CE), 1940

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

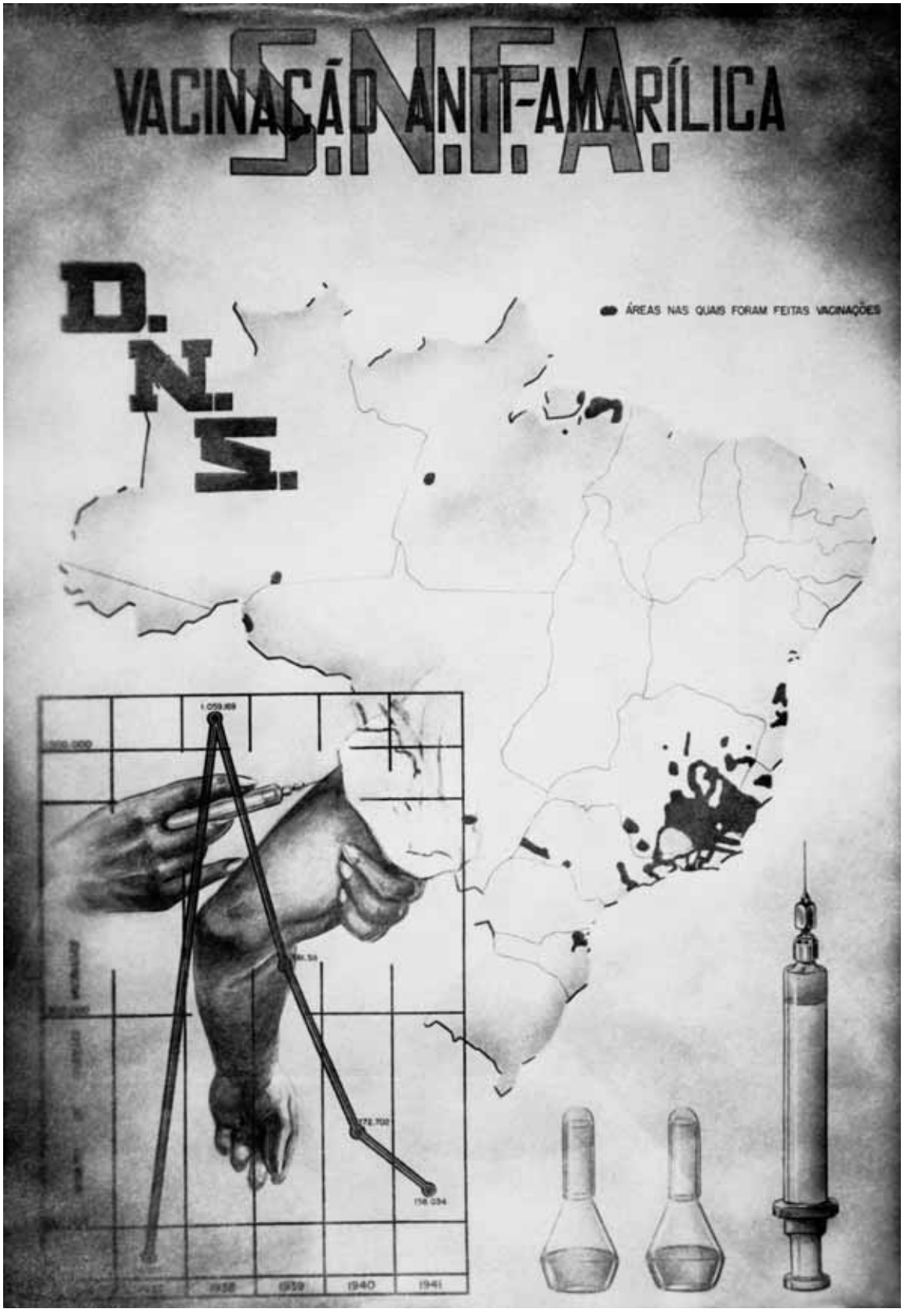
Expurgo domiciliar com compressor *DeVilbis*, uma das operações do Serviço de Malária do Nordeste. Ceará, 1940

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

por exemplo, campanhas de combate à febre amarela e à malária em diversos países, contribuindo significativamente para a expansão da estratégia campanhista (Benchimol, 2001).

Vários acordos internacionais foram firmados e diversas instituições criadas ao longo do século XX obedecendo à lógica campanhista. No Brasil, entre as instituições surgidas nesse contexto, podemos citar: o Serviço de Malária do Nordeste, instituído em 1939 e posteriormente transformado em Serviço Nacional de Malária (1941); o Serviço Nacional de Febre Amarela, de 1940; o Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942, como parte do esforço de guerra dos aliados e mais tarde transformado na Fundação SESP; a Campanha de Erradicação da Varíola, instituída no Brasil em 1966 como parte de um programa mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na década de 1960, e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), criada em 1969.

Posto em prática no início do século XX, o modelo de intervenção campanhista vem sendo adotado no combate a diversas doenças e encontra-se presente, por exemplo, na estratégia do dia nacional de vacinação contra a poliomielite, em que alcançou plenamente seus objetivos, eliminando esta enfermidade do território nacional.



Sangria realizada na Fazenda Pedra Negra, uma das atividades de campo empreendidas pela Rockefeller no combate à febre amarela. O sangue retirado era levado ao laboratório para análise do soro e averiguação de imunidade à doença. Varginha (MG), 1937
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Cartaz de Exposição sobre o Serviço Nacional de Febre Amarela realizada durante a IX Conferência Sanitária Pan-americana. Rio de Janeiro, [1943]
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Notas

[1] Esta é uma versão modificada do texto publicado originalmente em: Programa Integrado de Doença de Chagas da Fiocruz. Portal Doença de Chagas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007. Disponível em http://www.fiocruz.br/chagas/cgiwq.exe/sys/start.htm?sid=57

[2] Carlos Chagas também descreveu o protozoário que causa a doença (*Trypanosoma cruzi*) e sua transmissão por um inseto hematófago conhecido popularmente como barbeiro, abundante nas paredes de barro das casas de pau a pique típicas das populações pobres nas áreas rurais. A "tripla descoberta" foi enaltecida na época como um "grande feito" da ciência nacional. Sobre a descoberta da doença de Chagas, ver: Benchimol e Teixeira (1993), Kropf (2009), Kropf & Sá (2009). Sobre Carlos Chagas, ver Chagas Filho (1993) e Kropf e Lacerda (2009). Sobre o movimento sanitarista, ver: Castro-Santos (1985), Labra (1985), Lima & Hochman (1996), Hochman (1998) e Lima (1999).

[3] Em fevereiro de 1917, com a morte de Oswaldo Cruz, Chagas assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz, cargo que ocupou até o seu falecimento, em novembro de 1934. Em 1919 foi nomeado para a Diretoria-Geral de Saúde Pública, que, após longa discussão no Congresso Nacional e em conformidade com os preceitos do movimento sanitarista, transformou-se, em janeiro de 1920, em Departamento Nacional de Saúde Pública. Chagas foi seu diretor até 1926.

[4] Gorgas, médico militar americano que promoveu, fundamentado nas ideias de Carlos Finlay, o combate ao mosquito como vetor da febre amarela, entre os anos de 1902 e 1903, em Cuba (Medina, 1988).

[5] Carlos Finlay (1833-1915), médico cubano, formulou, na última década do século XIX, a hipótese de que o mosquito era o agente de transmissão da febre amarela.

Referências bibliográficas

O sanitarismo e os projetos de nação

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*: as bases da política de saúde pública no Brasil. 1. ed. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 1998. v. 1.

LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Revan; Iuperj, 1998.

_____ e HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo V. (Org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB, 1996.

PENNA, B & NEIVA, A. Viajem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauhí e de norte a sul de Goiaz. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 8, n. 3, p. 74-224, 1916.

PEREIRA, M. 1922 'O Brasil é ainda um imenso hospital – discurso pronunciado pelo prof. Miguel Pereira por ocasião do regresso do prof. Aloysio de Castro, da República Argentina, em outubro de 1916'. *Revista de Medicina*, órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz/ Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, v. 7, n. 21, p. 3-7.Links

PONTE, Carlos Fidelis. *Médicos, psicanalistas e loucos*: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

REIS, José Roberto Franco. *Higiene mental e eugenia*: o projeto de "regeneração nacional" da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30). Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. Da raça à doença em Casa Grande & Senzala. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 231-243, 1997.

A doença de Chagas e o movimento sanitarista da década de 1910

BENCHIMOL, Jaime L. & TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Cobras, lagartos e outros bichos*: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1993.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

CHAGAS FILHO, Carlos. *Meu pai*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1993.

CHAGAS, Carlos. Agradecimento ao banquete oferecido por um grupo de colegas, amigos e admiradores, quando de seu regresso da Argentina, onde representou o Brasil no congresso médico, realizado em setembro de 1916, em Buenos Aires. In: CHAGAS, C. *Discursos e conferências*. Rio de Janeiro: A Noite, 1935.

_____. Nova entidade mórbida do homem. *Brazil-Medico*, v. 24, n. 43, 44, 45, p. 423-428, 433-437, 443-447, 1910.

_____. Discurso pronunciado pelo Dr. Carlos Chagas, orador oficial, na sessão solene do VII Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia realizado em Belo Horizonte em 21 de abril de 1912. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1912.

_____. Trypanosomiase americana. Synonimia: doença do barbeiro. *Revista do Brasil*, v. 3, n. 8, p. 362-386, 1918.

CUNHA, Euclides da. *Os sertões*. Introdução Walnice Nogueira Galvão. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

DULCI, Otávio S. *Política e recuperação econômica em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 1998.

JORNAL DO COMMERCIO. A manifestação dos acadêmicos ao professor Aloysio de Castro. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 11 out. 1916a, p. 4.

JORNAL DO COMMERCIO. Banquete ao dr. Carlos Chagas. *Jornal do Commercio*, 22 out. 1916b, p. 3.

KROPF, Simone Petraglia. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 16, suplemento, p. 205-227, 2009a.

_____. *Doença de Chagas, doença do Brasil*: ciência, saúde e nação (1909-1962). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009b.

_____ & LACERDA, Aline Lopes. *Carlos Chagas, um cientista do Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

_____ & SÁ, Magali Romero. The discovery of *Trypanosoma Cruzi* and Chagas disease (1908-1909): tropical medicine in Brazil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 16, suplemento 1, p. 13-34, 2009.

LABRA, Maria Eliana. *O movimento sanitarista nos anos 20*: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1985.

LIMA, Nísia T. & HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo V. (Orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; CCBB, 1996.

LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil*: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro: Revan; Iuperj, 1999.

_____. Uma brasiliana médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Júlio Paternostro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 16, suplemento 1, p. 229-248, jul. 2009.

LOBATO, Monteiro. *Mr. Slang e o Brasil e Problema vital*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1956 [1918].

NEIVA, Arthur & PENNA, Belisário. Viajem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauhí e de norte a sul de Goiaz. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 8, n. 3, p. 74-224, 1916.

PENNA, Belisário. *Minas e Rio Grande do Sul*: estado da doença e estado da saúde. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1918a.

_____. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Tip. Revista dos Tribunais, 1918b.

PROGRAMA integrado de doença de Chagas da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007. Disponível em: <www.fiocruz.br/chagas>. Acesso em: 21 mar. 2010.

SÁ, Dominichi M. de. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o 'imenso hospital'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 16, suplemento 1, p. 333-348, 2009a.

_____. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 16, suplemento 1, p. 183-203, 2009b.

STEPAN, Nancy Leys. Appereances and disappereances. *Picturing Tropical Nature*. London: Reaktion Books, 2001, p. 180-207.

A Liga Pró-Saneamento do Brasil e a criação do Ministério da Educação e Saúde

HAMILTON, Wanda Susana. Debate sobre a criação do Ministério da Saúde. III Seminário Interno do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1993 (mimeo).

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*: as bases da política de saúde pública no Brasil. 1. ed. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 1998.

LIMA, Nísia T. e HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo V. (Org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB, 1996.

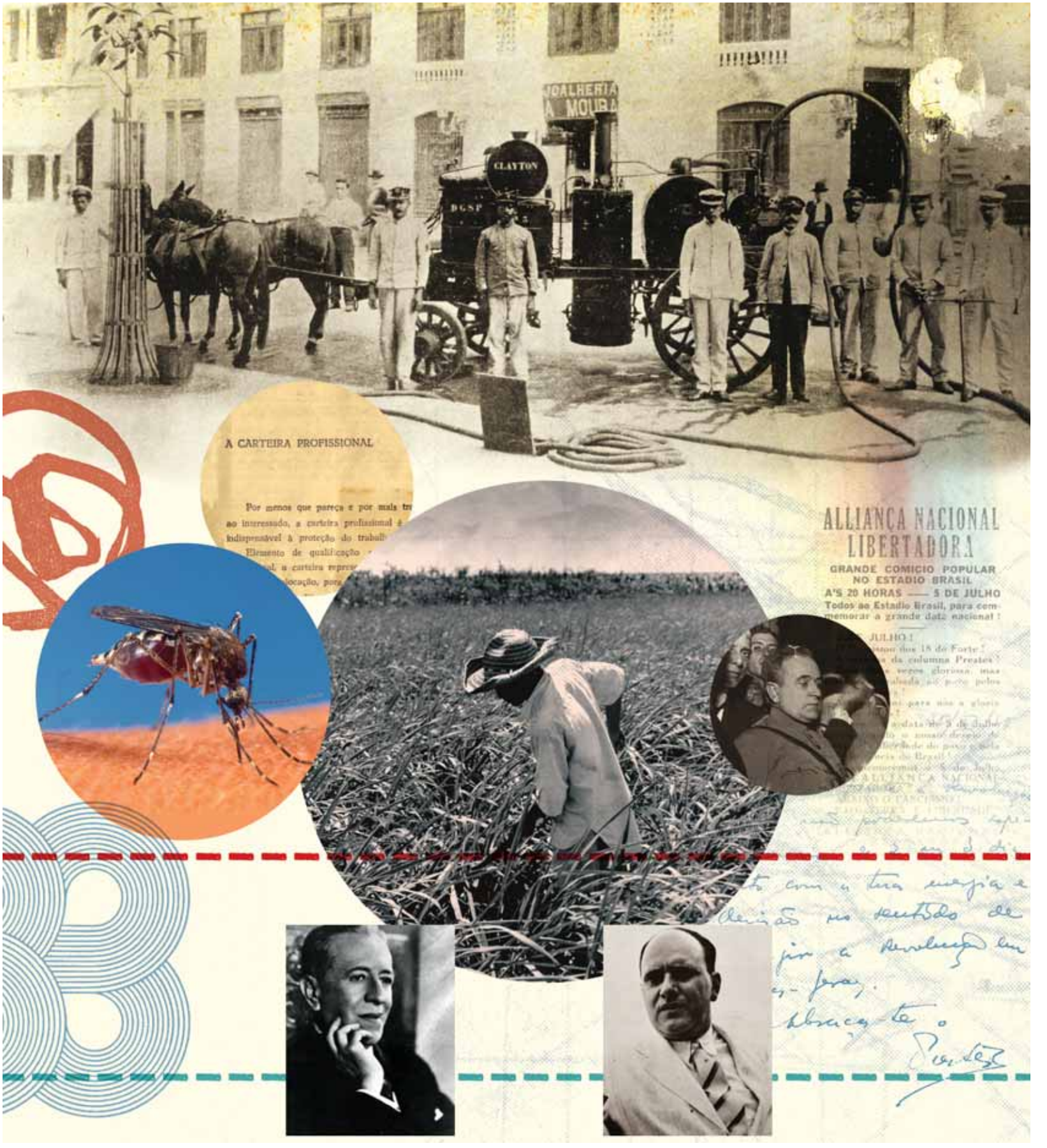
Tempos de guerra: o campanhismo entra em cena

BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). *Febre amarela*: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Bio-Manguinho; Ed. Fiocruz, 2001.

4

Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?

CARLOS FIDELIS PONTE
JOSÉ ROBERTO FRANCO REIS
CRISTINA M. O. FONSECA


CLAYTON
A CARTEIRA PROFISSIONAL
ALLIANÇA NACIONAL
LIBERTADORA
GRANDE COMICIO POPULAR
NO ESTADIO BRASIL
A'S 20 HORAS — 5 DE JULHO
Todos ao Estadio Brasil, para com-
memorar a grande data nacional !

ENTRE A SAÚDE PÚBLICA E A MEDICINA PREVIDENCIÁRIA

Carlos Fidelis Ponte

No Brasil, os cuidados estatais com a saúde pública foram intensificados no início do século XX, quando, em razão dos problemas acarretados à economia cafeeira, o Estado chama a si a responsabilidade pelo combate aos males que travavam o desenvolvimento do setor agroexportador. De acordo com essa lógica, o foco de atenção inicial do Estado foi o ataque às doenças transmissíveis, sobretudo aquelas de manifestação epidêmica, capazes de ceifar um grande número de vidas e comprometer a ordem econômica. Foram elas – e não as doenças crônico-degenerativas – que primeiro fizeram com que a máquina estatal se modificasse no sentido de incorporar novas atribuições e oferecer novos serviços às populações sob sua jurisdição (Hochman, 1998).

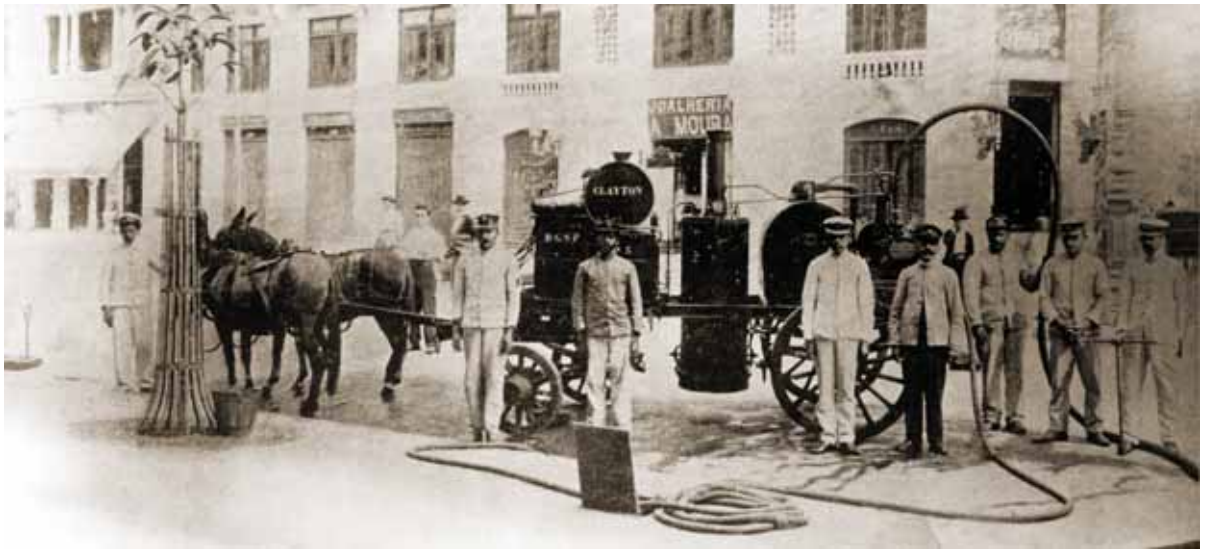
A área da saúde pública constituiu-se como uma das responsabilidades do Estado a partir do combate às doenças infecto-contagiosas. Estudos recentes têm revelado que os embates contra as doenças transmissíveis, mais do que simples áreas de atuação do poder público, estão estreitamente vinculados

Pavilhões do Hospital São Sebastião no Rio de Janeiro, para onde eram removidas as vítimas das doenças infecciosas, sobretudo os pobres que não tinham condições de serem isolados em suas residências

TORRES, Teophilo. *La campagne sanitaire au Brésil*. Paris: Société Generale d'Impression, 1913

Hospital Oswaldo Cruz (atual Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas), no Instituto de Manguinhos. Inaugurado em 1918, tornou-se um dos principais centros de referência do país no estudo e tratamento da doença de Chagas e de outras doenças endêmicas como leishmaniose, febre amarela e malária

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Turma do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela preparando-se para fumigação com o gás *Clyton*, usado no combate ao *Aedes aegypt* em sua forma alada. Juntamente com a varíola e a peste bubônica, a febre amarela era uma das principais ameaças à saúde da população brasileira no início do século XX. Rio de Janeiro, entre 1903 e 1906

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Aedes aegypt, mosquito transmissor da dengue e da febre amarela

Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

aos processos de formação da nacionalidade e de construção do Estado nacional. Isto porque, além de historicamente concebidas como parte integrante do funcionamento dos sistemas econômicos, as políticas sociais, nas quais se incluem as questões relativas à saúde pública, contribuíram para delinear as atribuições, o alcance e o formato do aparelho estatal, configurando-se como elemento importante da formação da identidade e do sentimento de pertencimento que caracterizam a ideia de nacionalidade (Hochman, 1998).

Segundo essa concepção, a ameaça comum representada por determinadas doenças, e a necessidade de empenho coletivo para combatê-las, possibilitaram a expansão dos elos de interdependência social e acabaram por se firmar, ao lado de outros fatores igualmente influentes, como elementos essenciais na conformação do Estado-nação (idem).

"Um terrível flagello que assola os sertões centraes do Brasil"
A Imprensa, 6 ago. 1911
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

"A 'doença Carlos Chagas'"
Correio da Manhã, 11 ago. 1911
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

m terrivel flagello que assola os sertões centraes do Brasil

Minas, Bahia, Goyaz, Mato-Grosso e parte de São Paulo presas do horrivel morbus

Entrevista com o dr. Carlos Chagas, o sabio descobridor do temivel microbio

CORREIO DA MANHÃ — Sexta-feira, 11 de Agosto de 1911

A "doença Carlos Chagas"

A sessão de hontem no hospital da Misericordia

Símbolo de um "Brasil doente", a doença de Chagas foi utilizada para ilustrar a "calamidade sanitária" do interior do país. O combate a essa e outras endemias tornou-se um dos principais elementos de construção do Estado nacional no Brasil"
Como se formam as novas gerações em localidades do interior"
A Noite, 24 out. 1916
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Como se formam as novas gerações em localidades do interior

O Dr. Carlos Chagas concede-nos importante entrevista

Doentes hospitalisados pelo Dr. Carlos Chagas — Diversas formas clinicas da thyroidite parasitaria — 1, 2 e 3 — Casos de infantilismo; creaturas com 26, 18 e 14 annos, respectivamente! 4 — Um rapazola de 16 annos atacado da molestia do "barbeiro". No grupo encontram-se paraliticos, idiotas, infantis e dous cegos, devido á acção do parasita sobre os olhos. Destes doentes sete falleceram no anno em que foi tirada esta photographia. — Ao lado, o Dr. Carlos Chagas.

Outra opinião assás autorisada — a do Dr. Carlos Chagas — nome que constitue uma gloria scientifica nacional, vamos hoje sobre o momentoso assumpto das condições sanitarias do interior do paiz. Na palestra que nos concedeu aquelle scientista, fica em contacto relevo todo quanto se ha discutido nestes ultimos dias, através a "enquête" que desenrolamos a respeito.

Disse-nos S. S.:

— Apreciando a funda impressão occasionada pelo discurso do prof. Miguel Pereira, relativo ás condições sanitarias dos nossos campos, temos as melhores esperanças de ver iniciada bem depressa a mais urgente campanha em beneficio do nosso progresso. Felizmente o appello patriotico vem agora de quem possue autoridade de mestre e de quem colhe na evidencia de factos contestaveis formular o maior dos nossos problemas medico-sanitarios.

Devemos, nesse assumpto, collocar á margem quaesquer divergencias que possam apenas traduzir a apreciação de aspectos regionaes e considerar a evidencia do mal na sua generalidade aterradora. Até aqui, talvez pela ausencia de orientação bem fundamentada, pouco ou mesmo nada temos emprehendido deste aspecto da vida nacional. Agora, porém, quando focalisada o problema em seus verdadeiros termos, cumpre aos responsaveis pelos nossos destinos delle syndicar-nos e objectivar de reconhecer-lhe a realidade, si acaso duvidas possam existir, e agir com todas as energias, através dos maiores sacrificios. Não póde ser um ingenuo devaneio profissional que seria incompativel com a relevancia do assumpto.

Possuimos noções epidemiologicas irrecusaveis de extensas zonas do interior do Brasil e nellas apreciamos o maior dos obstaculos ao successo das mais sabias orientações economicas. Nesse é esse apenas um problema de trabalho? é, ao envez disso, uma exigencia imperiosa de civilização, creada pelas mais circumstancias diversas da humanidade e pela sciencia que nos deve merecer o futuro de nossa raça.

Poderemos, allegando difficuldades trabalhosas constitucionaes ou financeiras, desviar-nos deste de milhares de compatriotas que nos campos experimentam os prejuizos da molestia evitavel?

Cabemos actualmente de aperfeiçoar a agricultura, de desenvolver a pecuaria, de salvar zonas productoras da lavoura, ameaçadas pela emmaranhada do deserto. Temos em mente e em execução esses magnificos projectos e outros vamos formulando, com o alto objectivo de promover o engrandecimento economico do paiz. Entretanto, nas necessidades do problema essencial de nossas mattas, de nossos campos e dos valles de nossos rios, daquelle cuja solução deverá constituir o fundamento de qualquer programma de trabalho. Não nos lembramos, muita vez, de que em muitas regiões do Brasil a actividade individual é obstada pelas doenças chronicas que, analysando o organismo humano, não reduzem ao minimo o coefficiente de producção e impedem quaesquer objectivos de aperfeiçoamento.

Para evidenciar, numa triste exemplo, a importancia deste problema, basta referir um dos aspectos da trypanosomiase brasileira ou molestia do "barbeiro". Entre as formas chronicas desta doença, uma das de maior curiosidade pathogenica é a que se caracterisa em perturbações cardiacas. Nas zonas infestadas pelo inseto transmissor e onde a doença é endemica, não encontramos uma unica individuo em que possamos verificar normalidade de funcções para o lado do coração. Não importa ahi a edade: creanças, adultos e velhos, todos soffrem da invasão e mostram este orgão em condições de insufficiencia accentuada, o que importa num obstaculo decisivo á actividade aproveitavel. A lethalidade por este factor é elevadissima, sendo muito commum a occurrencia de mortes subitas, em individuos moços, ás vezes com apparencia de saude favoravel. Só as pesquizas semiologicas podem, deste aspecto da doença, proporcionar noção exacta, e vós nos limitassemos a apreciar apenas a apparencia do individuo, poderiamos acreditar-lhe agil, capaz de trabalhar e produzir, sem nada reconhecer a latencia de um mal que muito depressa, quasi sempre por um pequeno augmento de esforço que excede os limites traçados pela asthenia individual, se exhibe em crises asystolicas ou determina a morte subita. Lembrando esta condição pathogenica da trypanosomiase, que não é, aliás, a de maior importancia social, desejamos principalmente tornar clara a possibilidade de uma apreciação defeituosa relativa ao vigor physico dos individuos nos campos.

Uma observação recente, e que demonstra de modo muito evidente o abandono medico-sanitario das populações rurais, queremos aqui referir, pela sua curiosidade:

Regra geral, nas populações proximas do interior do Brasil, enquanto desligados dos centros populosos pela ausencia de estradas de ferro, a syphilis é uma doença bastante rara, quando não desconhecida. A' medida, porém, que as serrilhas são atravessadas pelas linhas ferreas, a infecção lucifica vae sendo levada para zonas ainda indemnes até então e, bem depressa, as endemias reclamam vem assim adicionar-se essa outra causa de degeneração humana.

E' sabido o que acontece nos trabalhos de construcção das estradas de ferro. No interior do Brasil: na ponta dos trilhos, logar mais arejado onde se localisam os operarios, constituem-se muitas vezes pequenos povoados, pela affluencia dos habitantes das regiões visinhas. Nestes povoados teremos opportunidade de verificar a syphilis, entre os regionaes, sob aspecto de intensas epidemias o que constitue nessa doença verdadeira curiosidade. Antes da penetração da estrada de ferro o "morbus gallicus" era desconhecido na zona, para onde o conductor da civilisação, aggravando desse modo condições sanitarias locaes das mais precarias.

A ausencia de centralisação dos serviços de hygiene, muita bem a necessidade e mesmo opportunidade de serem Saude Publica, constitue obstaculo á uma acção intelligente de conjuncto, capaz de resolver o grande problema de prophylaxia rural. E' curioso, nesse ponto, referir o que se verifica na Argentina, onde os assumptos sanitarios, pelas suas relações immediatas com o aperfeiçoamento da raça e com a prosperidade do trabalho, merecem o maior zelo. Ali tambem, quanto entre nós, as provincias gosam completa autonomia em assumptos de hygiene e saude publica. Apesar disso, reconhecida a necessidade da assistencia medica nos campos, nas quaes regiões onde existiam endemias que difficultavam o trabalho agricola e inferiorisavam o homem, o Congresso Nacional, graças á iniciativa altamente prestigiosa de D. Cabred, votou uma lei especial, autorisando a creação de hospitaes regionaes. Desse modo ficou isolada a difficuldade, que não deveria obstar medidas de alta importancia nacional. Dever-se-á proceder de modo identico entre nós? Não sabemos, e nem queremos indicar os aconselhar medidas, que para tanto nos falta autoridade.

Apenas accentuamos o mal, cuja a comprovação de quem o reconheceu de perto, em demorados pesquizas, e inutilisou, com escrupuloso criterio de cumprir seu dever de medico e de brasileiro, a urgencia de medidas salvadoras.

"Recursos: Previdência X Saúde"
Súmula, nº 46, jun. 1993, p. 5
Desenho: Carlos Xavier (Caco)
Acervo Programa Radis, Ensp/ Fiocruz

Assim, as doenças transmissíveis assumiram, de início, posição de relevo na agenda de discussão do Estado, enquanto as doenças crônico-degenerativas ficaram em segundo plano e não mereceram, com raras exceções, maiores cuidados por parte das instituições governamentais. Entretanto, cabe ressaltar que, embora não tenha a princípio atraído a atenção do Estado, esse grupo de doenças foi incorporado, a partir da segunda década do século XX, às reivindicações dos trabalhadores em prol da instituição de mecanismos de seguridade social, como aposentadorias e pensões. A incorporação da atenção à saúde na agenda de negociações entre empregados e empregadores gerou arranjos que paulatinamente se configuraram como uma nova vertente da assistência médica no Brasil, desta vez associada ao complexo previdenciário que começava a se constituir.

Nessa perspectiva, o que veremos frutificar ao longo de boa parte do século XX é uma crescente separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado propiciado pela medicina previdenciária. A primeira seria financiada pelos recursos do Tesouro Nacional e a segunda, durante longo período, pela contribuição de empregados, patrões e consumidores. Estes últimos, cabe ressaltar, participavam da formação dos fundos de seguridade social de maneira indireta e sem direito aos benefícios do sistema, uma vez que as empresas repassavam (e ainda repassam) para os

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, c. 1895. As irmandades religiosas cumpriram importante papel na assistência médica à população brasileira nas primeiras décadas do século XX
Foto: Marc Ferrez
Acervo Instituto Moreira Salles

custos finais de seus produtos e serviços grande parte dos encargos que lhes cabiam enquanto parte constituinte do empreendimento previdenciário.

Resultantes de uma concepção que somente reconhecia como pertencentes à esfera pública os problemas individuais que ameaçassem o restante da população ou a ordem econômica e social vigente, essas duas vertentes de desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde – a saúde pública e a medicina previdenciária – vão trilhar caminhos bastante diferentes até serem criadas as bases que atualmente conformam o Sistema Único de Saúde em nosso país (Hamilton, 1993-mimeo).

No que concerne ao atendimento individual *stricto sensu*, verifica-se que durante longo tempo a assistência médica ficou sob responsabilidade da iniciativa privada, fosse ela de cunho religioso e filantrópico, ou proporcionada pelas sociedades de auxílio mútuo, muitas vezes também ligadas às irmandades, ou, ainda, pela compra direta dos serviços ofertados pelos diversos profissionais presentes no mercado da cura.

Somente a partir de 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, vemos proliferar as Caixas de Aposentadoria e Pensões. Vinculadas a grandes empresas, destinavam-se a fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e seus dependentes, em troca de contribuições mensais efetuadas pelos empregados e empregadores. Tais fundos eram geridos formalmente por um colegiado composto por patrões e empregados, sendo que a participação dos empregados na gestão dos recursos arrecadados de modo compulsório era mínima, correspondendo, na maioria das vezes, ao desequilíbrio de poder que marcava as posições das classes ali envolvidas (Hamilton, 1993- mimeo).

Inicialmente restritas ao âmbito das empresas, as Caixas, como veremos com mais detalhes a seguir, transformadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensões, ampliaram seu raio de ação, organizando-se

"O Brasil desigual"
Súmula, n. 36, nov. 1990, p.1
Desenho: Carlos Xavier (Caco)
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

em torno de categorias profissionais, e passaram a ter uma abrangência bem maior até serem unificadas com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966 (Batich, 2004).

O caráter fragmentário e corporativo da previdência social, ao vincular a prestação de serviços médicos e assistenciais à contribuição trabalhista regulamentada, excluía boa parte da população brasileira dos benefícios do sistema. Além disso, a oferta da rede previdenciária de assistência médica e social não se estendia a grande parte das zonas rurais do país, uma vez que essas áreas eram fortemente marcadas por relações trabalhistas bastante precárias do ponto de vista legal (Hamilton & Fonseca, 2003).

"Leitos existem, o problema é o lucro"

Súmula, n. 33, fev. 1990, p. 5
Desenho: Carlos Xavier (Caco)
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Saúde pública e medicina previdenciária: trajetórias distintas

Cessados os grandes embates que marcaram a atuação de sanitaristas como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Belisário Penna, e afastados os perigos mais visíveis, a área de saúde pública concentrou cada vez mais suas ações em regiões periféricas ou distantes dos grandes centros urbanos, e apesar de permanecer como área de interesse do governo federal, viu reduzida sua presença no noticiário, bem como seu poder de pressão política sobre a estrutura estatal. Por outro lado, na década de 1930, a base tributária do Estado brasileiro ainda era pequena para suportar a necessária ampliação de suas atribuições e de seu alcance em termos geográficos e populacionais.

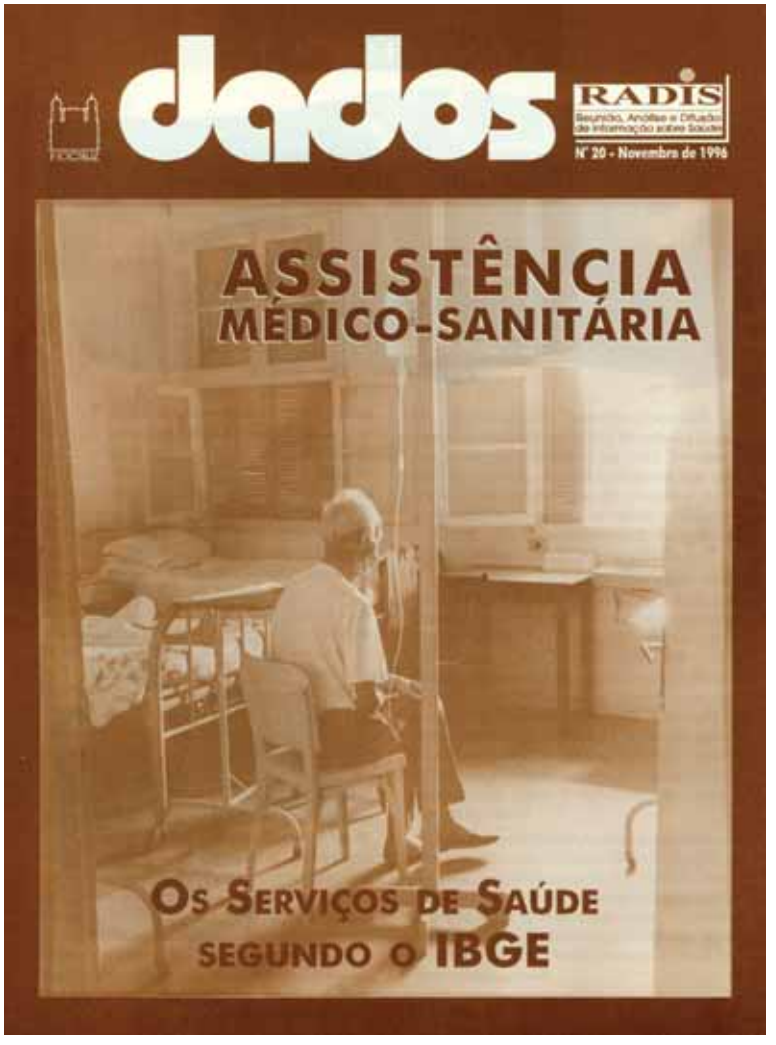
Enquanto isso, o sistema previdenciário, fortemente apoiado pelas forças vitoriosas nos conflitos que derrubaram a República Velha, apresentava-se como autofinanciável, crescendo sua disponibilidade financeira em proporção direta com o aumento do emprego. Além disso, vale ressaltar que a atenção

médica previdenciária, diferentemente da saúde pública, agregava forças políticas consideráveis. Lá estavam presentes os interesses dos sindicatos, de partidos políticos, de empresários e de toda uma máquina burocrática constituída para gerir o grande volume de recursos da Previdência. Pautado por uma lógica corporativa, o debate sobre a promoção da saúde no país passou a ocorrer numa atmosfera em que as ações preventivas de caráter coletivo cedem lugar ao atendimento individualizado de cunho curativo (Hamilton, 1993-mimeo). Isto, no entanto, não significa, como veremos mais adiante, que a área da saúde pública deixou de merecer atenção ou de implementar suas propostas de trabalho.

Posteriormente, o avanço tecnológico experimentado pela medicina no pós-guerra aumentou a eficiência dos diagnósticos e das intervenções curativas. Esse aumento de eficiência, que, por sua vez, foi acompanhado da elevação dos custos do aparato necessário ao exercício da medicina, reduziu gradativamente a autonomia do médico como profissional liberal e fomentou, cada vez mais, a presença de grupos empresariais no campo da saúde. Desse modo, o consultório cedeu lugar ao hospital, elevado à categoria de centro do sistema. A medicina previdenciária caracterizava-se, assim, como essencialmente hospitalar, curativa e empresarial (Hamilton & Fonseca, 2003).

Paralelamente, a celebração de convênios entre a Previdência e a iniciativa privada conferiu forte impulso ao setor médico empresarial, ao mesmo tempo em que se verificou uma drástica redução dos investimentos estatais na rede pública, tornada, cada vez mais, ineficiente e distante dos serviços relacionados à assistência médica individualizada. A rede pública ficou responsável, quase que exclusivamente, pelo atendimento emergencial e pelos procedimentos de alto custo que não interessavam, a princípio, ao setor privado da medicina (Ponte, 2003).

Dados, n. 20, nov. 1996
Acervo Programa Radis/ Fiocruz



VARGAS E A PREVIDÊNCIA: ENTRE A DÁDIVA E O DIREITO

José Roberto Franco Reis

A carta ao lado, escrita em setembro de 1940 pelo marítimo Rogério da Silva Miranda Júnior, e dirigida ao presidente Getúlio Vargas, manifesta uma dura crítica à administração do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), que, segundo o autor, nada conhecia da dura labuta dos marinheiros, nem era capaz de compreender os motivos da criação, por Vargas, do IAPM, essa "casa dos velhos marinheiros". Só isso explicaria a atitude da direção do instituto de não autorizar a sua internação. Como os velhos marinheiros são "incondicionalmente" amigos de Vargas e "sentinelas avançadas" do Estado Novo, Rogério da Silva espera que o presidente, ao tomar ciência do que se passa no IAPM, adote providências que revertam a sua situação. Embora a carta permita inúmeras interpretações – inclusive a que revela a precariedade da assistência médica dos institutos –, ela trata de um assunto central nas centenas de correspondências enviadas a Vargas entre 1930 e 1945 que se encontram no Arquivo Nacional: o sistema de previdência instituído no país a partir dos anos 30. Implantado ainda na República Velha, o sistema teve inegavelmente um novo impulso durante o primeiro governo Vargas, quando se observa um processo de rompimento com o padrão básico de organização das antigas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), e são criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) a partir de categorias profissionais de âmbito nacional.

Com efeito, em virtude do decisivo leque de funções que os institutos e caixas desempenhavam na vida das pessoas (moradia, saúde, sobrevivência financeira por aposentadoria ou pensão, indenizações, pecúlios diversos etc.) – ainda que na prática pudessem apresentar resultados limitados –, eles eram vistos como absolutamente importantes, vitais mesmo para os indivíduos, levando-

"Penso que o Snr. Presidente do Instituto dos Marítimos deve ser um senhor que jamais teve contato com os homens do mar, que não conhece de perto os encanecidos serviços dos homens do mar, desconhece certamente a somma enorme de sofrimentos e sacrifícios que escondemos com cara alegre, arrastando-nos a bordo, na Machina, nas Caldeiras, nos Porões dos Navios e nos Passadiços, no ultimo quartel de vida, sem Domingo nem dia Santo, nem noite nem dia, com bom ou mau tempo (...) Elle não sabe que a fome já bateu a porta de muitos marítimos, cujas lagrimas V. Excia como Patrono e benfeitor e Amigo dos homens do mar, num regimen de Governo honesto, Moral e dedicado as classes trabalhistas, criou esta suntuoza instituição para enxugar muitas lagrimas e amparar muitas necessidade e matar muita fome as escondidas que é a mais negra. Não... basta.

Exmo. Snro. Presidente, é urgente uma reorganização dos destinos dessa 'Casa dos Velhos Marinheiros' já e já antes que seja tarde demais, é precizo ter uma cabeça pensante e capaz de dirigir os destinos dessa grandioza obra por V. Excia creada para o amparo dos velhos marinheiros que incondicionalmente são vosso amigo reconhecido e um sentinela avançado do Estado Novo. Certo de V. Excia tomar em consideração minha exposição, espero que em poucos dias receberei ordens dos dirigentes do Instituto, para que seja autorizada a minha operação."

Arquivo Nacional. GCPR, Ministérios – Trabalho, processo 22.089, lata 278, 1940

Getúlio Vargas e correligionários no Palácio do Catete após a derrubada do governo de Washington Luís. Rio de Janeiro, 31 out. 1930
Acervo CPDOC/FGV

os a remeterem um grande número de cartas tratando de assuntos relacionados ao seu funcionamento. Tudo era motivo para reclamações: a restituição de contribuições, quando, pela legislação, não podiam ser contemplados com pensões e aposentadorias; a cobrança do financiamento ou construção da casa própria, "o lar-santuário sagrado", como ressalta um missivista; a agilização do pagamento de aposentadorias e pensões, e a ampliação do atendimento médico; ou mesmo a denúncia de casos de má administração ou de malversação de verbas.

Desenho da sede do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários, no Rio de Janeiro
Acervo CPDOC/FGV

Segundo boa parte dos estudiosos do tema, essas instituições foram criadas de acordo com a lógica corporativista de relações de trabalho estabelecida pelo regime Vargas, que estimulava cada sindicato a entrar em contato direto com o Ministério do Trabalho para reivindicar um sistema de proteção previdenciária mais completo. Assim, "cada grupo recebia sua própria CAP ou IAP, e também sua lei específica", daí resultando uma "coleção espantosa de leis e normas operacionais e uma variedade de modelos diferentes de proteção e financiamento" (Malloy, 1986, p. 76). Embora haja um importante debate sobre o caráter inovador ou não das políticas previdenciárias do período pós-30, o fato é que foi entre os anos de 1930 e 1938, como aponta Malloy, que as linhas gerais do sistema de previdência foram definidas e implementadas, tornando-se "parte integrante de uma estratégia maior de política estatal iniciada pelo regime Vargas" (Malloy 1986, p. 86).

A administração dos IAPs seguia o modelo colegiado da lei de 1923, a chamada Lei Eloy Chaves – que estabelecia a criação de uma CAP para cada companhia ferroviária do país, e é apontada como marco introdutório do sistema de previdência para o setor privado –, porém "com o significativo acréscimo de representação direta do Estado" em cada um dos institutos. Com efeito, essas instituições seriam dirigidas por um funcionário executivo (presidente ou diretor), nomeado pelo presidente da República, com a assessoria de uma "espécie de colegiado, com representação igual de empregados

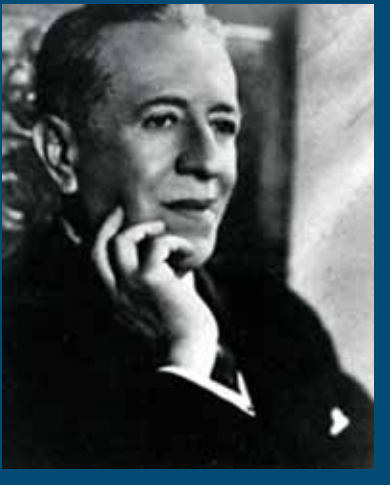
e empregadores da categoria, variando entre quatro e oito", ambos indicados pelos respectivos sindicatos. E acrescenta Malloy: "o mais importante é que os membros dos conselhos e juntas de trabalho eram sempre relacionados por representantes de sindicatos aprovados que se reuniam em assembleia convocada pelo Ministério do Trabalho", tornando o sistema de previdência social ligado ao sistema de sindicatos de trabalhadores (Malloy, 1986, p. 77). Os institutos também apresentavam inovações no que diz respeito ao financiamento. Adotavam um modelo tripartite, com contribuição dos trabalhadores, dos patrões e também da União, que de forma direta (e não indireta como no caso das CAPs) devia contribuir com um valor que não podia ser inferior ao dos demais contribuintes (Fleury, 2007). O resultado foi que, se nos "sete anos compreendidos entre 1923 e 1930 o número de associados ativos (do sistema de previdência) crescera mais de seis vezes, atingindo a marca de 140.000", de 1930 a 1945 este número aumentara quase vinte vezes, chegando ao final do período à cifra de 2.888.000 associados, de acordo com Oliveira e Teixeira (1986, p. 59).

Assim, embora depois de 1930 e até 1954 as CAPs continuassem existindo em grande quantidade, rompeu-se o seu padrão básico de organização, baseado em "um contrato entre patrão e empregado sem a participação financeira do Estado", com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) a partir de categorias profissionais de âmbito nacional, com forte mediação do poder estatal. Surgem, então, em 1933, o Instituto de Aposentadoria e Pensões

LEI ELOY CHAVES

A Lei Eloy Chaves, nome do deputado por São Paulo que a propôs, determinava que cada empresa ferroviária do país criasse um fundo de aposentadoria e pensão, uma CAP, sendo apontada como marco inaugural da previdência no país. Em 1926 essa determinação se estende a outras categorias, como marítimos e portuários.

Administrativamente autônomas, as CAPs apresentavam um caráter semipúblico, pois eram fiscalizadas pelo Conselho de Trabalho e posteriormente pelo Ministério do Trabalho. Deviam oferecer quatro benefícios básicos: aposentadoria, pensões, cuidados à saúde (serviços médicos e venda de remédios a preços baixos) e auxílio funeral. Formas anteriores de proteção patrocinadas pelo governo existiam, os chamados montepios, no entanto se restringiam aos funcionários públicos (civis e militares) e não exigiam contribuição do segurado, ao contrário das CAPS dirigidas ao setor privado (Malloy, 1986).



Eloy Chaves, autor da lei que deu origem ao sistema previdenciário brasileiro

Acervo Fundação Antônio-Antonieta Cintra Godinho
Disponível em http://www.faacg.org.br/pag_eloy.html

dos Marítimos (IAPM) e, em 1934, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB). Em 1936 é criado o Instituto dos Industriários (IAPI), e em 1938 são reorganizadas algumas caixas que dão origem ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores (IAPE) e ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Transportes e Cargas (IAPTEC). Ainda em 1938, englobando os funcionários públicos federais, estrutura-se o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), que, na verdade, resultava da fusão de várias instituições menores (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 69-72; Malloy, 1986).

De acordo com o minucioso trabalho de pesquisa desenvolvido por Oliveira e Teixeira (1986), apoiado na legislação previdenciária, a administração financeira dos institutos, baseada no regime de capitalização, seguia uma "orientação contencionista", ou seja, de restrição na concessão de benefícios e serviços como forma de reduzir as despesas das instituições de previdência. Entretanto, até 1935 (data em que foi sufocada a tentativa de insurreição comunista), tal orientação sofreu vivo questionamento de sindicatos e trabalhadores, com greves que às vezes continham reivindicações explicitamente relacionadas aos itens previdenciários – o que para os autores explica as idas e vindas nas medidas restritivas da legislação, "assim como sua heterogeneidade entre as diferentes instituições". Acompanhando a periodização tradicional sobre as formas de luta política dos trabalhadores, afirmam que, depois dessa data, 1935, a lógica contencionista, fundamentada cada vez mais em argumentos técnicos e atuariais, *o fetiche da técnica*, deixou de sofrer qualquer resistência por parte dos trabalhadores e encontrou o campo

Conjunto residencial do IAPI em Belo Horizonte, na década de 1940

Disponível em http://bhnostalgia.blogspot.com/2009/02/conjunto-iapi-o-conjunto-do-instituto.html

Primeira página da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com as assinaturas do presidente Getúlio Vargas e do ministro do Trabalho, Alexandre Marcondes Filho. Criada em 1943, a CLT ajudou a consolidar a popularidade de Vargas entre os trabalhadores urbanos no país

Acervo Arquivo Nacional

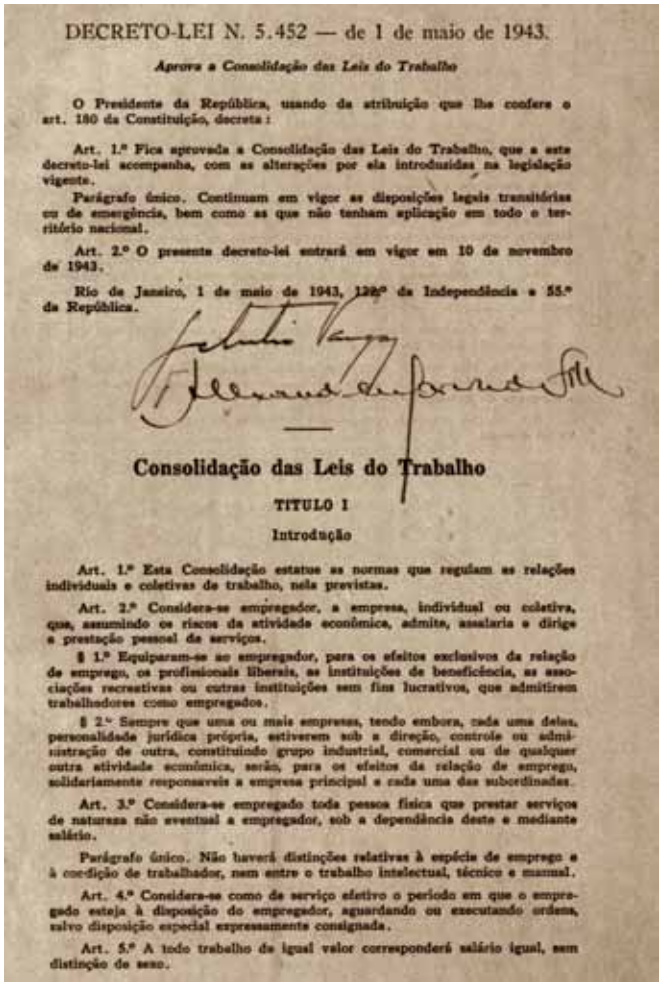
completamente livre para prosperar, pelo motivo muito simples de que estes tiveram suas vozes amordaçadas:

> (...) no clima ainda relativamente 'aberto' dos anos 30-35, desenvolvia-se um debate de caráter político sobre as questões previdenciárias (...). Às intenções do Estado de restringir as despesas contrapunham-se os segurados, em defesa de seus interesses. E desse choque resultavam as marchas e contramarchas do processo (...). Mas os anos 1935-37, momento de corte radical na forma das relações entre o primeiro governo de Vargas e as classes trabalhadoras, interferiram também nessa situação. (...) Desaparece, então, neste processo [de endurecimento político do regime] toda a possibilidade de continuação da resistência organizada dos segurados às medidas de natureza contencionista na Previdência Social que prosseguem, agora sem empecilhos (Oliveira e Teixeira, 1986).

No entanto, salientam os autores que, embora não fosse mais possível uma resistência aberta às políticas do regime depois de 1935, dadas as suas características ferrenhamente autoritárias, ainda era necessário justificar as medidas contencionistas, de restrição dos serviços e benefícios previdenciários, já que o governo Vargas precisava e desejava ampliar sua base política junto aos trabalhadores urbanos.

Desse modo, não resta dúvida de que houve reorientações e mudanças nas formas de estruturação da luta por direitos previdenciários, visto que o caminho da greve e do enfrentamento mais aberto deixou incontestavelmente de ser uma possibilidade inscrita no horizonte político brasileiro. Isto não quer dizer que essa tenha sido uma era de apatia e de pleno domínio e realização das intenções do Estado. Acreditamos que, diante das condições concretas impostas pela ditadura varguista, buscou-se o caminho possível de negociação, por meio do estreitamento das relações diretas e pessoalizadas com os agentes do Estado, notadamente com Getúlio Vargas, tendo em vista sua política de aproximação e cooptação dos trabalhadores visando à popularização da sua imagem (Reis, 2008).

Assim, mesmo sob o domínio da ditadura, era preciso lidar com a insatisfação evidente dos segurados diante do conhecimento notório de que o sistema acumulara altos recursos financeiros. Nesse caso, o "fetiche da técnica", de uma lógica de "seguro social" ancorada em princípios exclusivamente atuariais, "objetivos e indiscutíveis", tornou-se a justificativa dominante. Entretanto, os trabalhadores pro-



DECRETO-LEI N. 5.452 — de 1 de maio de 1943.

Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta:

Art. 1.º Fica aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho, que a este decreto-lei acompanha, com as alterações por ela introduzidas na legislação vigente.

Parágrafo único. Continuam em vigor as disposições legais transitórias ou de emergência, bem como as que não tenham aplicação em todo o território nacional.

Art. 2.º O presente decreto-lei entrará em vigor em 10 de novembro de 1943.

Rio de Janeiro, 1 de maio de 1943, 122.º da Independência e 55.º da República.

Consolidação das Leis do Trabalho

TITULO I

Introdução

Art. 1.º Esta Consolidação estatue as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho, nela previstas.

Art. 2.º Considera-se empregador, a empresa, individual ou coletiva, que, assumindo os riscos da atividade econômica, admite, assalaria e dirige a prestação pessoal de serviços.

§ 1.º Equiparam-se ao empregador, para os efeitos exclusivos da relação de emprego, os profissionais liberais, as instituições de beneficência, as associações recreativas ou outras instituições sem fins lucrativos, que admitirem trabalhadores como empregados.

§ 2.º Sempre que uma ou mais empresas, tendo embora, cada uma delas, personalidade jurídica própria, estiverem sob a direção, controle ou administração de outra, constituindo grupo industrial, comercial ou de qualquer outra atividade econômica, serão, para os efeitos da relação de emprego, solidariamente responsável a empresa principal e cada uma das subordinadas.

Art. 3.º Considera-se empregado toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário.

Parágrafo único. Não haverá distinções relativas à espécie de emprego e à condição de trabalhador, nem entre o trabalho intelectual, técnico e manual.

Art. 4.º Considera-se como de serviço efetivo o período em que o empregado esteja à disposição do empregador, aguardando ou executando ordens, salvo disposição especial expressamente consignada.

Art. 5.º A todo trabalho de igual valor corresponderá salário igual, sem distinção de sexo.

curavam contrapor ao argumento tecnicista a natureza política do sistema de previdência, criado para atendê-los e ampará-los, como no caso da carta escrita a Vargas pelo ferroviário Pedro Vieira Pinto, para demonstrar sua total contrariedade com o decreto-lei 2.474, de agosto de 1940, que instituía o limite de 60 anos de idade para a concessão de aposentadoria ordinária pelos institutos e caixas de previdência. Como se procurasse alertar o presidente para a importância dos benefícios previdenciários na configuração das políticas de cooptação do regime, o ferroviário chama a atenção para o aspecto político central do sistema na construção do Estado *benefactor* e na difusão da imagem protetora de Vargas, denunciando os promotores da medida como inimigos do presidente, que ludibriavam a sua boa-fé, arrastando-o ao "ódio de tanta gente" e pondo em risco sua credibilidade junto aos trabalhadores. De fato, o ferroviário não poupa palavras ao criticar tal medida, que parece ter realmente gerado muita insatisfação entre os trabalhadores, sobretudo entre os ferroviários, porquanto foi motivo de envio de diversos telegramas e cartas de sindicatos e de remetentes individuais com reclamações (Reis, 2007).

Vargas fala ao povo da sacada do Palácio do Trabalho durante comemoração do Primeiro de Maio. Rio de Janeiro, 1939
Acervo Arquivo Nacional

Na literatura que trata do tema, é consensual a visão de que não havia uniformidade, entre os institutos, no oferecimento dos benefícios aos seus associados. Sendo assim, cada um deles apresentava separadamente uma cesta específica de benefícios e serviços, com exigências e critérios de concessão diferenciados, tornando-os mais ou menos atraentes e, como salienta Vianna, robustecendo o "corporativismo do mundo sindical, pois as possibilidades de dispor de hospital próprio, obter crédito subsidiado para compra de moradia ou conseguir melhores pensões e aposentadorias apareciam como 'conquista da categoria'" (Vianna, 2000, p. 141). Isso se devia ao sistema particular de relações de trabalho instituído pelo regime varguista, que, como já dissemos, estimulava cada sindicato a entrar em relações diretas com o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, buscando a efetivação ou o cumprimento de um direito. O resultado disso, segundo Vianna, é que se instalou uma verdadeira competição entre as diversas categorias profissionais pertencentes aos diferentes institutos, na luta por um sistema de proteção previdenciária mais abrangente. Competição estimulada pelo Estado, que, com a prerrogativa de distribuir benefícios e serviços, estratificava, "sob seu controle, a clientela previdenciária", tornando-a prisioneira das "mediações corporativas interpostas à barganha política" e incapacitando-a para "uma atuação reivindicatória mais consistente com objetivo de alcançar melhorias no sistema" (idem).

É possível que na prática as coisas não tenham se passado bem assim, no sentido de um controle pleno desse processo por parte do sistema de poder varguista e de uma desmobilização e incapacidade de "reivindicação consistente" por parte dos trabalhadores. A literatura mais recente sobre os anos Vargas tem enfatizado que, mesmo no período duro e repressivo do Estado Novo, brechas e possibilidades de atuação política existiram, porquanto as formas de cooptação do sistema de relações de trabalho de base corporativa do varguismo implicavam, em alguma medida, uma via de mão dupla, tendo em vista a necessidade de se criar uma audiência operária para o regime, mais especificamente para Vargas, o que propiciava que os trabalhadores de algum modo apresentassem suas exigências e se fizessem ouvir. Com efeito, diante da crescente importância atribuída por trabalhadores e sindicatos ao sistema de previdência organizado pelo Estado, parece correto anotar sua força potencial como instrumento de construção de alianças e adesões, extremamente eficiente na disseminação da imagem protetora de Vargas e de seu governo e, por este motivo, fundamental para as políticas de sedução do regime. Entretanto, para que isso funcionasse, era preciso negociar com os trabalhadores, reconhecê-los como interlocutores, num jogo de mão dupla em que estes não faziam apenas o papel de bigornas, "na qual o martelo [do Estado] bate em seu ritmo inexorável", mas, bem ou mal, emprestavam de alguma forma sua voz (Ignatieff, 1987, p. 185-193). Com isto queremos apenas sugerir que se observe o projeto de *gestão controlada do social* de Vargas – ancorado na repressão, na propaganda, na tutela sindical e na "concessão" de uma ampla legislação social e trabalhista – de uma perspectiva mais complexa, tecida por trocas múltiplas, ainda que com recursos de poder flagrantemente desiguais (não podemos esquecer que se tratava abertamente de uma ditadura, que reprimia sem freios o sindicalismo mais autônomo e combativo e punha limites claros às formas de ação e de enfrentamento político). Nesse caso, o que alguns estudos têm apontado (Reis, 2007) é a vigência de um tipo de ação política na qual se busca, "dentro da lei e da ordem", ou seja, nos quadros concretos do autoritarismo estadonovista, *negociar* com o Estado o atendimento e a constante ampliação de direitos, afinal, na perspectiva ideológica de criar um público operário para si, o regime se apresentava como voltado à defesa e proteção dos trabalhadores. E entre esses direitos incluem-se, de

modo muito significativo, os previdenciários, cada vez mais observados como parte significativa da ampla obra de legislação social e trabalhista *outorgada* pelo regime aos trabalhadores, e que por isso mesmo lhes pertence, faz parte das suas prioridades sociais.

Assim, ainda que o sistema de previdência do pós-30 fizesse parte da estratégia de cooptação do regime e fosse apresentado como mais uma *dádiva* ou *outorga* getulista, gerava um forte sentimento nos indivíduos de que esses órgãos de previdência haviam sido criados para lhes servir e oferecer proteção, sinalizando para um importante sentido de reconhecimento de direitos, ainda que ambiguamente amalgamado com a fórmula retórica da benesse getulista, possibilitando, mediante um processo de reelaboração por parte dos trabalhadores, que fosse transformado "em patrimônio de suas vivências históricas" (Gomes, 1999, p. 57). Basta ver, como exemplo, que o Sindicato dos Bancários, em suas publicações, acentuava sempre o fato de que a criação do IAPB fora "fruto de longa e tenaz campanha", não sendo "dádiva do regime, mas conquista da greve de 1934, que [a] arrancou do governo", e por isso mesmo "pertence aos bancários e por eles deve ser administrado" (apud Hochman, 1992, p. 113-123).

Como quer que seja, o fato é que o modelo corporativo do sistema de previdência criado no primeiro governo Vargas, com todas as suas contradições, permaneceu intacto no período democrático de 1945 a 1964, ganhando inclusive fôlego novo no sentido de acentuar a heterogeneidade dos benefícios "na esteira de pressões e acordos políticos particularizados pelo corporativismo sindical" (Vianna, 2000, p. 142). Entretanto, avanços importantes podem ser observados, na medida em que o sistema previdenciário se torna cada vez mais decisivo nas negociações sindicais e nas disputas político-partidárias do período, com ganhos de autonomização que ultrapassam, na prática, os "dispositivos reguladores" instituídos no Estado Novo, em consonância com o clima democrático e o crescimento da movimentação social e política dos trabalhadores brasileiros entre 1945 e 1964.

Manifestação em frente à sede do jornal *A Gazeta*, em São Paulo, durante a primeira greve nacional dos bancários, em julho de 1934. Entre outras reivindicações, o movimento pleiteava a instituição da aposentadoria aos 30 anos de serviço e 50 de idade e a criação de uma caixa única de aposentadoria e pensões para a categoria

Acervo Sindicato dos Bancários de São Paulo
Disponível em http://www.spbancarios.com.br/historia.asp

Trabalhador rural brasileiro: a rede de previdência social demoraria a chegar ao campo
Acervo CPDOC/FGV

O efeito disso foi uma ampliação significativa nas despesas dos institutos, que abandonam, ao longo desse período, a lógica da capitalização e adotam o regime de repartição financeira,[1] decorrência do aumento expressivo do número de filiados, do amadurecimento do sistema (pessoas começam cada vez mais a se aposentar e a fazer uso dos serviços), mas também de mudanças que diversificaram e incrementaram os planos de benefícios e serviços. A assistência médica, por exemplo, que até 1945, lembra Vianna, permanecera "acessível a poucos trabalhadores, entendida como um 'fim secundário' do Instituto", no caso do IAPI, e proporcionada apenas "quando houvesse disponibilidade de recursos, mediante contribuição suplementar"[2] (Vianna, 2000, p. 141), amplia seus serviços, com a criação do Serviço de Assistência Domiciliar de Urgência da Previdência Social (SAMDU), em 1949, e do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS), em 1955, custeados pelos saldos orçamentários dos institutos, mas controlados pelo Ministério do Trabalho (Vianna, 2000, p. 159). Além disso, muitos institutos ampliam sua rede própria de hospitais e ambulatórios, processo interrompido no período anterior, quando a prática comum passara a ser a compra de serviços de terceiros, por meio de convênios ou contratos com hospitais e clínicas privadas, e com profissionais autônomos, estabelecendo uma nova modalidade de prestação de serviços médicos.

De qualquer modo, o fato é que apesar do crescimento da importância dos institutos e de todas as mudanças operadas no seu funcionamento, na esteira da ampla mobilização social e política do período, eles continuam marcados por grandes problemas. Em vez de incrementar sua participação financeira, como se esperava, a União cada vez mais aumentava sua dívida com o sistema. Os empregadores constantemente atrasavam sua contribuição, transferindo-a, ademais, para o consumidor, na medida em que esta não era deduzida do seu lucro, mas vinha do aumento que o empresariado lançava nos preços dos produtos. O resultado financeiro final disso é que o sistema, a partir dos anos 1960, se torna deficitário (Fleury, 2007, p. 94).

Quanto à concessão de serviços e benefícios, as discrepâncias entre os institutos permanecem como uma característica, na estreita dependência da maior ou menor capacidade de mobilização e

pressão política de uma dada categoria de trabalhadores junto ao aparelho de Estado. Além disso, a oferta de benefícios continua restrita aos indivíduos inseridos formalmente no mercado de trabalho, o que lhes facultava o ingresso em algum IAP específico, nos marcos da chamada "cidadania regulada". A numerosa população mais pobre, fora do mercado formal de trabalho, portanto excluída do sistema de previdência, continuou a "contar apenas com 'serviços para indigentes' proporcionados pelas prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas, com nítido caráter assistencialista, endereçados aos indivíduos destituídos de qualquer direito" (Vianna, 2000, p. 160). Além disso, o imenso contingente de trabalhadores rurais continuou desprezado, sem nenhuma forma de atenção previdenciária.[3]

A inclusão parcial da massa de pobres no sistema de proteção previdenciária só ocorreu depois de 1964, com a centralização autoritária do regime militar, e "ao preço da eliminação da influência popular, antes crescente, do expurgo dos dispositivos de interação com o poder, que permitiam ao corporativismo canalizar as demandas dos trabalhadores" (Vianna, 2000, p. 142). Com efeito, a unificação previdenciária de 1966, que cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS),[4] através da junção de todos os IAPs, à exceção do IPASE, é que torna possível a inclusão dos trabalhadores rurais, por meio do Prorural/Funrural (1971), dos empregados domésticos (lei 5.899, de 11/12/1972) e dos trabalhadores autônomos (lei 5.890, de 8/6/1973). Como salienta Vianna, a "cobertura previdenciária se universaliza sob um ordenamento político fechado, repressor das demandas sociais e que, ao invés de hierarquizar a cidadania, a nivela num estatuto inferior" (idem). Mas aqui começa uma outra história...

A era Vargas (1930-1945)

A era Vargas compreende o governo do político gaúcho Getúlio Dornelles Vargas, que se inicia em 1930 e termina em 1945, e se divide em três períodos distintos: governo provisório (1930-1934), governo constitucional (1934-1937) e Estado Novo (1937-1945). No primeiro, Getúlio Vargas, candidato da Aliança Liberal – chapa de oposição que reunia setores das classes médias e grupos oligárquicos dissidentes de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e de alguns estados do Nordeste –, após ser derrotado nas eleições para

CIDADANIA REGULADA

A "cidadania regulada" vigente no Brasil a partir de 30, de acordo com Santos, caracteriza um modelo de cidadania que se define pela inserção dos indivíduos em alguma ocupação reconhecida e definida em lei, não se referindo, pois, a um código de valores políticos em que ser membro da comunidade seria suficiente, o que tornava a carteira de trabalho mais do que uma evidência trabalhista um atestado de pertencimento cívico: "a cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece.

A consequência imediata deste ponto é clara: seriam pré-cidadãos todos os trabalhadores da área rural, que fazem parte ativa do processo produtivo e, não obstante, desempenham ocupações difusas, para efeito legal; assim como seriam pré-cidadãos os trabalhadores urbanos em igual condição, isto é, cujas ocupações não tenham sido reguladas por lei (...) a regulamentação das profissões, a carteira profissional e o sindicato público definem, assim, os três parâmetros no interior dos quais passa a se definir a cidadania" (Santos, 1989, p. 74-75). Em que pese a engenhosidade da formulação, aceita por grande parte dos estudiosos que tratam da questão social no Brasil, e por isso já clássica, a pergunta que se pode fazer é a seguinte: em qual experiência histórica a cidadania, seja em sua vertente civil, política ou social, prescindiu de regulações estatais legalmente sancionadas? (Reis, 2000). Ademais, é preciso lembrar que, no plano dos direitos sociais, em boa parte dos países europeus o processo de sua universalização se estabeleceu apenas no pós-guerra e em grande número destes países, até meados do século XX, a distribuição de direitos sociais entre o campo e a cidade foi bastante desigual (Sorj, 2004).

Afora isto, e voltando à análise da realidade brasileira, a pergunta a ser feita é: qual a garantia de que nas lutas concretas da história os trabalhadores tenham se mantido nos limites da cidadania do trabalho pretendida pelo governo, de forma que os planos estatais de uma "cidadania regulada", geradora de "lealdade e gratidão", tenham se afirmado plenamente?

José Roberto Franco Reis

a presidência da República pelo representante das forças políticas de São Paulo, Júlio Prestes, assume o poder através de um movimento armado. A Revolução de 30, como ficou conhecido esse movimento, derruba o governo do paulista Washington Luís e põe fim à chamada República Velha ou República Oligárquica. No segundo período, após o processo constituinte de 1933 e a promulgação da Constituição daí resultante em julho de 1934, Getúlio Vargas se torna presidente constituído de modo legal, eleito, excepcionalmente, de forma indireta pela própria Assembleia. No entanto, em novembro de 1937, quando a campanha da sucessão presidencial já estava nas ruas, Getúlio, com o apoio da cúpula militar e se valendo de um clima "fabricado" de anticomunismo, após o levante comunista fracassado de 1935, promove um golpe que implanta o Estado Novo. Na mesma data da sua implantação, o Congresso Nacional é fechado, os partido políticos são extintos e é outorgada uma nova Constituição ao país, redigida por Francisco Campos.

O Estado Novo se caracteriza politicamente como uma ditadura pessoal, organizada por meio de um Estado centralizado e forte. Ideologicamente afinado com o fascismo – em particular na defesa de um Estado tutor da sociedade, na crítica à democracia parlamentar, à pluralidade partidária e à representação autônoma de interesses –, deste se diferenciava pela inexistência de um partido único de massas mobilizadas

Manifestação popular da Aliança Liberal no centro do Rio de Janeiro, em setembro de 1929
Acervo CPDOC/FGV

e enquadradas como sua base de apoio. Adotou o corporativismo como doutrina oficial do regime, sendo polêmico o alcance efetivo desta doutrina na sua prática política, social e econômica. Durou até 29 de outubro de 1945, quando ocorreu a deposição de Getúlio Vargas (Dicionário histórico-biográfico brasileiro pós-1930, p. 2.037-44).

A historiografia dedicada a "era Vargas" em geral reconhece este último período como fundamental na produção do chamado "mito Vargas", sobretudo por intermédio do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), criado em 1939 com a atribuição de controlar e censurar os meios de comunicação, mas também de divulgar a imagem e os projetos do regime no qual Getúlio Vargas ocupava inegavelmente o lugar de "personagem central". Assim, uma cuidadosa rede de divulgação do projeto político estado-novista e da figura de Vargas era alimentada por esse órgão, mediante controle e utilização dos meios de comunicação como a imprensa, o rádio, o cinema e também o teatro, a literatura, a música e até o cordel. No entanto, desde o início da era Vargas são estabelecidas políticas públicas que procuram atingir o cotidiano das classes trabalhadoras, de modo a criar uma audiência operária para o regime e ao mesmo tempo promover a imagem de Vargas, responsabilizando-o "pessoalmente pela grande obra antecipatória do direito social brasileiro" – embora não restem dúvidas de que durante o Estado Novo esse processo se intensifique (Gomes, 1988, p. 66). Basta citar a fundação, logo em 1930, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, conhecido como Ministério da Revolução, e a implementação de diversas medidas que regulavam as condições de trabalho, como a criação da carteira de trabalho, registro profissional e prova documental para fins de controle e obtenção de direitos, e das juntas de conciliação e julgamento para tratar de dissídios individuais e coletivos; a proibição do trabalho de menores de 14 anos; a jornada de oito horas para trabalhadores da indústria e do comércio; a regulamentação do trabalho feminino etc., para nos atermos apenas às que foram implementadas em 1932. Além disso, diversos institutos de previdência, os IAPs, foram criados antes da implantação do Estado Novo.

Incêndio do jornal governista *A Noite*, no Rio de Janeiro, por ocasião da Revolução de 1930
Acervo CPDOC/FGV

Estudantes reunidos na escadaria do palácio Tiradentes para celebrar o aniversário de Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 19 abr. 1942
Acervo Arquivo Nacional

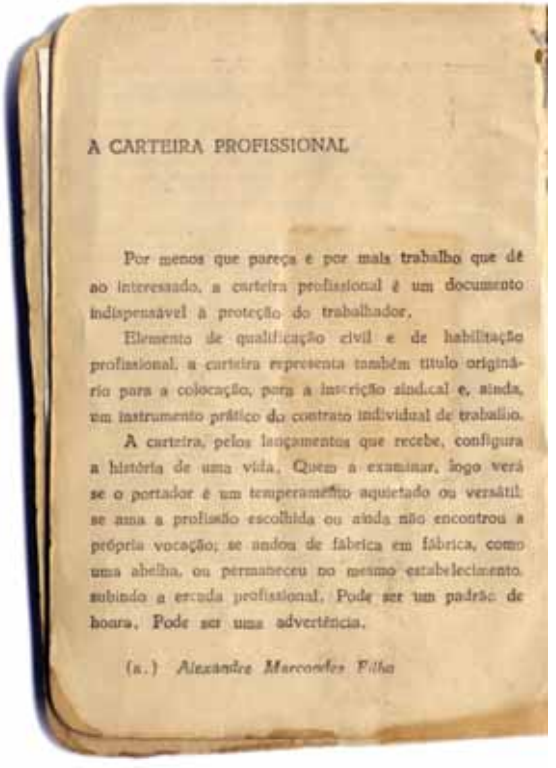
GETULIO

Assim, pode-se dizer que desde o início da era Vargas, embora isso se intensifique no Estado Novo, um ponto chave das estratégias de afirmação ideológica do regime era aquele que colocava Getúlio no lugar especial de ser predestinado, providencial, capaz de "surpreende[r] na fase nascente as aspirações e tendências populares" (fala do ministro do Trabalho, Marcondes Filho, apud Paranhos, 1999, p. 143). Vale dizer, no lugar de presidente "pai dos pobres", grande doador das leis sociais, a chamada *ideologia da outorga*, que apresentava a legislação trabalhista do período não como uma conquista dos trabalhadores, mas como uma dádiva do governante.

No plano sindical, estabeleceu-se o corporativismo, com a lei de sindicalização de março de 1931(decreto n. 19.770) que consagrava um modelo de organização em que os sindicatos eram definidos como órgãos consultivos e técnicos de colaboração entre as classes mediadas pelo Estado, e não como órgãos de representação de interesses de patrões e operários. Além disso, tinham de ser reconhecidos oficialmente pelo recém-criado Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, do contrário seus filiados não receberiam diversos benefícios e vantagens (como, por exemplo, direito a férias e acesso à legislação previdenciária), o que implicava o cumprimento de uma série de exigências estabelecidas pelo ministério, que ademais podia intervir nos sindicatos, caso suspeitasse de irregularidades. Embora tenha sofrido alterações com a lei de sindicalização de 1934, o caráter corporativista da legislação sindical foi reforçado no seu sentido geral com a lei de 1939 e mantido em seus aspectos centrais com a Assembleia Constituinte de 1946, no contexto da redemocratização do país.

Texto de apresentação das antigas carteiras de trabalho brasileiras. Assinado pelo ministro Alexandre Marcondes Filho, acompanhou o documento até 1988

Acervo particular



A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

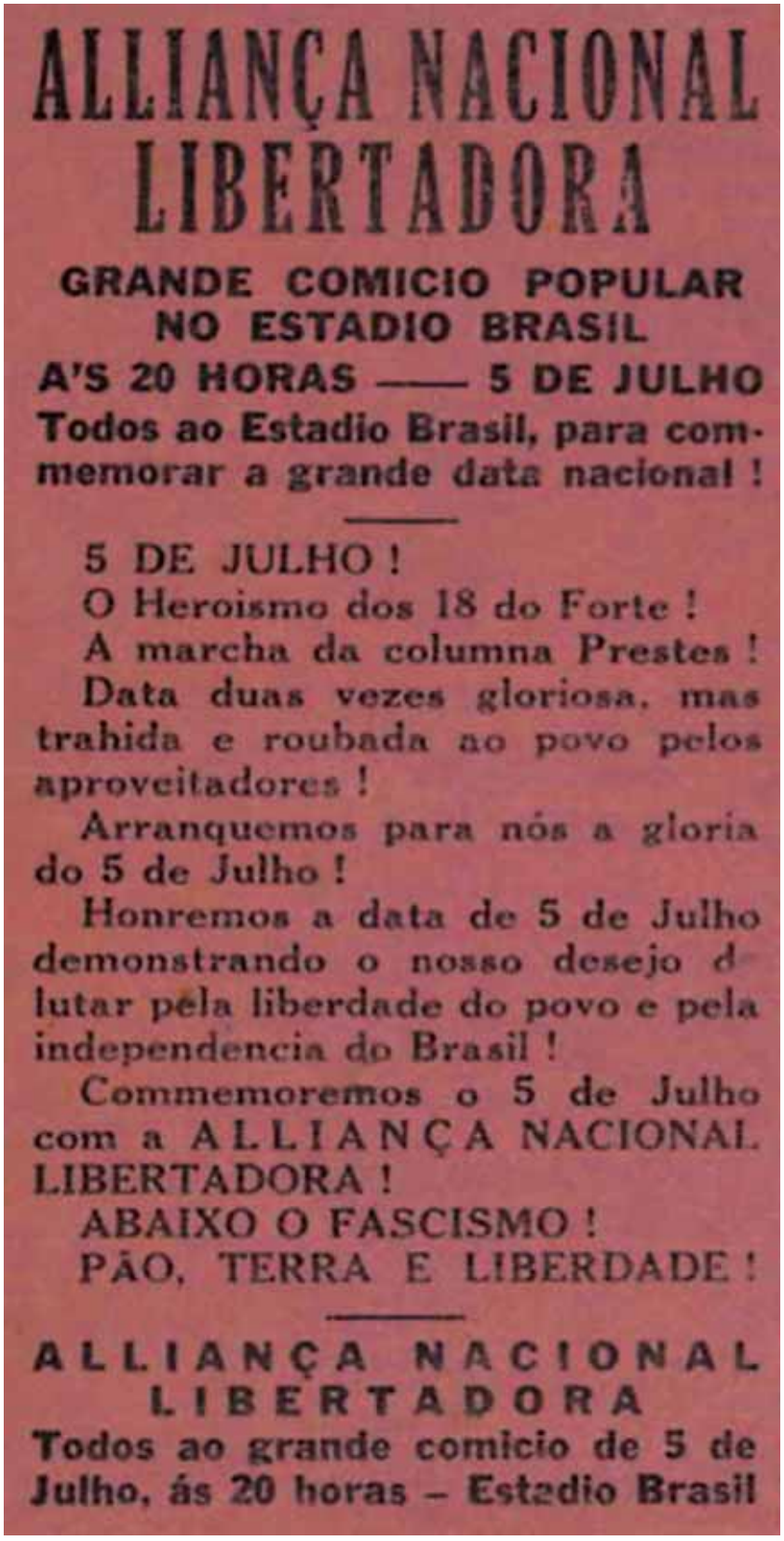
A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examinar, logo verá se o portador é um temperamento aquietado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escada profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a.) *Alexandre Marcondes Filho*

Alguns estudiosos, entretanto, entendem a era Vargas não como o período histórico de um governante, Getúlio Vargas (que ademais retorna ao poder em 1950, pelo voto popular, terminando seu mandato de forma trágica em 1954, quando, diante de uma séria crise política, se suicida), mas sim como um modelo de desenvolvimento calcado na substituição de importações, no investimento público em setores estratégicos da economia e no intervencionismo estatal como forma de regulação societária (que combinava possibilidades de mobilização com repressão policial e controle) e busca de modernização do país. Uma tradição, para o bem ou para o mal, associada a um programa nacional-estatista e desenvolvimentista, que teria se iniciado em 1930 e se encerrado com o golpe civil-militar de 1964.

Panfleto da Aliança Nacional Libertadora convocando para comício em celebração ao aniversário do movimento tenentista. Rio de Janeiro, jun. 1935

Acervo Arquivo Nacional/ Fundo Salgado Filho



ALLIANÇA NACIONAL
LIBERTADORA

GRANDE COMICIO POPULAR
NO ESTADIO BRASIL
A'S 20 HORAS —— 5 DE JULHO
Todos ao Estadio Brasil, para commemorar a grande data nacional !

5 DE JULHO !
O Heroismo dos 18 do Forte !
A marcha da columna Prestes !
Data duas vezes gloriosa, mas trahida e roubada ao povo pelos aproveitadores !
Arranquemos para nós a gloria do 5 de Julho !
Honremos a data de 5 de Julho demonstrando o nosso desejo d lutar péla liberdade do povo e pela independencia do Brasil !
Commemoremos o 5 de Julho com a ALLIANÇA NACIONAL LIBERTADORA !
ABAIXO O FASCISMO !
PÃO, TERRA E LIBERDADE !

ALLIANÇA NACIONAL
LIBERTADORA
Todos ao grande comicio de 5 de Julho, ás 20 horas – Estadio Brasil

O MOVIMENTO DE 1935 E O ENDURECIMENTO DO REGIME

Em 30 de março de 1935 foi lançada a Aliança Nacional Libertadora (ANL), um movimento de massa antifascista que reunia comunistas, tenentes de esquerda, socialistas e democratas em geral. Possuía um programa nacionalista, de combate ao capital estrangeiro e defesa da reforma agrária, pregando a constituição de um governo popular e democrático (contra o fascismo, representado no Brasil pelos integralistas).

A ANL teve um crescimento bastante rápido, formando em três meses mais de mil e quinhentos núcleos em todo o Brasil, com comícios que atraíam grande número de pessoas e discursos de oposição ao governo Vargas, que identificava como aliado do imperialismo. Diante desse crescimento e de certa radicalização discursiva, o governo Vargas – que desde o começo não via a ANL com bons olhos e já a vinha reprimindo – se aproveita de um discurso de Luís Carlos Prestes (presidente de honra da instituição), pregando a derrubada do regime e o estabelecimento de um "governo popular, nacional e revolucionário", para determinar o fechamento da instituição em julho de 1935. No mesmo ano, o Partido Comunista Brasileiro (PCB), liderado por Luís Carlos Prestes, inicia preparativos para um movimento insurrecional, que ocorre primeiramente na cidade de Natal, onde chega a tomar o poder por quatro dias, seguindo depois para Recife e Rio de Janeiro, onde ocorrem confrontos entre as forças rebeldes e as do governo. Da mesma forma que nos levantes tenentistas, a ação se restringiu ao plano militar, com a tentativa de tomada de quartéis, sem maior envolvimento popular. O resultado foi o fracasso do levante, rapidamente dominado pelas forças governamentais. Vargas se aproveita bem da insurreição e, sob pretexto do perigo comunista internacional, dá início a forte escalada repressiva e autoritária, que resulta, dois anos depois, na implantação da ditadura do Estado Novo.

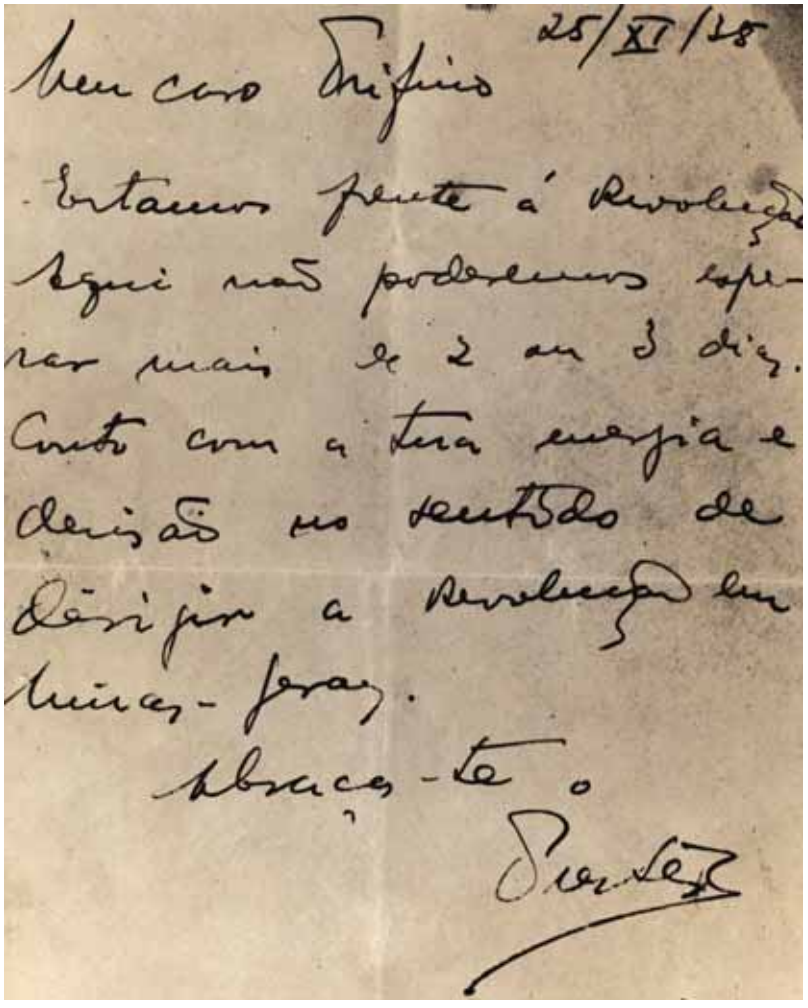
José Roberto Franco Reis

Bilhete assinando por Luís Carlos Prestes determinando o início do levante de 1935 em Minas Gerais. 29 nov. 1935

Acervo Arquivo Nacional

Terceiro Regimento de Infantaria, na Praia Vermelha, em chamas, durante o levante de 1935. Rio de Janeiro, 28 nov. 1935

Acervo Arquivo Nacional/ Fundo Correio da Manhã



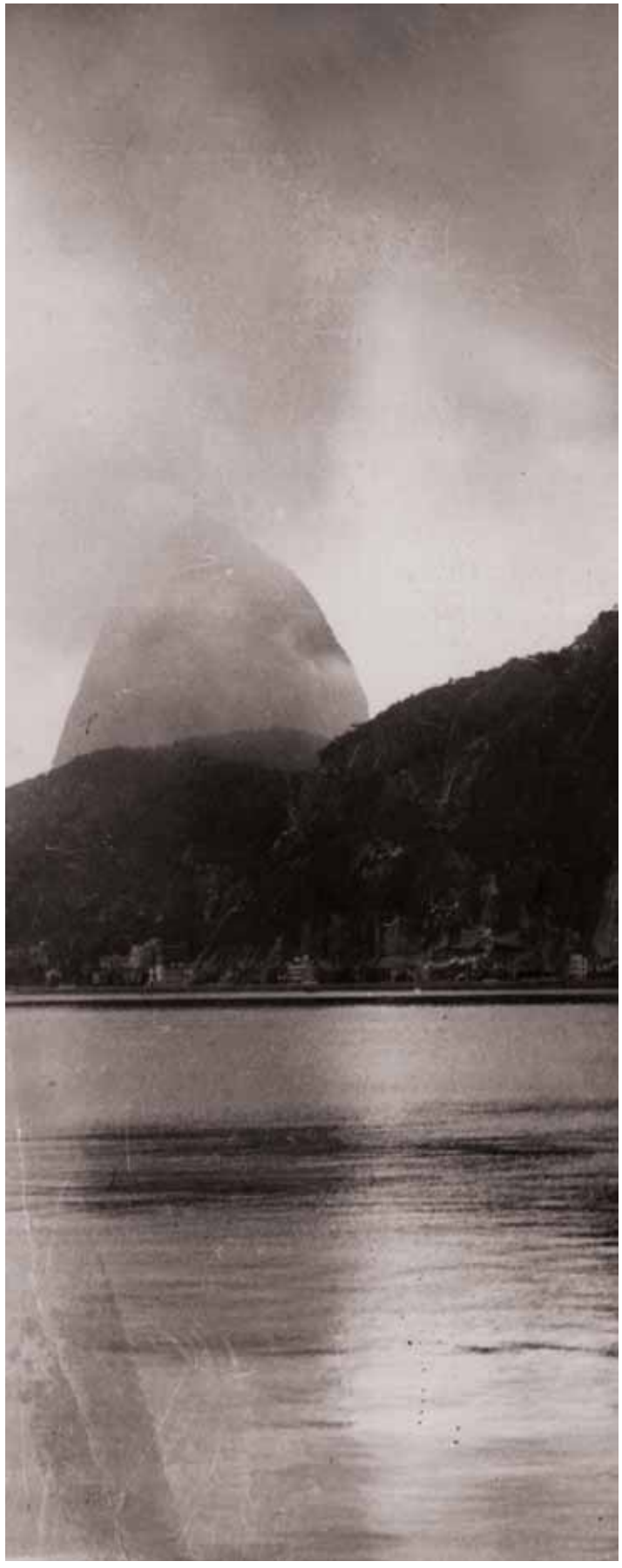
25/XI/35

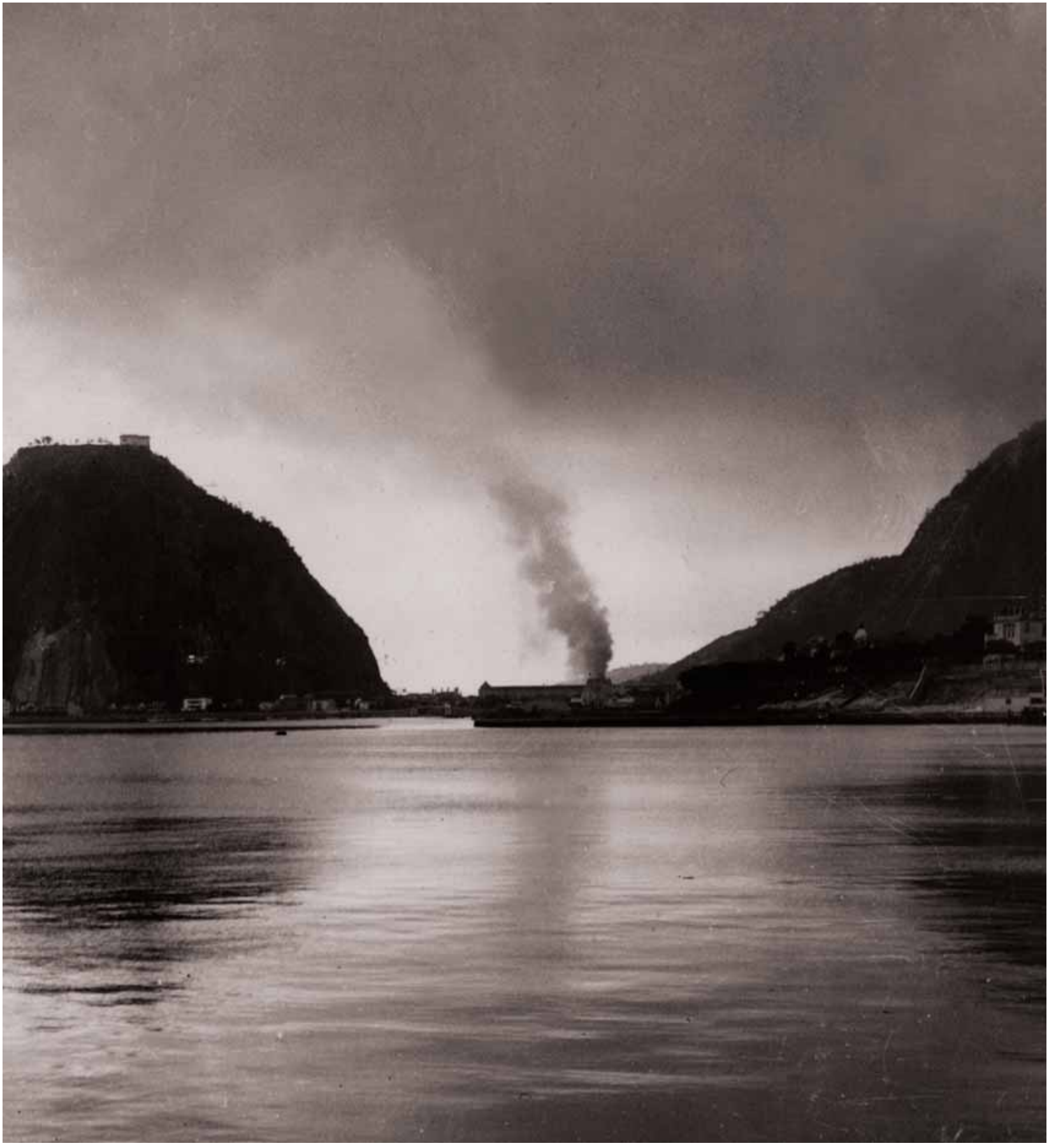
Meu caro Miguel

Estamos frente á Revolução aqui não podemos esperar mais de 2 ou 3 dias. Conto com a tua energia e decisão no exercício de dirigir a Revolução em Minas-Geraes.

Abraça-te o

Prestes





SAÚDE PÚBLICA NO GOVERNO VARGAS

Cristina M. O. Fonseca

Durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945), constituiu-se um amplo arcabouço institucional no âmbito da saúde pública que consolidou as bases do sistema público de saúde no Brasil e nos legou heranças que perduram até os dias de hoje.

Esse abrangente complexo institucional foi formado a partir da separação das atribuições de dois ministérios criados ainda em fins de 1930: o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Nesse último estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, que com o passar dos anos se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. No MESP, atrelada à educação, ficou a saúde pública, ou melhor, tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrasse na área de abrangência da medicina previdenciária.

As divergências sobre o futuro do país, que marcaram o cenário nacional no imediato pós-30, repercutiriam também no recém-criado MESP. O formato institucional a ele atribuído deveria obviamente ser compatível com o projeto político vitorioso. Porém, tal como os debates que ocorriam na esfera política nacional, os primeiros anos do ministério se caracterizaram pela indefinição e inconstância de propostas e projetos. Uma das evidências dessa indefinição encontra-se na alternância de ministros à frente do órgão, que em seus quatro primeiros anos foi conduzido sucessivamente por Francisco Campos, Belisário Pena e Washington Pires.[5] Este quadro de instabilidade e substituições no cargo ministerial mudou substantivamente a partir de julho de 1934, quando Gustavo Capanema tomou posse como novo gestor da área de educação e saúde e inaugurou uma nova fase na história institucional da saúde no país. Permanecendo no cargo até o final do primeiro governo Vargas, em 1945, Capanema implementará reformas importantes, consolidando uma nova estrutura administrativa para a saúde pública que perdurará, com poucas alterações, até a criação, em 1953, do Ministério da Saúde.

Quando foi criado, em 1930, o MESP atuaria como um instrumento burocrático cujo propósito era consolidar uma estrutura de serviços em todas as regiões do Brasil, prestando atendimento inclusive à área rural – excluída do raio de ação dos organismos previdenciários – e a uma grande parcela da população, diversa e dispersa por todo o país. A estratégia de reforçar uma organização burocrática com atuação nacional não só se adequava aos interesses políticos do governo federal em sua relação com os governos estaduais, como também atendia aos objetivos delineados na esfera ideológica, voltados para a consolidação de uma nova nação. Prestar assistência a toda população brasileira demandava uma estrutura que garantisse a presença do governo central nas regiões mais remotas do país. Para o

desenvolvimento de ações efetivas e bem-sucedidas, eram necessários representantes do governo federal nos estados e o estabelecimento de parcerias com os governos locais.

Toda a estrutura de saúde pública reorganizada durante a gestão de Gustavo Capanema (1934-45) esteve portanto orientada pela preocupação do governo em marcar presença em todo o país: partindo das capitais, investir no interior, nos municípios e montar uma rede bem articulada de serviços de saúde. Esse processo foi conduzido pessoalmente por João de Barros Barreto, nomeado diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em fevereiro de 1937, quando Capanema aprovou a primeira reforma de sua gestão. A liderança de Barros Barreto à frente do principal órgão da área seria um importante fator para assegurar a continuidade das mudanças em andamento e das diretrizes adotadas posteriormente na condução das políticas públicas de saúde. A partir daí, teve início um período de intenso trabalho normativo, com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários que objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados em seus mínimos detalhes, conjugando uma centralização normativa com uma descentralização executiva.

Quatro anos depois, em 1941, já sob o regime do Estado Novo, Gustavo Capanema complementaria as mudanças que iniciara em 1937, realizando outras importantes alterações no DNS, no sentido de

Gustavo Capanema com funcionários do Ministério da Educação e Saúde Pública durante comemoração do segundo ano de sua gestão. Presentes, entre outros, da esquerda para a direita: Maria Drumond de Andrade (cachecol); Coryna Reboir (vestido preto); Adila da Rocha e Sousa; Hugo Gothier (de bigode); Clotilde Roman; Antonio Leal Costa; Gustavo Capanema; Carlos Drumond de Andrade; Gastão Soares de Moura Filho (de bigode); João de Barros Barreto (terno branco); Valdomiro Pires (de óculos); Raimundo Peregrino Jr. e Antenor Nascentes (de óculos). Rio de Janeiro, 27 jul. 1936

Acervo CPDOC/FGV

centralizar ainda mais a participação federal na gestão da saúde – dessa vez, prescindindo do Congresso, fechado desde novembro de 1937, quando da instauração do governo ditatorial. Nessa ocasião foram criados 12 serviços nacionais relacionados a doenças específicas e duas novas divisões, a Divisão de Organização Sanitária e a Divisão de Organização Hospitalar, que incorporaram funções até então desempenhadas pelas antigas divisões de Saúde Pública e de Assistência Hospitalar do DNS.[6]

Acompanhando este processo de reformulação institucional, houve também grande investimento na formação e especialização de profissionais vinculados à área de saúde pública. Era necessário formar profissionais especializados, orientá-los e direcioná-los para postos-chaves na estrutura administrativa do governo federal, capacitando-os para funções específicas em diferentes regiões do país. Nesse sentido, o governo adotou medidas com o intuito de regulamentar e 'ampliar' o processo de especialização das diversas categorias profissionais de saúde, procurando ressaltar o papel destas na interiorização das ações de saúde pública. Segundo Barros Barreto, as carreiras que mais interessavam à tarefa sanitária eram as de médico sanitarista, médico clínico para os dispensários, técnico de laboratório, engenheiro, dentista, veterinário, enfermeira, guarda sanitário, prático de laboratório e atendente. Para elas foram realizados cursos de especialização em diferentes estados do Brasil, assim como se passou a exigir concurso para ingresso na carreira pública. E todas viriam a

Sede do Serviço Nacional da Peste em Pernambuco. Ao centro, de terno, Celso Arcoverde (chefe da circunscrição), rodeado por guardas sanitários. Recife, 1948
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Atestado de imunidade contra a febre amarela conferido pelo Serviço Nacional de Febre Amarela
Acervo Bio-Manguinhos/ Fiocruz

N.º Q-75701

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL
SERVIÇO NACIONAL DE FEBRE AMARELA

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE IMUNIDADE CONTRA A FEBRE AMARELA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF IMMUNITY AGAINST YELLOW FEVER
(CONVENÇÃO SANITÁRIA INTERNACIONAL DE 1944)
(INTERNATIONAL SANITARY CONVENTION, 1944)

CERTIFICO que / This is to certify that MANOEL SANTOS

Idade / Age 36 Sexo / Sex Masc. Cuja assinatura se encontra abaixo, é imune contra / Whose signature appears bellow is immune to

a FEBRE AMARELA, por ter tido a infecção. Esta imunidade foi demonstrada pela prova de / YELLOW FEVER as the result of an attack of the disease. This immunity, has been demonstred by the

proteção em camondongo.
mouse proteccion test.

Data da sangria / Date of bleeding 23-4-47 Localidade em que foi sangrado / Place of bleeding Rio

Laboratório que realizou a prova / Laboratory performing the test SERVIÇO NACIONAL DE FEBRE AMARELA Rio de Janeiro, Brasil

Data da realização da prova / Date of test 4-6-47. Resultado / Result of test 6-6 Positivo

Assinatura do Chefe do Laboratório / Signature of Laboratory Chief Dr. Henrique Pena

Assinatura da pessoa submetida à prova / Signature of person tested Manoel Santos

Êste Certificado não é válido sem o carimbo do S. N. F. A. no verso / This Certificate is not valid without the S. N. F. A. Stamp on the verso

FA 141
20.000 - 3 - 47

desempenhar, durante os anos seguintes, papel relevante nas estruturas institucionais da saúde pública (Barreto, 1938b, p. 303).

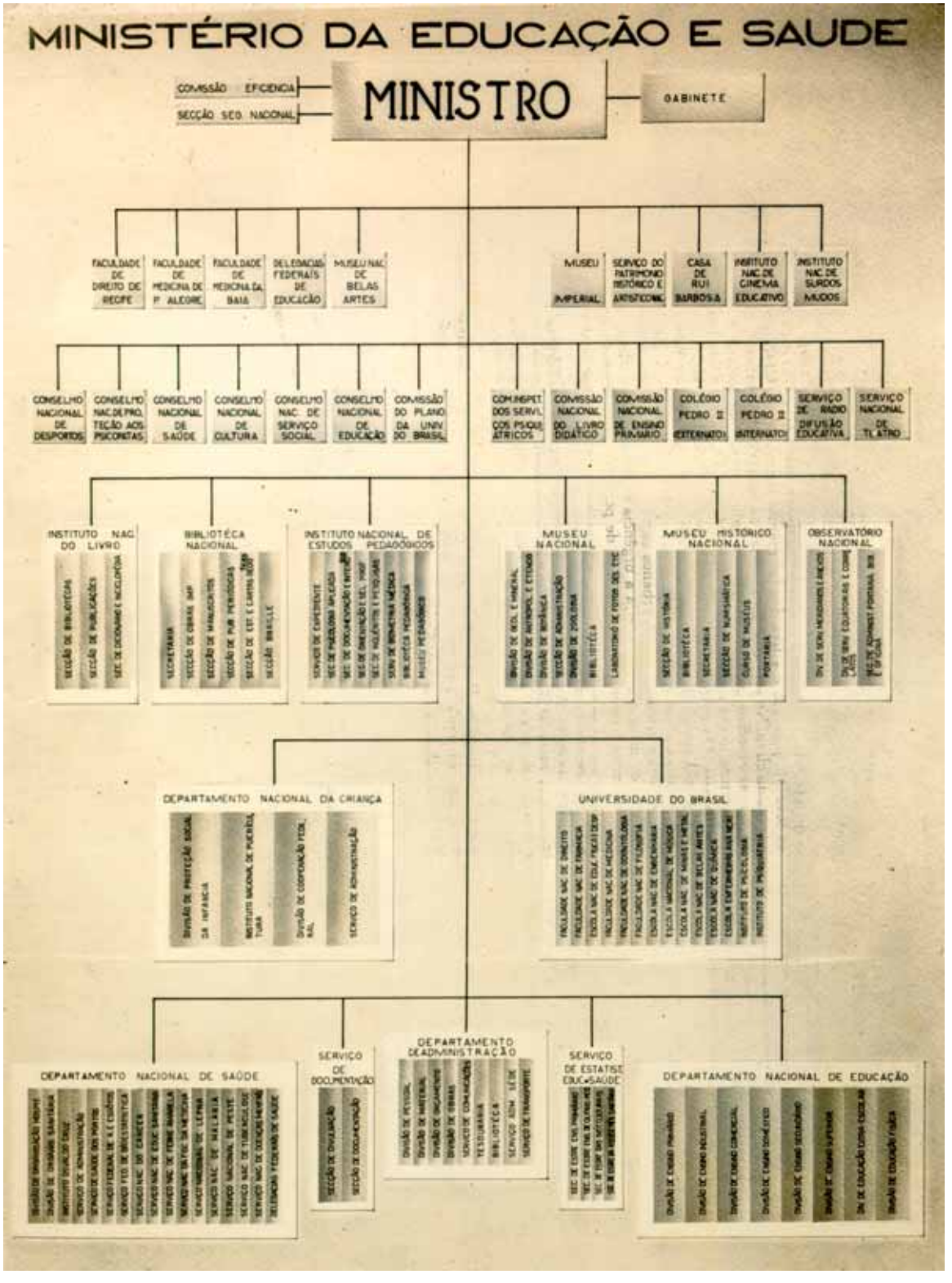
A prioridade atribuída pelo governo à especialização profissional e a instituição de carreiras públicas federais constituíram elementos importantes para reforçar as diretrizes burocráticas nas políticas públicas de saúde. Por outro lado, em determinados momentos foram também apresentadas como necessárias para fazer frente aos interesses políticos locais, pois neutralizavam a velha herança patrimonialista que, na visão dos intelectuais da época, prejudicava o processo de construção nacional e o desenvolvimento do país. Em tais circunstâncias, a formação técnica era mencionada como contraponto à ingerência de interesses políticos nas atividades de saúde pública. O próprio Barros Barreto defendia a especialização técnica como um recurso necessário para que as tarefas relativas à saúde pública fossem executadas por sanitaristas e resguardadas das interferências políticas locais.

Este processo de estatização da saúde pública que se intensificou com a burocratização do Estado, em especial a partir da decretação do Estado Novo, imprimiu às ações de saúde uma ênfase nacionalista que se sustentava, sobretudo, nos princípios de centralização, coordenação e normatização. Nesse sentido, a nacionalização das ações públicas de saúde, fortalecida na estrutura centralizadora adotada pelo ministério, deveria ocorrer mediante detalhada normatização das atividades sob a coordenação do governo federal, acompanhada de investimento na formação e especialização de profissionais de saúde e de constante debate sobre a adequação entre saúde pública e assistência médica.

4

Médico em visita a localidade no interior do país, c.1942-1945

Foto: Alan Fisher
Acervo CPDOC/Arquivo Gustavo Capanema



Organograma do Ministério da Educação e Saúde em 1941
Acervo CPDOC/FGV

Essas preocupações e objetivos não eram exclusivos dos dirigentes políticos brasileiros, encontrando-se também presentes em temas e diretrizes discutidos nos fóruns internacionais de saúde. Portanto, as mudanças realizadas gradativamente no campo da saúde pública, a partir da criação do MESP em 1930, acompanhavam um duplo movimento. Internamente, associavam-se ao contexto político e ao projeto ideológico do novo governo, enfrentando as condições específicas da realidade brasileira e os interesses em jogo na área de atuação do ministério. No plano externo, adaptavam-se, em muitos aspectos, às propostas então debatidas em fóruns internacionais, preconizadas e aplicadas em particular nos Estados Unidos, e incorporavam as prioridades de ação pública em saúde defendidas em conferências e congressos patrocinados pela Oficina Sanitária Pan-Americana (como era denominada então a Organização Pan-Americana da Saúde).[7]

A Oficina Sanitária Pan-Americana realizou vários congressos no período de 1930 a 1945, mantendo uma agenda regular de debates sobre política de saúde e procurando consolidar-se como fórum de interação entre os diversos países latino-americanos.[8] A tal contexto foram incorporados, após 1939, os problemas de saúde pública decorrentes da Segunda Guerra, aos quais setores norte-americanos passam a dedicar uma atenção cuidadosa em determinados aspectos.

No decorrer desse processo, na interseção entre as reformas na estrutura de saúde nacional e o diálogo dessas transformações com as diretrizes internacionais de saúde, foi também criado, dentro do Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

4

O ministro das Relações Exteriores, Oswaldo Aranha (à direita), cumprimenta o embaixador norte-americano Jefferson Caffery, na presença do ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema (sentado, ao centro), por ocasião da assinatura do acordo que deu origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Rio de Janeiro, 17 jul. 1942
Acervo CPDOC/FGV

Resultado de um convênio entre o MES e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), o objetivo inicial da nova instituição era controlar a malária no Vale do Rio Doce e na Amazônia, regiões produtoras de matérias-primas como borracha e ferro, as quais, no contexto de guerra, muito interessavam aos Estados Unidos. A criação do SESP veio somar-se às mudanças em curso na estrutura do DNS, constituindo mais um órgão de atuação nacional na área da saúde pública a privilegiar o interior do país, dessa vez considerando a posição estratégica das regiões para o desenvolvimento social e econômico.

As ações do SESP teriam desdobramentos importantes e deixariam marcas significativas no processo de institucionalização da saúde pública brasileira. Ele se destacaria tanto na formação de técnicos e especialistas em saúde pública como no fortalecimento de um modelo de prestação de serviços que, sob certos aspectos, guardava semelhanças com os padrões definidos pelo DNS na reforma de 1941. Suas atividades se voltaram principalmente para o treinamento e a qualificação profissional, a educação sanitária e a criação de uma rede integrada de serviços de saúde.

A afinidade do SESP com o DNS explica-se, em parte, pelo intenso intercâmbio, ocorrido durante as décadas de 1930 e 1940, entre profissionais brasileiros e norte-americanos, além da formação de vários membros do DNS nos Estados Unidos, o que consagrou a influência norte-americana nas políticas públicas de saúde no Brasil. Além disso, diversos técnicos do SESP passaram por serviços do DNS e vice-versa. A par da afinidade de propósitos, o SESP manteria ao longo de sua vida institucional autonomia total em relação ao DNS, subordinando-se diretamente ao ministro e desempenhando um importante papel na história da saúde pública brasileira.[9]

A partir deste rápido panorama sobre as principais características da institucionalização da saúde nos anos de 1930 e 1940, é possível observar que foi no decorrer desse processo que se assentaram as bases para a expansão dos serviços de saúde no país, para a identificação das necessidades mais urgentes no setor e para a introdução de estratégias de ação coordenada em

Visitadora e estudante do Curso de Visitadoras Sanitárias do Programa da Amazônia do SESP são recebidas por uma família. Santarém (PA), entre 1945 e 1947
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Alunas assistem a palestra na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1951
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Folheto de divulgação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Idealizada pelo SESP, à escola visava a formação de enfermeiras para atuar na rede pública e hospitalar do país

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

todo o território brasileiro. Ao implantar um sistema rígido de normas e controle sobre a execução de atividades na área, o governo Vargas contribuiu decisivamente para a institucionalização de diversos serviços e para a consolidação de uma estrutura não só burocrática, mas de serviços de saúde de amplo atendimento à população, com fortes características centralizadoras.

A análise desse período revela uma história significativa e peculiar para a saúde pública no Brasil, tanto no que diz respeito às inovações da esfera institucional, quanto no âmbito da formação profissional e no envolvimento dos profissionais com os desafios e projetos para o setor. Elaborado em um contexto político próprio e sob uma determinada visão de vida político-partidária, o formato de atuação pública na área da saúde então implementado implicaria, nos anos subsequentes, a ausência de serviços controlados e/ou administrados pelo município.

Somente na década seguinte, este desenho institucional começaria a ser questionado, já em um contexto diverso, em que a participação municipal nas políticas públicas de saúde foi repensada e valorizada como elemento constitutivo de um sistema democrático. Em 1955, o ministro da Saúde Aramis Athayde (1957, p. 54), em conferência pronunciada na abertura do XII Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Belém, reconhecia que João de Barros Barreto havia dado incontável amplitude nacional ao movimento sanitarista, com a centralização da administração sanitária pelo governo federal e pelos governos estaduais. Por outro lado, destacava que os regulamentos sanitários, aprovados em quase todos os estados bra-sileiros entre 1938 e 1940, haviam excluído a autoridade municipal dos assuntos atinentes ao campo da saúde pública (Athayde, 1957, p. 29) e indicava a necessidade de se reformular essa estrutura, de forma a possibilitar o resgate do papel do município na gestão pública com base em outros moldes.

Essa concepção de organização dos serviços de saúde pertencia ao ideário do *sanitarismo desenvolvimentista*, que ganhou força durante o segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954) e na gestão de Juscelino Kubitschek (1956-1961). Sob a liderança de figuras como Mário Magalhães e Samuel Pessoa, esta corrente, em acordo com tendências do pensamento crítico internacional em saúde, defendia uma íntima relação entre desenvolvimento econômico e saúde; criticava a organização excessivamente verticalizada dos serviços de saúde pública, orientados por doenças; e atribuía, tal como expressou em seu discurso o ministro Athayde, importância destacada ao município na organização dos serviços de saúde. O auge deste movimento pode ser identificado na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, já no governo de João Goulart (1961-1964).

O golpe militar de 1964, redefinindo dramaticamente as forças políticas no poder, pôs fim a esses anseios por reforma, retrocedendo às medidas centralizadoras. As concepções favoráveis à descentralização coordenada na organização dos serviços só voltariam a ganhar novo fôlego a partir de inícios dos anos 1980. No novo cenário político, a relação entre União, estados e municípios, entre poder local e governo central, novamente seria repensada e redesenhada, gerando debates e propostas que culminariam na aprovação do Sistema Único de Saúde e, aí sim, no processo efetivo de transformação da estrutura gerada no governo Vargas.

A CRIAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Carlos Fidelis Ponte

A redemocratização do país, após o fim da Segunda Guerra Mundial, gerou um ambiente propício à retomada das discussões sobre a criação de uma pasta específica para a área da saúde. A queda da ditadura Vargas abriu espaço para uma rearticulação do processo político e trouxe consigo a possibilidade de se repensar a organização do Estado e da sociedade em moldes distintos daqueles defendidos pelos segmentos que até então detinham o controle da máquina estatal.

Oficializada em 25 de julho de 1953, a criação do Ministério da Saúde se deu em meio a um intenso debate sobre as atribuições e a configuração a ser assumida pelo Estado de maneira geral e, mais especificamente, pela área social. No campo da saúde, os embates opunham, grosso modo, os que defendiam a subordinação da assistência médica a um conceito de saúde pública que superasse o corporativismo e englobasse saúde pública e medicina previdenciária, e aqueles que propugnavam pela manutenção da separação entre tais setores (Hamilton & Fonseca, 2003).

Balizada por posições díspares e de peso político amplamente desproporcional, a discussão acabou por confluir para que se mantivesse a separação entre essas duas esferas de atuação do Estado, permanecendo a assistência médica individual na órbita de influência da previdência social – apesar de terem sido apresentadas propostas de unificação como a que defendia a criação de um Ministério da Previdência que encamparia a área da saúde, ou ainda, a da criação do Ministério dos Serviços Sociais (Hamilton & Fonseca, 2003).

Definidos os limites da disputa, os debates passaram a girar em torno das atribuições do novo ministério. Para muitos, como Miguel Couto Filho (que viria a ser o primeiro titular da nova pasta), caberia ao Ministério da Saúde preocupar-se em primeiro lugar com as zonas rurais do país, expandindo seus serviços para além do combate às endemias e levando também a assistência médica às populações das áreas interioranas não atendidas pela medicina previdenciária, eminentemente urbana e vinculada ao pagamento de contribuições trabalhistas. Para ele e seu grupo, o governo federal deveria, ainda, estabelecer uma política de saúde que orientasse as ações dos diversos setores implicados direta ou indiretamente na resolução dos problemas sanitários do país (idem).

Limitada por circunstâncias políticas, a proposta que emergiu do debate sobre a criação do Ministério da Saúde, apesar de representar um antigo anseio dos sanitaristas, circunscreveu, na prática, as atribuições da nova pasta ao âmbito de atuação do antigo Departamento Nacional de Saúde, fechando, assim, as possibilidades de constituição de alternativas inovadoras e mais condizentes com as reais necessidades do país. Como veremos adiante, a ideia de centrar as ações do novo ministério quase que exclusivamente

nas zonas rurais mostrou-se cedo incapaz de dar conta dos novos desafios impostos pelo processo de modernização da economia e pela intensa urbanização observada nas décadas seguintes (Hamilton & Fonseca, 2003).

Bustos de Getúlio Vargas retirados das ruas após a queda de seu governo. Rio de Janeiro, out. 1945
Acervo CPDOC/FGV

Miguel Couto Filho
Acervo Agência O Globo

Notas

[1] No modelo de repartição os trabalhadores ativos financiam, com suas contribuições atuais, as aposentadorias e pensões dos inativos e os demais serviços oferecidos, num sistema de solidariedade geracional. No sistema de capitalização, a própria contribuição anterior do trabalhador, potencializada em termos de investimento, ou seja, "capitalizada" , financia os benefícios ofertados.

[2] Como o IAPI, com sua lógica contencionista pautada em critérios tecnicistas da relação custo-benefício, se refletiu sobre os demais, vários foram os institutos que, seguindo o mesmo caminho, suprimiram serviços médicos, instituindo, em geral, assistência médica por contribuição suplementar (Vianna, 2000, p. 141).

[3] A Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS) de 1960 instituiu a previdência rural, mas esta ficou apenas no papel, já que a lei não estabeleceu como seria o seu financiamento.

[4] Em 1960 ocorre uma uniformização dos benefícios concedidos, através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), mantendo-se, no entanto, inalterada a estrutura fragmentada do sistema de previdência (Vianna, 2000, p. 159).

[5]A substituição no ministério obedeceu à seguinte sequência: Francisco Campos (18 nov. 1930 a set. 1931); Belisário Penna (set. 1931 a dez. 1931); Francisco Campos (jan. 1932 a set. 1932) e Washington Pires (set. 1932 a jul. 1934).

[6] Os serviços criados foram os seguintes: Serviço Nacional da Peste (SNP), Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), Serviço Nacional do Câncer (SNC), Serviço Nacional de Lepra (SNL), Serviço Nacional de Malária (SNM), Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM), Serviço Nacional de Saúde dos Portos (SNSP), Serviço Federal de Bioestatística (SFB) e Serviço Federal de Águas e Esgotos (SFAE) (Brasil, decreto-lei 3.171, 2 de abril de 1941).

[7] Em suas ações, Barros Barreto orientou-se por vasta literatura internacional, em sua grande maioria norte-americana, e deixava clara esta influência nas suas propostas para o modelo institucional de saúde em adoção no país. Baseou-se também na experiência de algumas cidades dos Estados Unidos que havia visitado (Barros Barreto, 1937, p. 339).

[8] Nesse período, a Oficina Sanitária Pan-Americana patrocinou a realização da IX, X e XI Conferências Sanitárias Pan-Americanas, respectivamente, em Lima (1934), Bogotá (1938) e Rio de Janeiro (1942). Também promoveu, intercaladas a esses eventos, a III, IV e V Conferências Pan-Americanas de Diretores Nacionais de Saúde, respectivamente, em 1936, 1940 e 1944, todas realizadas em Washington.

[9] O convênio perdurou até 1960, sendo que a participação norte-americana, através de recursos financeiros e atuação de técnicos estrangeiros, seria reduzida aos poucos após o final da Segunda Guerra. A partir de 1950, com o governo brasileiro já responsável por 95% dos custos totais dos serviços, o SESP expandiu sua atividade para outras regiões, empenhado na construção de uma estrutura sanitária de base no interior do país. Para mais informações sobre o SESP, ver Campos (2006) e Guimarães (1995).

Referências bibliográficas

Entre a saúde pública e a medicina previdenciária

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, jul.-set. 2004.

HAMILTON, Wanda S. Debate sobre a criação do Ministério da Saúde. In: III Seminário Interno do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1993 (mimeo).

_____ e FONSECA, Cristina M. O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, n. 3, p. 791-826, 2003.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*: as bases da política de saúde pública no Brasil. 1. ed. São Paulo: Hucitec; ANPOCS, 1998. v. 1.

MALLOY, James. *Política de previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [online], 2003.

Vargas e a previdência: entre a dádiva e o direito

BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade social e trabalho*: paradoxos na construção de políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres; Ed. UnB, 2006.

DICIONÁRIO Histórico-Biográfico Brasileiro pós-1930. 2. ed. Rio de janeiro: Ed. FGV; CPDOC, 2000.

FLEURY, Sonia. Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social. In: FLEURY, Sonia; BAHIA, Lígia e AMARANTE, Paulo (Orgs.). *Saúde em debate*: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

GOMES, Ângela de Castro. *A invenção do trabalhismo*. São Paulo; Rio de Janeiro: Vértice; Iuperj, 1988.

_____. Ideologia e trabalho no Estado Novo. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999, p. 57.

HOCHMAN, Gilberto. Duas gêneses, duas histórias na previdência social brasileira: o Instituto dos Industriários e o Instituto dos Bancários. *Cadernos de História e Saúde*, v. 2, Fiocruz; Casa de Oswaldo Cruz, 1992.

_____ e FONSECA, Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

IGNATIEFF, Michel. Instituições totais e classes trabalhadoras. *Revista Brasileira de História*, v. 7, n. 14, p. 185-193, São Paulo, ANPUH, Marco Zero, 1987.

MALLOY, James. *Política de previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

OLIVEIRA, Jaime e TEIXEIRA, Sônia. *(Im)previdência social*: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes; Abrasco, 1986.

PARANHOS, Adalberto. *O roubo da fala*: origens da ideologia do trabalhismo no Brasil. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

REIS, Fábio Wanderley. *Mercado e utopia*: teoria política e sociedade brasileira. São Paulo: Edusp, 2000.

REIS, José Roberto Franco. Estado, trabalhadores e previdência social: a dialética do direito e do protetor (1937-47). In: SENA JUNIOR, Zacarias F. de. *O Estado Novo*: as múltiplas faces de uma experiência autoritária. Salvador: Eduneb, 2008.

_____. Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. e REIS, José Roberto F. *Sociedade, Estado e direito à saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça*: a política social na ordem brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SORJ, B. *A democracia inesperada*: cidadania, direitos humanos e desigualdade social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

VIANNA, Maria Lúcia T. Werneck. *A americanização perversa da seguridade social do Brasil*: estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan; Ucam-Iuperj, 2000.

Saúde pública no governo Vargas

ATHAYDE, Aramis. Conferência na abertura do XII Congresso Brasileiro de Higiene. Belém, 13 de janeiro de 1955. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação/ Ministério da Saúde, 1957.

BARROS BARRETO, João. Normas para uma Organização Estadual de Saúde Pública. *Arquivos de Higiene*, ano 7 (2), p. 339, 1937.

_____. Saúde pública no Brasil. *Arquivos de Higiene*, ano 8 (2), p. 289-304, 1938b.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas internacionais de saúde na era Vargas*: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 333-384.

FONSECA, Cristina M. O. *Saúde no governo Vargas (1930-1945)*: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. *SESP*: versos e controverso de uma instituição. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1995.

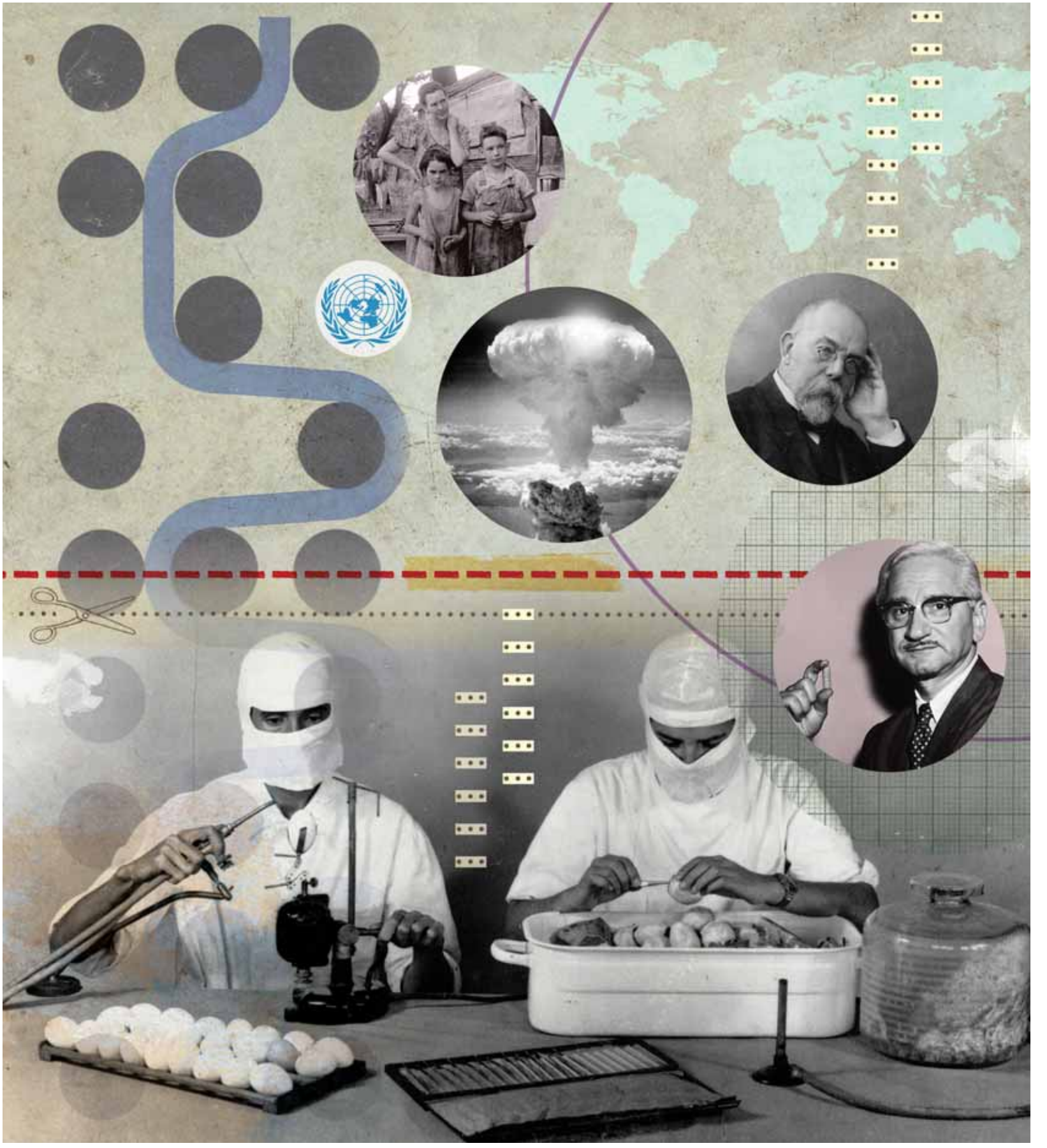
A criação do Ministério da Saúde

HAMILTON e FONSECA, Cristina. M. O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, n. 3, p. 791-826, 2003.

5

Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra

FERNANDO A. PIRES-ALVES
CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA
IALÊ FALLEIROS



PÓS-GUERRA, ESTADO DE BEM-ESTAR E DESENVOLVIMENTO

Fernando A. Pires-Alves e Carlos Henrique Assunção Paiva

> "Mais da metade da população do planeta vive em condições próximas da miséria. Sua alimentação é inadequada, ela é vítima da doença. (...) Pela primeira vez na história, a humanidade possui os conhecimentos e técnicas para mitigar o sofrimento destas pessoas (...) Eu acredito que nós devemos tornar disponíveis para os povos amantes da paz os benefícios do nosso acervo de conhecimentos técnicos de modo a auxiliá-los a realizar suas aspirações por uma vida melhor (....) Uma maior produção é a chave para a prosperidade e a paz. A chave para uma maior produção é a ampla e vigorosa aplicação do conhecimento científico e tecnológico moderno."
>
> *Harry Truman*, presidente dos Estados Unidos da América
> Discurso inaugural, 1949

5

Horror e esperança. Eram estes os sentimentos paradoxais que governavam boa parte dos espíritos nos anos que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial, em 1945. Ao final do conflito, diante das pilhas de corpos esquálidos nos campos de concentração nazistas, das cidades totalmente arrasadas por bombardeios que duraram noites inteiras, semanas a fio, e da imagem aterradora daqueles cogumelos atômicos sobre o Japão, ninguém mais duvidaria de quanta degradação humana, dor, morte e destruição os regimes políticos, os exércitos e suas tecnologias bélicas seriam capazes de realizar.

O esforço de guerra havia suscitado o desenvolvimento de uma profusão de novas aplicações do conhecimento científico, aquisições potencialmente revolucionárias no terreno da energia, dos transportes, das comunicações, do processamento de dados, e em vários outros domínios. Era então crescente a confiança de que, mediante o uso cada vez mais intensivo de ciência e tecnologia, a humanidade estava se habilitando a finalmente dominar a natureza, a produzir riquezas em níveis sempre crescentes e a distribuí-las, de forma a eliminar iniquidades. Na saúde e na medicina, o surgimento da penicilina e de inseticidas como o Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT), entre várias outras novidades, sugeria que o sofrimento físico das populações poderia ser em muito amenizado, e que doenças tenderiam a ser erradicadas.

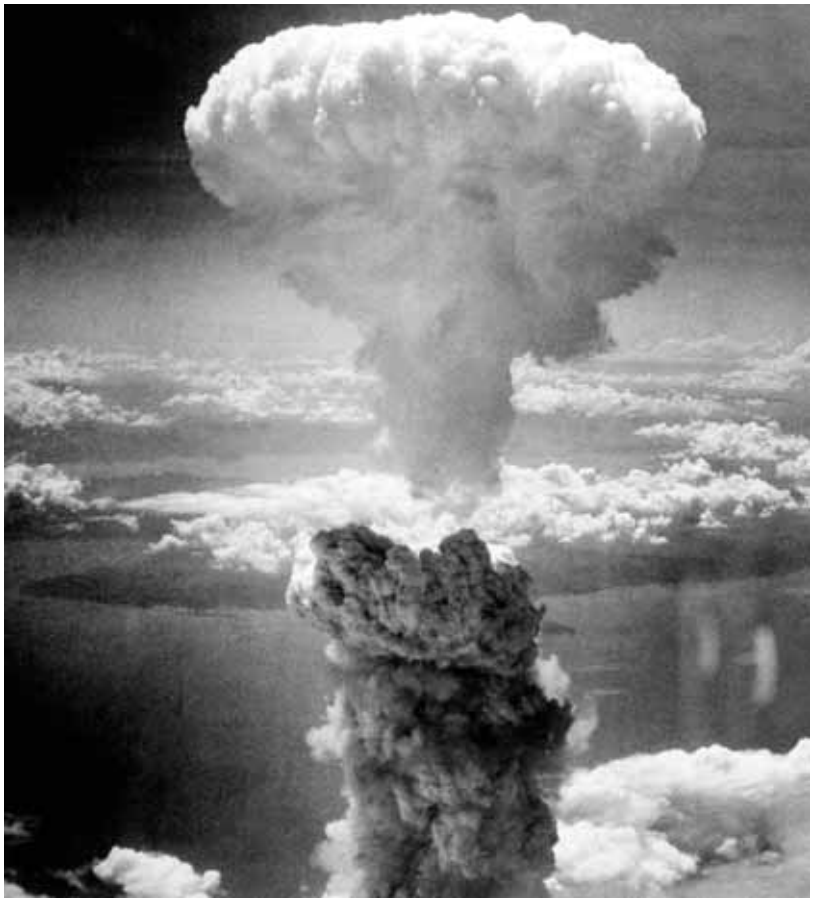
Preservar a paz e perseguir aqueles objetivos motivou a criação e o fortalecimento de vários organismos intergovernamentais, como instâncias destinadas a promover e realizar a colaboração entre os países. A principal e mais conhecida dessas organizações então criadas é a Organização das Nações Unidas (ONU). Em torno dela, como organismos associados que conformavam o chamado Sistema das Nações Unidas,

foi criado um conjunto de agências especializadas em áreas como educação, ciência e cultura (Unesco); agricultura e alimentação (FAO); trabalho (OIT); e comércio (OMC), entre muitas outras. Para as áreas da saúde foi criada, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS). Na região das Américas este movimento resultou no fortalecimento da Repartição Sanitária Pan-Americana, em 1958, rebatizada como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que passaria a funcionar como um escritório regional da OMS.

Havia ainda outras certezas nos anos que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial. As crises econômicas e político-sociais que antecederam à eclosão do conflito militar de 1939-1945, e que são mencionadas entre as suas principais causas, precisavam ser evitadas a todo custo no futuro. Para tanto, os Estados nacionais e seus governos deveriam mobilizar-se para promover o crescimento de suas economias e, ao mesmo tempo, intervir na dinâmica das sociedades de modo a, simultaneamente, realizar as mudanças consideradas necessárias e prevenir a emergência de desequilíbrios e conflitos que pudessem ameaçar a estabilidade dos sistemas sociais. Naqueles tempos, sem dúvida, eram muito poucos os que acreditavam que tudo pudesse ser resolvido pela via dos mercados de capitais, mercadorias e trabalho.

Soldados aliados em trincheira cavada na neve durante a Segunda Guerra Mundial. [s.l.], 18 fev. 1940

Foto: Acme Newspictures
Acervo Arquivo Nacional



Bomba atômica lançada sobre Nagasaki, no Japão, em 9 de agosto de 1945. Foto tirada de um B-29 da força aérea norte-americana a uma altura de 18 km

Foto: U.S. Department of Defense
Acervo U.S. National Archives and Record Administration
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:NagasakibombEdit.jpeg

Abertura da 9ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas em Nova York, Estados Unidos, em 21 de setembro de 1954. A ONU foi criada em 24 de outubro de 1945, após o fim da Segunda Guerra Mundial, em substituição à antiga Liga das Nações. Entre seus objetivos declarados estão a manutenção da paz mundial e o estímulo à cooperação entre os países

Acervo Arquivo Nacional

Sede da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, Suíça

Foto: Yann Forget
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:World_Health_Organisation_building_from_west.jpg

Soldados da Força Expedicionária Brasileira (FEB) regressam ao Brasil após o fim da guerra e são efusivamente recebidos pela população na Avenida Rio Branco. Rio de Janeiro, jul. 1945

Foto: Bueno Filho
Acervo Arquivo Nacional

Nos países capitalistas centrais, esta nova atenção com as questões econômicas e, sobretudo, sociais era resultado da crescente preocupação com um possível – para alguns iminente – avanço dos movimentos operários e dos partidos socialistas. A União Soviética (URSS) havia saído do conflito como uma das nações vitoriosas e seu regime parecia dar mostras de vitalidade e capacidade de se converter em um exemplo concreto de como tornar realidade os sonhos daqueles que ansiavam formas de organização social mais justas e igualitárias. Para as elites de todo o mundo, principalmente as norte-americanas e europeias, era um pesadelo. Este conflito entre dois sistemas, entre capitalismo e socialismo, e entre os EUA e a URSS como nações hegemônicas, terminaria por dominar completamente a cena internacional. Assim, os esperados anos de paz que se seguiram ao final do conflito mundial logo foram substituídos pela chamada Guerra Fria.

De qualquer modo, para que Estados e governos atendessem àquela necessidade de intervir na sociedade, era preciso não só conhecê-la, mas ser capaz de elaborar os

melhores métodos e técnicas para fazê-lo. Nesse cenário, as ciências sociais assumiram importância crescente, em especial as suas formas aplicadas. Nos países centrais, as tecnologias sociais, nas mais diversas formas, foram partes decisivas da implementação dos chamados Estados de bem-estar social, nos quais as políticas sociais nas áreas de trabalho, educação, previdência e saúde constituíam-se como respostas às demandas dos movimentos sociais.

Nos demais países inaugurava-se a *era do desenvolvimento*, sob o signo do planejamento em larga escala. Ciência e técnica foram acionadas para moldar o mundo não euro-americano à feição de um Ocidente moderno que avançava em seu movimento de mundialização. Neste movimento as organizações internacionais teriam um papel fundamental, sobretudo pela generalização das práticas de assistência técnica, transferência de tecnologias e cooperação.

Família norte-americana durante os anos da Grande Depresão. Inicada em 1929, a crise esteve nas origens da Segunda Guerra Mundial. Elm Grove (Califórnia), Estados Unidos, ago 1936

Foto Dorothea Lange
Acervo United States Library of Congress
Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:3c29107v.jpg

Desfile militar na Rússia soviética durante as comemorações pelos 66 anos da Revolução de Outubro. Novembro de 1983

Foto: Thomas Hedden
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki File:October_Revolution_celebration_1983.png

Essas dimensões, relativas às novas tecnologias e aos novos conhecimentos sobre a estrutura e funcionamento das sociedades humanas; ao desenvolvimento econômico e às políticas sociais; e aos diferentes e conflitantes projetos de organização da vida social, moldariam, nas décadas de 1950, 1960 e 1970, o cenário em que se desenvolveriam as diferentes percepções acerca das relações entre saúде e desenvolvimento. Em cada contexto específico, em cada país, as políticas de saúde em muito dependeriam da forma com que esses elementos se articulavam.

Símbolo maior da Guerra Fria, o Muro de Berlim foi construído pela República Democrática Alemã (Alemanha Oriental) em agosto de 1961 com o intuito de separar a parte oriental da cidade de sua porção ocidental, pertencente à República Federal da Alemanha (Alemanha Ocidental). Mais do que a divisão da cidade, sua construção marcou simbolicamente a separação da Europa e do mundo em dois blocos distintos: o bloco socialista, liderado pela União Soviética, e o bloco dos países capitalistas, encabeçado pelos Estados Unidos. Sua queda em novembro de 1989 deu início à derrocada do campo socialista. Na foto, manifestantes em cima do muro de Berlim no dia em que foi derrubado. Ao fundo, o Portão de Brandemburgo. Berlim, 9 nov. 1989

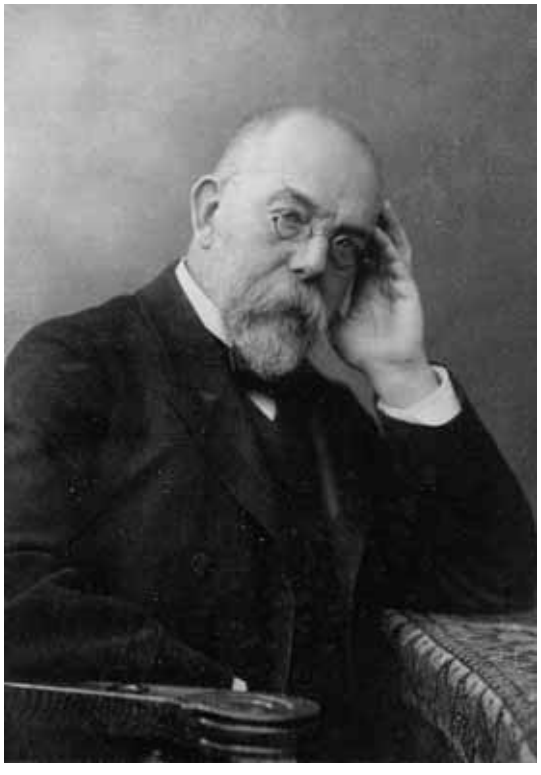
Foto: Sue Ream
Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:BerlinWall-BrandenburgGate.jpg

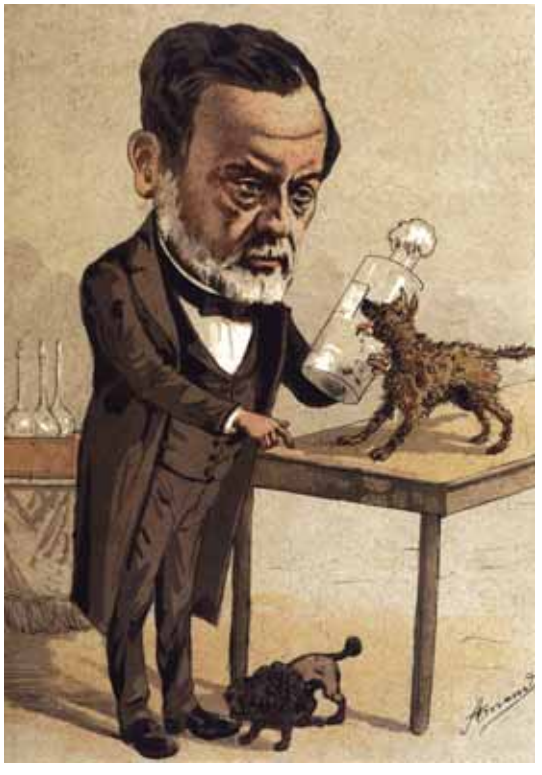
CIÊNCIA, TÉCNICA E FRAGMENTAÇÃO DA SAÚDE

Fernando A. Pires-Alves e Ialê Falleiros

Para alguns historiadores, o longo período compreendido entre os trinta anos finais do século XIX e a década de 1960 pode ser caracterizado como a *era de ouro da medicina*. Seu início remonta ao surgimento da teoria microbiana das doenças, a partir das descobertas de Louis Pasteur e Robert Koch. O principal enunciado dessa teoria era que cada doença era causada por um ser vivo microscópico específico, e proteger um corpo são significava sobretudo destruir aquele agente patológico, evitar o seu contato com seres humanos e a sua propagação no ambiente. Defendia, também, a utilização de vacinas – que consistem basicamente na inoculação de fragmentos, de formas atenuadas ou inativadas dos micróbios – para imunizar o corpo humano de modo a tornar inócuo um eventual contágio (Brandt & Gardner, 2000).

5





O médico e bacteriologista alemão Robert Koch identificou o bacilo da tuberculose e foi um dos fundadores da microbiologia

Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Robert_Koch.jpg

Charge alusiva aos trabalhos relativos à raiva desenvolvidos por Louis Pasteur em seu laboratório

Acervo Instituto Pasteur

Desde então, sucessivamente, várias foram as aquisições científicas e soluções técnicas empregadas no controle e tratamento de doenças, em especial das doenças transmissíveis. Foi, todavia, por volta da metade do século XX que esse processo se acelerou. As chamadas descobertas científicas se tornaram mais frequentes, e mais rapidamente se desenvolveram os meios para sua aplicação prática. Assim, por

Charge alusiva a uma sessão de vacinação contra a varíola. Retrata o temor popular segundo o qual, sendo a vacina obtida a partir da linfa de bovinos, as pessoas inoculadas poderiam adquirir feições híbridas – uma parte humana e outra animal

Acervo Instituto Pasteur

Quadro de Louis-Leopold Boilly (1761-1945) retratando uma inoculação contra a varíola

Acervo National Library of Medicine
Disponível em http://blogs.smithsonianmag.com/science/files/2009/10/NLMNLM1110139308514847 5.jpg

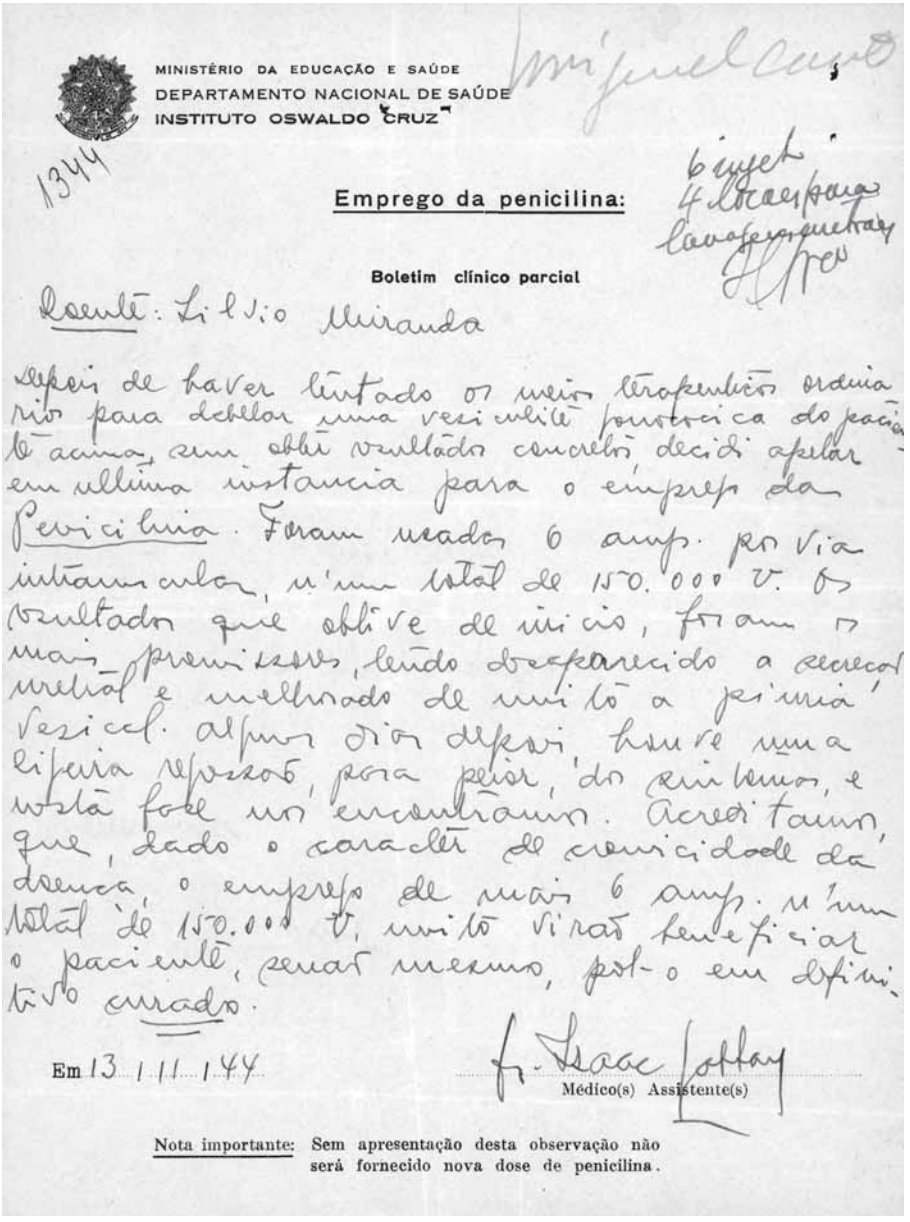
Produção de vacina contra o sarampo em Bio-Manguinhos. Processo de liofilização e envasamento Rio de Janeiro, s.d.

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Produção de vacina contra a febre amarela em Manguinhos. Operação de remoção dos embriões da casca. Rio de Janeiro, 1941-1943

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

exemplo, a partir de 1936, no campo das descobertas antibacteriológicas, a sulfanilamida e outras drogas do grupo das sulfas passaram a ser largamente usadas no tratamento de infecções por estreptococos e estafilococos. A penicilina, descoberta em 1928, a partir dos anos 1940 passou a ser amplamente empregada como substância antibiótica. Também na mesma década, a estreptomicina e a sua combinação com outras drogas foram utilizadas com êxito indiscutível no tratamento da tuberculose.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
INSTITUTO OSWALDO CRUZ

1344

Emprego da penicilina:

Boletim clínico parcial

Doente: Silvio Miranda

Depois de haver tentado os meios terapêuticos ordinários para debelar uma vesiculite gonocócica do paciente acima, sem obter resultados concretos, decidi apelar em ultima instancia para o emprego da Penicilina. Foram usadas 6 amp. por via intramuscular, n'um total de 150.000 V. Os resultados que obtive de inicio, foram os mais promissores, tendo desaparecido a secreção uretral e melhorado de muito a piuria vesical. Alguns dias depois, houve uma ligeira regressão, para peior, dos sintomas, e nesta fase nos encontramos. Acreditamos, que, dado o caracter de cronicidade da doença, o emprego de mais 6 amp. n'um total de 150.000 V, muito virão beneficiar o paciente, senão mesmo, pôl-o em definitivo curado.

Em 13/11/44

Médico(s) Assistente(s)

Nota importante: Sem apresentação desta observação não será fornecido nova dose de penicilina.

Prescrição de penicilina em prontuário médico expedido pelo Hospital Evandro Chagas em 1944
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

No terreno da vacinação, a década de 1950 assistiu ao desenvolvimento da vacina contra a poliomielite por Jonas Salk e Albert Sabin, dando início à possibilidade de imunização contra doenças causadas por vírus, um ser vivo submicroscópico que apenas nos anos de 1930 passara a ser observável mediante o uso de microscópios eletrônicos.

Na química, o esforço de guerra em áreas infestadas pela malária e outras doenças transmitidas por insetos no Pacífico e na zona do Mediterrâneo suscitou o uso generalizado do Dicloro-Difenil-Tricloroetano, vulgarmente conhecido pela sigla DDT, cujas propriedades pesticidas haviam sido definidas em 1939. Seu advento propiciaria novas esperanças para o controle e erradicação de algumas das chamadas doenças tropicais mais importantes. Assim, em 1954, a Organização Pan-Americana da Saúde e, em 1955, a Organização Mundial da Saúde passaram a promover campanhas pela erradicação da malária. A mesma confiança no uso das tecnologias biomédicas suscitou o lançamento de uma campanha mundial de erradicação da varíola em 1959, uma decisão da OMS, a partir de iniciativa do representante da União Soviética e do governo cubano que, juntos, se comprometeram a fornecer inicialmente 27 milhões de doses de vacina. Essa iniciativa seria mais tarde retomada, em 1967, por meio do Programa Intensificado de Erradicação da Varíola, com ampla participação de todos os países (Brown, Cueto & Fee, 2006).

Jonas Edward Salk (1914-1995), médico e cientista norte-americano, desenvolveu a primeira vacina contra a poliomielite, enfermidade também conhecida como paralisia infantil. Defensor de uma ampla distribuição da vacina em todo o mundo, Salk recusou-se a patentear a sua descoberta. Em seus últimos anos de vida, participou de estudos em busca de uma vacina conta o vírus da AIDS

Acervo University of California (San Diego) – Mandeville Special Collections Library
Disponível em http://www.californiahistorian.com/articles/hall-of-fame.html

Em fins da década de 1950, cerca de seis anos após o trabalho de Jonas Salk, o médico polonês naturalizado norte-americano Albert Sabin (1906-1993) demonstrou que a administração oral da vacina contra a pólio poderia ser de mais fácil aplicação do que o método injetável. Suas famosas “gotinhas” passaram a ser então adotadas em praticamente todo o globo. Casado com uma brasileira, Sabin esteve no Brasil em várias ocasiões para acompanhar de perto o combate à poliomielite

Foto Bettmann/Corbis
Disponível em http://www.britannica.com/EBchecked/topic-art/515055/90758/Albert-Sabin-holding-a-vial-containing-his-newly-developed-oral

Desenvolvido durante a Segunda Guerra Mundial, o DDT foi largamente utilizado no combate a doenças transmitidas por vetores, como a malária e o tifo. Na imagem, agente do Programa Nacional de Erradicação da Malária dos Estados Unidos pulveriza inseticida em foco do mosquito *Anopheles*. EUA, 1958

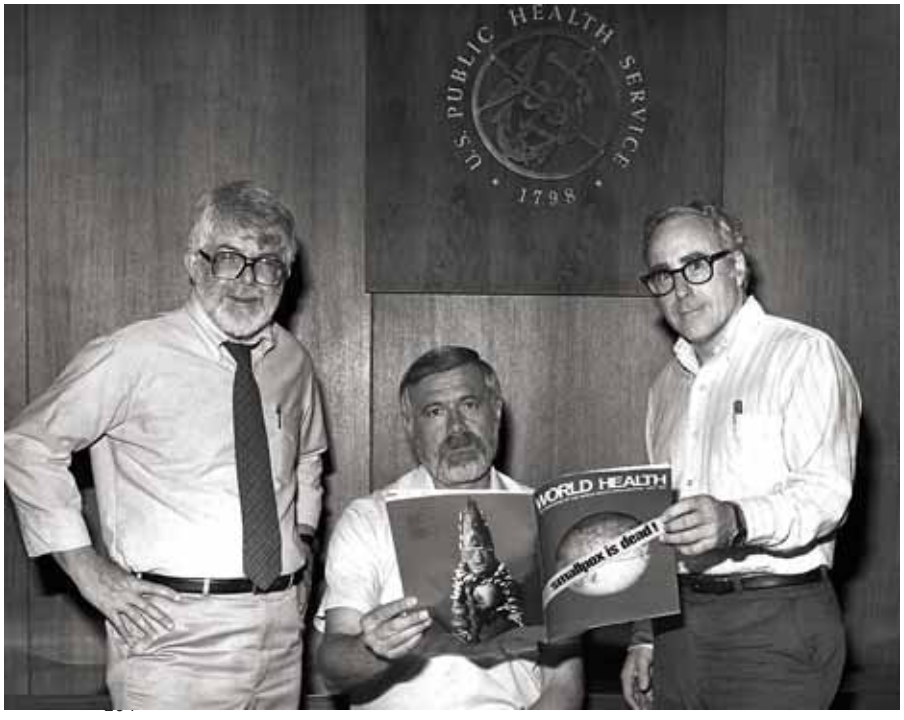
Acervo Centers for Disease Control and Prevention/ United States Department of Health and Human Services Disponível em http:// phil.cdc.gov/phil/details.asp

Fotografia tirada durante campanha de erradicação da varíola na República do Níger, África, em fevereiro de 1969

Acervo Centers for Disease Control and Prevention, United States Department of Health and Human Services Disponível em http:// commons.wikimedia.org/wiki/ File:Fighting_smallpox_in_ Niger,_1969.jpg

Cartaz utilizados em campanhas de combate à varíola promovidas pela OMS na Etiópia

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Ex-diretores do Programa Global de Erradicação da Varíola da ONU. Da esquerda para a direita, Dr. J. Donald Millar, diretor de 1966 a 1970, Dr. William H. Foege, diretor de 1970 a 1973, e Dr. Michael Lane, diretor de 1973-1981

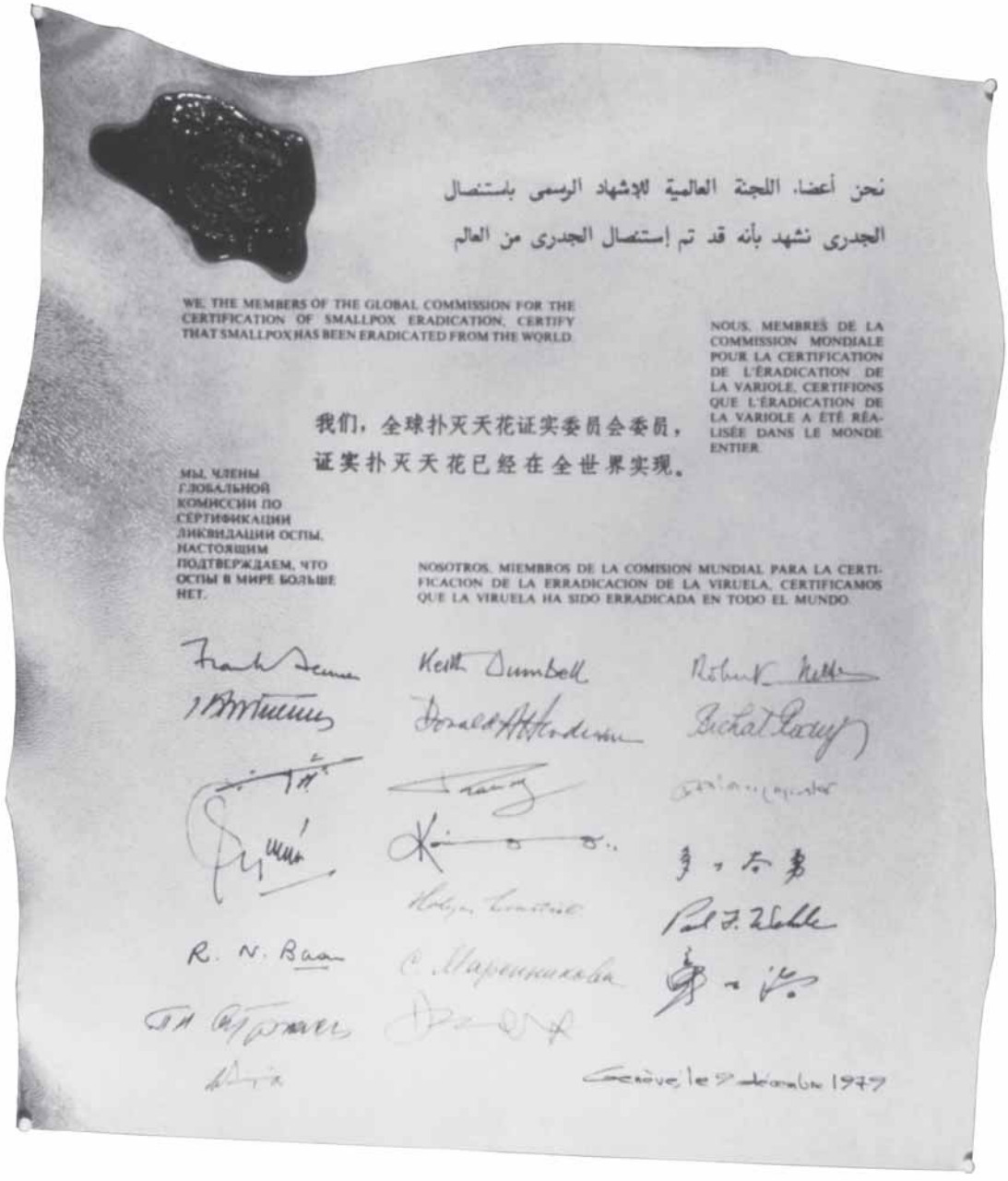
Acervo Centers for Disease Control and Prevention, United States Department of Health and Human Services
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Directors_of_Global_Smallpox_Eradication_Program.jpg

O governo dos Estados Unidos atribuía à malária o *status* de ameaça global, especialmente nas áreas do planeta sob sua influência direta. Acreditava-se que a doença dificultava a penetração de capitais em amplas regiões equatoriais e tropicais, tornando-as mais vulneráveis a uma possível atuação dos países do bloco socialista. De fato, foi o apoio e financiamento por parte de agências norte-americanas, segundo determinadas regras e normas, que propiciou a generalização pelo planeta de campanhas de erradicação da malária e, sem dúvida, o incremento das vendas e dos lucros das companhias produtoras do DDT (Hochman, 2007).

Depois de vultosos esforços coletivos e investimentos, os resultados dessas campanhas foram contraditórios. A campanha contra a malária redundou em completo fracasso, ficando longe de alcançar a meta de erradicação, e em 1969 seria completamente revista pela Assembleia Mundial de Saúde. A campanha contra a varíola, ao contrário, alcançaria seu objetivo, e em 1973 a OPAS/OMS declarou a varíola erradicada das Américas. O último caso natural no planeta foi registrado na Etiópia em 1976, e em 1980 a OMS declarou o mundo livre da doença.

Ao mesmo tempo em que se expandia essa excessiva confiança na capacidade de as novas drogas possibilitarem um amplo e generalizado controle das doenças transmissíveis, a explosão tecnológica do pós-Segunda Guerra afetaria a área da saúde ainda de outras maneiras. O diagnóstico e o cuidado médico

curativo passaram a ser assistidos por equipamentos tecnológicos cada vez mais complexos, que progressivamente constituíram um mercado em franca ampliação. Ao mesmo tempo, como outra face da mesma moeda, o desenvolvimento científico e o uso cada vez mais intensivo de tecnologia tornavam o conhecimento, o ensino e a prática médica crescentemente especializados.


نحن أعضاء اللجنة العالمية للإشهاد الرسمي باستئصال
الجدري نشهد بأنه قد تم إستئصال الجدري من العالم

WE, THE MEMBERS OF THE GLOBAL COMMISSION FOR THE CERTIFICATION OF SMALLPOX ERADICATION, CERTIFY THAT SMALLPOX HAS BEEN ERADICATED FROM THE WORLD.

NOUS, MEMBRES DE LA COMMISSION MONDIALE POUR LA CERTIFICATION DE L'ÉRADICATION DE LA VARIOLE, CERTIFIONS QUE L'ÉRADICATION DE LA VARIOLE A ÉTÉ RÉALISÉE DANS LE MONDE ENTIER.

我们，全球扑灭天花证实委员会委员，
证实扑灭天花已经在全世界实现。

МЫ, ЧЛЕНЫ ГЛОБАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО СЕРТИФИКАЦИИ ЛИКВИДАЦИИ ОСПЫ, НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЕМ, ЧТО ОСПЫ В МИРЕ БОЛЬШЕ НЕТ.

NOSOTROS, MIEMBROS DE LA COMISION MUNDIAL PARA LA CERTIFICACION DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA, CERTIFICAMOS QUE LA VIRUELA HA SIDO ERRADICADA EN TODO EL MUNDO.

Frank Fenner · Keith Dumbell · Robert Kelle
Donald A. Henderson · Richard Foege
R. N. Baar · S. Marennikova
Genève le 9 décembre 1979

Certificado de erradicação da varíola garantindo o controle absoluto da doença em todo o mundo. Documento assinado em Genebra, Suíça, em 9 de dezembro de 1979
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

5

O uso de tecnologias cada vez mais complexas pela medicina contemporânea exige a formação de profissionais com alto grau de especialização. Na foto, médico observa resultados de exames obtidos por tomografia computadorizada

Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Medicoplacas.jpg

Como decorrência do desenvolvimento científico e tecnológico do pós-Segunda Guerra, aprofundou-se a separação entre as políticas e práticas de saúde pública e aquelas de medicina curativa. A saúde pública, orientada, sobretudo, nos modelos das campanhas de vacinação, controle e erradicação de vetores, tornou-se crescentemente centralizada e hierarquizada, constituindo complexos aparatos institucionais para o combate a determinadas doenças. Por outro lado, a assistência médica passou a girar em torno do hospital (que concentrava e organizava as capacidades profissionais, operacionais e tecnológicas disponíveis para a atenção curativa), ao mesmo tempo em que os gastos aumentavam continuamente nessa área. O cuidado tornava-se também cada vez mais especializado e fragmentado, o que se refletia na organização do ensino e do próprio conhecimento em saúde.

Esse modelo de atenção à saúde tendeu a reproduzir-se em vários países do continente americano. As formas pelas quais foi adotado, porém, diferiu de país para país, segundo processos singulares de ajuste, em resposta às diferentes particularidades e tradições na organização dos serviços de saúde. Todavia, os seus limites logo se tornaram claros para aqueles que pugnavam por uma ampliação dos serviços de saúde a partir de uma abordagem mais integrada das relações entre saúde e doença e da própria atenção à saúde.

Paralelamente, a prestação de cuidados médicos deixava de ser um ofício circunscrito à interação bilateral médico-paciente e ao ambiente do consultório particular para se tornar, progressivamente, parte da esfera do interesse coletivo e objeto de políticas públicas a serem conduzidas por agências do Estado. Este movimento integrou um processo de expansão das responsabilidades públicas e atribuições estatais no que concerne à educação, saúde, proteção ao trabalho e previdência, entre outros domínios – processo que se realizou em meio às reivindicações de acesso ao cuidado médico como direito de todo cidadão.

Sob designações como medicina integral, medicina preventiva, medicina comunitária, entre outras, vários movimentos criticaram o tipo de atenção à saúde que se mostrava crescentemente verticalizado, superespecializado e fragmentado. É comum a todos esses movimentos a introdução, sob distintas formas, de elementos da vida social na problemática saúde/doença, procurando romper com as concepções estritamente biológicas ou biologicistas dessa relação. Vejamos a seguir alguns deles.

5

Sala para realização de cateterismo cardíaco em hospital da Alemanha. O desenvolvimento tecnológico da medicina do pós-guerra ajudou a aprofundar a separação entre a saúde pública e a assistência médica hospitalar

Foto: Wolfgang Hunscher
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Herzkatheterlabor.jpg

Medicina preventiva

A medicina preventiva, originária dos Estados Unidos de meados dos anos 1940, foi uma tentativa de se fazer frente aos crescentes custos da atenção curativa e, ao mesmo tempo, à separação entre as esferas da saúde pública e da saúde individual. Procurou-se adotar um conceito de formação médica que já vinha sendo formulado na Europa, sobretudo na Grã-Bretanha, desde pelo menos os anos 1920, como se pode depreender da análise dos currículos das escolas médicas britânicas. Propunha-se reorientar a formação médica com o objetivo de estimular uma atitude preventiva, epidemiológica, social, educativa e de equipe.

As organizações corporativas médicas, de início, reagiram contrariamente a qualquer forma de medicina estatal ou socializada, mas diante das estatísticas alarmantes de mortalidade e das análises que as relacionavam às condições sociais em que eram geradas, tiveram de abrir o caminho para a ampliação das políticas públicas e para uma abordagem social da saúde. Ao mesmo tempo, essa proposta conviveu e se articulou com a medicina tecnológica, que exigia, por sua vez, mais tempo de formação profissional, mais equipamentos e mais tarefas auxiliares, aumentando os custos dos serviços e as possibilidades de ganho pelos empresários da saúde.

Essa nova proposta foi difundida para os países da América Latina por meio da criação de departamentos de medicina preventiva nas faculdades, movimento que se firmou nas associações nacionais e regionais de escolas médicas, contando com o apoio técnico e financeiro da OPAS e de fundações norte-americanas como a Kellogg, a Rockfeller e a Ford. No Brasil, a principal manifestação desse movimento ocorreu com a criação, em meados da década de 1950, dos departamentos de medicina preventiva, de início, na Escola Paulista de Medicina e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, interior de São Paulo. Décadas mais tarde, em 1968, com a reforma do ensino superior, esses departamentos se tornariam obrigatórios nos cursos de medicina (Escorel, 1999).

O profissional médico a ser formado, segundo o modelo preventivista, devia desenvolver um conjunto de atitudes que lhe permitissem se relacionar com a comunidade, com os serviços públicos de saúde e com outras organizações para promoção da saúde e proteção do indivíduo e da família. Assim, a formação desse novo profissional teve papel central e impulsionou uma reforma educacional no interior das escolas médicas. A epidemiologia e a estatística foram introduzidas na formação médica e na produção do conhecimento no campo da saúde. Cada vez mais, a noção de doença passou a envolver a interação de agentes naturais e sociais e, pouco a pouco, os elementos das ciências sociais foram incorporados às pesquisas sobre agentes, ambiente e hóspedes de doenças.

A política estatal de controle de determinadas enfermidades ou eventos tinha como foco, por meio dos órgãos de saúde pública, sobretudo as populações marginais. Para os trabalhadores, a política de saúde ocupacional se desenvolveu com vistas à diminuição de acidentes e faltas no trabalho, o que contribuía para um aumento da produtividade da força de trabalho.

Para seus críticos, a medicina preventiva revestiu-se de sensíveis contradições: propôs-se redefinir as responsabilidades do médico mantendo a natureza do seu trabalho; ampliar seu espaço social, preservando a organização hospitalar e dos consultórios privados; desenvolver a preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca; diminuir o custo da atenção médica, mantendo, todavia, um cuidado médico excessivamente técnico; e melhorar as condições de vida das populações, preservando a estrutura social (Arouca, 2003, p. 238).

Sede da Fundação Ford em Nova York, Estados Unidos. A instituição ajudou a divulgar projetos de medicina preventiva na América Latina

Autor: Stakhanov
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ford_foundation_building_1.JPG

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foi uma das primeiras instituições de ensino do país a adotar a medicina preventiva em seu currículo. Ribeirão Preto (SP), 10 out. 1956

Foto: Zeferino Vaz
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Faculdade_de_Medicina_de_Ribeir%C3%A3o_Preto__Pr%C3%A9dio_Central.jpg

Medicina comunitária

A medicina comunitária surgiu, também nos Estados Unidos, durante a década de 1960, em um contexto de tensões sociais aguçadas pelo crescente desemprego e subemprego, e a emergência de movimentos pela expansão dos direitos civis e de maior inclusão social. Este modelo faz parte das políticas sociais implementadas para responder a essas tensões com a criação de programas assistenciais destinados à contenção da pobreza, e representou a forma pela qual a assistência médica individual foi incorporada à saúde pública norte-americana. Nesse contexto, em 1964, o "Economic Opportunity Act" criou programas de ação comunitária responsáveis pela mobilização e coordenação, em nível local, dos recursos para o desenvolvimento de projetos sociais e educacionais, bem como pelo envolvimento da população pobre em seu planejamento e administração (Donnangelo, 1976, p. 89).

Seguindo essas orientações, os programas de medicina comunitária – cujo alvo era a prestação de serviços à coletividade, sobretudo, de início, às populações rurais, e a principal estratégia era a experimentação de modelos – passaram a se valer de associações entre iniciativas nos âmbitos público e privado. Investiam, também, na mobilização de recursos locais, estimulando a participação dos usuários no controle e na gestão dos serviços, bem como na utilização de mão de obra local, que era capacitada para o atendimento à saúde por meio de ações de treinamento de curta duração.

A aplicação prática da medicina comunitária consistiu na implementação de programas de extensão da cobertura dos serviços de saúde, entre os quais os mais celebrados foram aqueles que mobilizaram amplos contingentes de agentes da comunidade para o provimento de cuidados básicos de saúde, como na China socialista.

No Brasil, as primeiras e principais iniciativas localizaram-se em Ribeirão Preto e no Vale do Ribeira, em São Paulo, seguindo-se as de Montes Claros e do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, de Paulínia, em São Paulo, e Sobradinho e Planaltina, no Distrito Federal.

No plano internacional, esse movimento culminou, em 1977, com o estabelecimento, pela OMS, da meta de Saúde para Todos no Ano 2000, e a definição, pela Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão em 1978, da Atenção Primária à Saúde como principal estratégia a ser utilizada para alcançar aquele objetivo.

Medicina social e saúde coletiva

Paralelamente, e em associação com esse movimento de afirmação da saúde como direito social e expansão da cobertura dos sistemas de saúde, desenvolveu-se na América Latina e no Brasil uma nova abordagem social da saúde, que enfatizava as insuficiências de um enfoque estritamente biológico. Esta nova abordagem se apoiava na ideia de que a estrutura social e as condições de vida, assim como os elementos culturais e simbólicos, constituíam determinações sociais da doença, e que a plena reforma da saúde só se daria nos marcos de um processo de transformação da sociedade. A política, desse modo, passava a ser um componente fundamental para a compreensão da saúde e da doença e para o estabelecimento de novas práticas de saúde que valorizavam o papel dos sujeitos individuais e coletivos. Esse pensamento se firmou, na América Latina, sob a designação de *medicina social*, com expressivo

apoio da OPAS, e teve como ponto de partida os estudos do médico e sociólogo argentino Juan César Garcia. A OPAS e a Fundação Kellog propiciaram o apoio técnico e financeiro necessário à constituição, em 1973, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Uma experiência que seria repetida no ano seguinte na Universidade Autônoma do México. No Brasil, este movimento crítico culminou com o surgimento da *saúde coletiva*, compreendida ao mesmo tempo como uma corrente de pensamento, um movimento social e como espaço de prática concreta, de caráter necessariamente multidisciplinar, que acentuava o foco na dimensão social das formas de adoecimento e da organização dos serviços de saúde e que aprofundava a ruptura com a tradição médica de cunho essencialmente biomédico.

Aspecto de uma favela em São Paulo. O movimento da saúde coletiva apontou os limites de uma concepção de saúde baseada em critérios puramente biológicos. Nessa perspectiva, a doença seria também resultado de fatores sociais como pobreza e falta de saneamento básico

Foto: Peter Mulligan
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Favela_in_Sao_Paulo.jpg

ALMA-ATA, CAZAQUISTÃO, 1978: A CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fernando A. Pires-Alves

> "Muitas transformações sociais e revoluções ocorrem porque as estruturas sociais estão desmoronando. Há sinais de que as estruturas científicas e técnicas da saúde pública também estão desabando."
>
> *Halfdan Mahler*, diretor da OMS
> Discurso de encerramento da Conferência Internacional de Alma-Ata, 1978

A comunidade de Alma-Ata, na Ásia Central, entre os séculos X e XV era um centro comercial e um dos pontos principais de passagem das antigas rotas da seda, um emaranhado de caminhos que ligavam comercialmente o Mediterrâneo oriental e a costa do Oceano Índico, a China e o sudeste asiático. No final do verão de 1978, a então capital da república soviética do Cazaquistão seria palco de um evento igualmente central, agora na definição dos rumos das políticas da saúde internacional e das concepções sobre a prestação de cuidados em saúde: a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde.

Entre os dias 6 e 12 de setembro daquele ano, três mil delegados, representando os governos nacionais de 134 países dos cinco continentes e 67 organizações internacionais, discutiram e aprovaram a Declaração de Alma-Ata, estabelecendo a atenção primária à saúde como a estratégia fundamental para se tentar alcançar a meta de Saúde para Todos na passagem para o século XXI. Os principais elementos dessa estratégia incluiriam uma crítica às ações de saúde de tipo vertical, orientadas por doença, e às tecnologias a elas associadas, assim como ao cuidado médico centrado no hospital. Para alguns, essa crítica era bastante profunda. É ela que justifica e dá sentido ao trecho do discurso do diretor da OMS na Assembleia Mundial de Saúde que convocou a conferência e que aparece como epígrafe desta seção.

Pretendia-se uma completa reorientação das ações de saúde mediante um cuidado e uma abordagem integral da saúde, e a adoção das chamadas *tecnologias apropriadas*, no sentido de serem adequadas às realidades locais, baseadas no conhecimento científico e passíveis de serem financeiramente sustentadas por uma dada sociedade. Ao mesmo tempo, imaginava-se promover o treinamento de pessoal leigo ou não formado e a valorização dos saberes populares, tal como aqueles conhecidos por parteiras e curandeiros (Cueto, 2004). A declaração também enfatizava as relações

Interior do Centro de Convenções Lenin durante a Conferência de Alma Ata. Cazaquistão, setembro de 1978
Acervo Organização Pan-Americana de Saúde
Disponível em www.paho.org

WHO
SECRETARY
PRESIDENT

entre saúde e desenvolvimento, no sentido de conceber o trabalho em saúde não como uma intervenção tópica, destinada a curar, a aliviar o sofrimento, mas como parte de um processo que propicia a progressiva melhora das condições de vida. Dessa forma, a ação direcionava-se, simultaneamente, para os aspectos relacionados à promoção, prevenção e cura, contemplando a participação da população, mobilizando a força de trabalho e os conhecimentos e tradições existentes nas próprias comunidades. Organizava-se de forma intersetorial, atuando também em questões pertinentes à educação popular, à habitação e saneamento, e ao desenvolvimento social sustentado, entre outros temas.

O ambicioso – e para muitos irrealista – objetivo de Saúde para Todos no Ano 2000 e a própria estratégia da atenção primária de saúde eram resultados de um percurso que remonta, pelo menos, ao final da década de 1960. Ele envolveu uma intricada preparação, em um ambiente global desafiador (Cueto, 2004).

Desde finais dos anos 1960, o planeta experimentava o que se convencionou chamar de crise da hegemonia norte-americana, decorrente da derrota militar e política dos Estados Unidos da América no Vietnã (1975); de uma crise cambial que terminou com a desvalorização unilateral do dólar e o fim de acordos monetários que vigoravam desde a Segunda Guerra Mundial (1971); e da mobilização dos países em desenvolvimento na busca de melhores termos nas relações entre as nações ricas e aquelas consideradas do Terceiro Mundo. É desse período, por exemplo, a primeira crise do petróleo (1973), que ocorreu quando os principais países produtores se reuniram e fixaram em patamares bem altos os preços de comercialização (Cueto, 2004).

Halfdan Maller, diretor-executivo da OMS, durante a Conferência de Alma-Ata. À esquerda, o senador norte-americano Edward Kennedy. Cazaquistão, setembro de 1978

Acervo Organização Mundial de Saúde
Disponível em www.who.int

Fuzileiro naval norte-americano é amparado após ter sido ferido em batalha durante a Guerra do Vietnã. 13 jan. 1969

Foto: Bob Jordan
Acervo United States Marine Corps
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:OperationDeweyCanyonwoundedmarine1969.jpg

Nesse contexto, tornaram-se frequentes as críticas às posições que defendiam que mais capitais e mais tecnologias, apenas, seriam suficientes para promover o desenvolvimento dos países tidos como atrasados. E esta crítica também alcançava as práticas da saúde, em particular as campanhas verticais voltadas para doenças específicas e os custos crescentes de um cuidado médico quase sempre dominado por uma lógica mercantil e pouco sintonizado com as necessidades reais da população (Cueto, 2004).

A Comissão Médica Cristã, a Unesco e a OMS, isoladamente e em cooperação, desenvolveram soluções para a expansão do cuidado médico básico, em geral com o uso de estratégias e técnicas de baixo custo. Paralelamente, a China socialista implantou um gigantesco programa de médicos populares. Os "médicos de pés-descalços" chineses, como ficaram conhecidos em quase todo o mundo, eram trabalhadores comunitários de saúde que se dedicavam sobretudo à saúde rural e preventiva, viviam nas localidades em que trabalhavam e recorriam a tecnologias simples, muitas vezes combinando medicina ocidental e saberes populares (Cueto, 2004).

Em 1975, a Assembleia Mundial de Saúde, órgão máximo de deliberação da OMS, estabeleceu que a implementação de sistemas nacionais de atenção primária deveria ser considerada uma prioridade absoluta.

No ano seguinte, a mesma instância fixou a meta de Saúde para Todos no Ano 2000, e o debate sobre a melhor estratégia para alcançar este objetivo se intensificou.

A China e a União Soviética, países então adversários na luta pela liderança do campo socialista, competiram pela prerrogativa de sediar uma conferência integralmente dedicada ao tema. Os soviéticos foram mais convincentes e a capital do Cazaquistão, na Ásia Central, foi imaginada como a solução capaz de acomodar ambos os interesses. As relações entre Pequim e Moscou ficaram cada vez mais tensas e os chineses terminaram por se recusar a participar da conferência (Cueto, 2004).

O encontro se realizou como complemento do ciclo de reuniões destinadas a discutir as novas concepções sobre a atenção de saúde, e havia muita divergência em torno do que seria de fato a atenção primária de saúde. Para alguns, a própria abordagem soviética do problema era tida como excessivamente apoiada na adoção massiva de medicamentos. Para outros, a atenção primária era uma modalidade de medicina simplificada, de baixo custo – em geral tida como emergencial –, dirigida para populações desassistidas, e que poderia conviver com uma atenção médica tecnologicamente sofisticada operando segundo as leis de mercado. Para outros, ainda, partidários da necessidade de afirmar a saúde como um direito e as responsabilidades públicas na provisão de serviços essenciais, a atenção primária deveria ser concebida como a porta de acesso à atenção integral de saúde, proporcionada por sistemas de saúde universais e hierarquizados.

"Médico de pés-descalços" realizando tratamento com acupuntura em trabalhador de área rural na China

Foto: D. Henrioud
Acervo Organização Mundial de Saúde
Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Chinese_barefoot_doctor_performing_acupuncture.jpg

Depois de vários rascunhos e confabulações prévias, a Declaração de Alma-Ata foi aprovada na conferência por aclamação, resultando em um posicionamento coletivo quanto aos limites e à necessidade de reforma do modelo de saúde pública até então praticado, em favor de formatos mais inclusivos e em sintonia com as necessidades das populações (Cueto, 2004).

Todavia, as décadas de 1980 e 90 se revelaram dramáticas para os serviços públicos de saúde. O segundo choque do petróleo, de 1979, a crise dos juros e da dívida externa dos países em desenvolvimento (1982) inauguraram um período de completa restrição dos gastos públicos e dos sistemas de proteção social, e de vigência de ideologias do livre mercado. Neste novo cenário, a meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia de uma atenção primária integral passaram a ser criticadas como irrealistas e ganharam corpo as teses da medicina simplificada dirigida para populações pobres (Brown et al., 2006).

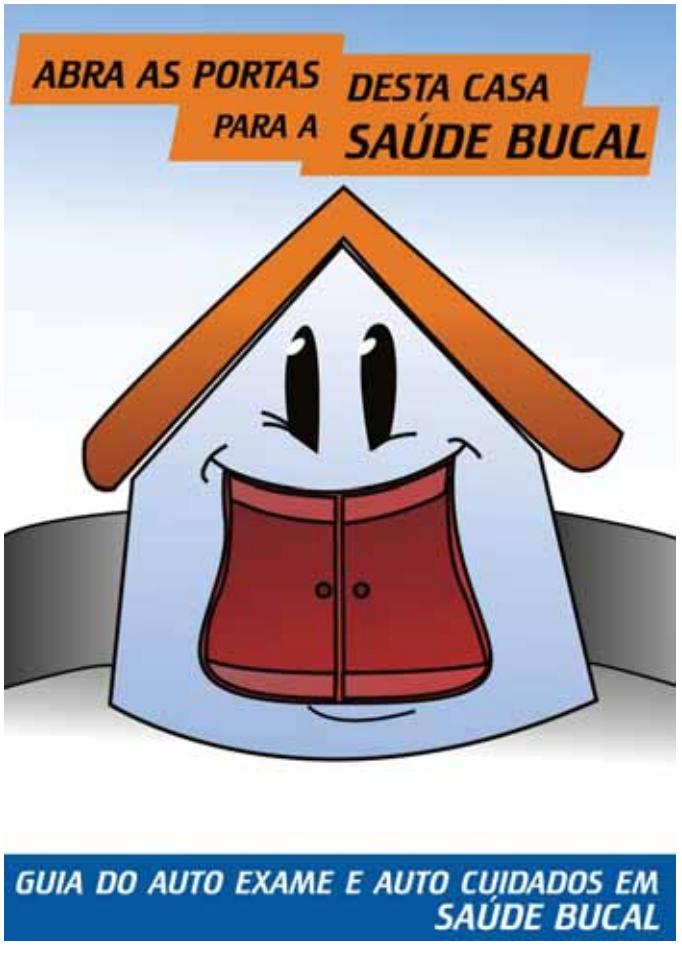
Sob a liderança de instituições como a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial, a Unicef e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento, formulou-se a Atenção Primária Seletiva. Propôs-se, para os países em desenvolvimento, a adoção de estratégias que se diziam temporárias, envolvendo procedimentos simplificados com alto impacto nos indicadores de saúde. Segundo essa concepção restrita, uns poucos procedimentos foram "empacotados" sob a sigla *Gobi*, formada pelas expressões em inglês para: monitoração do crescimento de crianças (***g****rowth monitoring*); uso de técnicas para reidratação oral (***o****ral rehydration*); promoção do aleitamento materno (***b****reast-feeding*); e imunização (***i****mmunization*) (Cueto, 2007; Brown et al., 2006).

Esta concepção restrita da atenção primária passou a ser adotada por várias agências. Para os seus críticos, embora tenha alcançado resultados significativos no terreno da imunização relativa às doenças da infância e na redução da mortalidade infantil, ela

significou o abandono de todo o sentido progressista, transformador e, para alguns, revolucionário presente na declaração de 1978 (Cueto, 2004).

No Brasil, nos primeiros anos do Sistema Único de Saúde (SUS) adotou-se a expressão *cuidados básicos de saúde*, como forma de se diferenciar ideologicamente de princípios originados nas organizações internacionais. Mais tarde, em um movimento de crítica principalmente às políticas seletivas do Banco Mundial, o uso da expressão *atenção primária de saúde* passou a ser mais difundido, como maneira de afirmar uma concepção integral do cuidado em saúde (Mello et al., 2009).

O que essas variações de conceitos e termos indicam é que este debate permanece em aberto. Por envolver considerações a respeito do direito à saúde e da natureza essencial do cuidado à saúde, dos modelos de organização dos serviços e as formas do seu financiamento, e do acesso equitativo e as formas de gestão de serviços, entre outros temas fundamentais, trata-se de uma discussão extremamente atual, sobretudo quando um novo ciclo de crise do capitalismo assinala a fragilidade das crenças que atribuem ao mercado dito livre a tarefa de ordenar toda a vida social.



Capa de folheto utilizado em programa de saúde bucal desenvolvido pela Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura de São Paulo

Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_bucal/index.php?p=5584

Referências bibliográficas

Ciência, técnica e fragmentação da saúde

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

BRANDT, A. M. & GARDNER, M. The Golden Age of Medicine. In: COOTER, Roger; PICKSTONE, John (eds.). *Medicine in the Twentieth Century*. Netherlands: Harwood Academic Publishing, 2000. p. 21-37.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

HOCHMAN, Gilberto. Agenda internacional e políticas nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

MAHLER, Halfdan T. *Social Perspectives in Health*: Address in Presenting his Report for 1975 to the Twenty-Ninth World Health Assembly, Geneva, 4 May 1976, p. 1. Mahler Speeches / Lectures, Box 1, Biblioteca da OMS.

Alma-Ata, Cazaquistão, 1978: a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde

BROWN, T. M.; CUETO, M. & FEE, E. The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 96, n. 1, p. 62-72, 2006.

CUETO, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 94, n. 11, p. 1.864-1.874, nov. 2004.

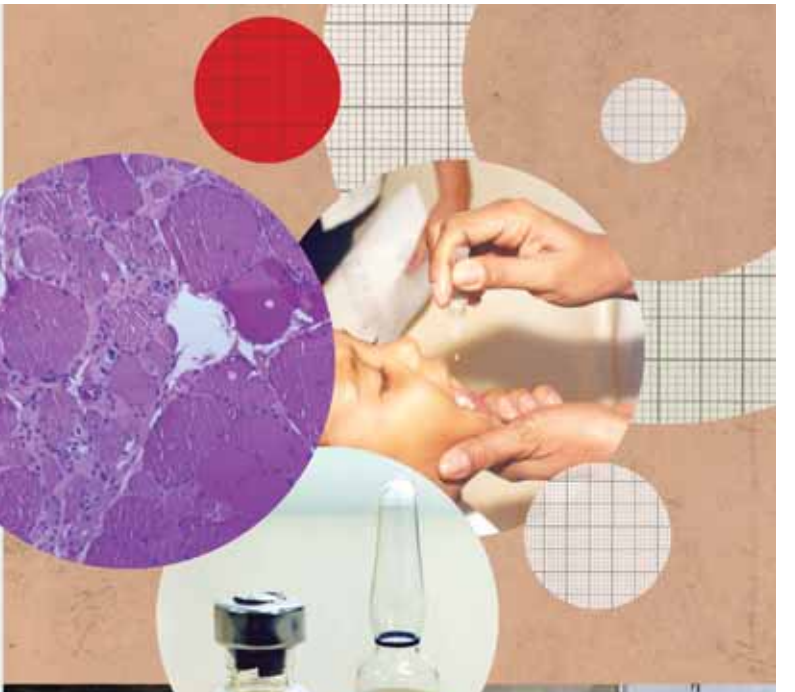
MELLO, Ghilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcelos e DEMARZO, Marcelo Piva. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

6

Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura

CARLOS FIDELIS PONTE
DILENE RAIMUNDO DO NASCIMENTO

I.N.P.S.
PÔSTO DE BENEFÍCIO
PRAÇA ONZE



POLÍTICA ECONÔMICA E ALTERAÇÕES NOS QUADROS EPIDEMIOLÓGICO E SANITÁRIO DO PAÍS

Carlos Fidelis Ponte

> "Tempo negro. Temperatura sufocante. O ar está irrespirável. O país esta sendo varrido por fortes ventos. Max.: 38º, em Brasília. Min.: 5º, nas Laranjeiras."
>
> *Jornal do Brasil*, 14 de dezembro de 1968

6

Assumindo o controle do país em um contexto marcado pela Guerra Fria e por uma crise econômica que lhes conferia o apoio de segmentos expressivos da iniciativa privada e dos setores médios urbanos, os militares adotaram o planejamento como instrumento capaz de equacionar e dar encaminhamento à resolução dos problemas acarretados pelo subdesenvolvimento, que sacrificava a população e minava o orgulho nacional. Nesta perspectiva, a retórica ufanista, que caracterizou boa parte da propaganda do movimento militar, aliou-se a uma sucessão de planos que buscavam alavancar a economia e atacar os obstáculos estruturais que se interpunham ao desenvolvimento.

A adoção do planejamento, entretanto, não representou um consenso entre as correntes de opinião que integravam o bloco de apoio ao movimento de 1964, e a discussão das estratégias a serem implementadas suscitou divergências no meio governista. As propostas para fazer frente ao quadro socioeconômico vigente no final dos anos 1960 incluíam desde medidas de cunho bastante liberal até aquelas claramente intervencionistas. Esta polarização contribuiu para certa descontinuidade da ação governamental, gerando, inclusive, a superposição de medidas contraditórias em termos de políticas macroeconômicas e setoriais (Almeida, 2004). As divergências sobre os rumos a serem assumidos pela política econômica tornaram-se mais evidentes no período de transição entre os governos Costa e Silva (1967-1969) e Emílio Garrastazu Médici (1969-1974), quando despontaram as posições destoantes defendidas, respectivamente, por Albuquerque Lima, Antonio Delfim Neto e João Paulo dos Reis Veloso.

Na visão de grupos nacionalistas conservadores aglutinados em torno do general Albuquerque Lima, candidato derrotado à sucessão de Costa e Silva, era preciso fechar o flanco aos apelos socialistas fortalecidos pelo sucesso da revolução cubana, procurando garantir o aumento de postos de trabalho nas cidades e dar resposta aos conflitos que sacudiam as áreas rurais. Para tanto, esses grupos preconizavam, entre outras medidas, a instauração de uma reforma agrária que desconcentrasse a renda e promovesse a ampliação do mercado interno, como forma de sustentar a industrialização em bases semelhantes às do processo de substituição de importações até então adotado.

Tanques do Exército ocupam as ruas do Rio de Janeiro na noite de 31 de março de 1964 e na manhã de 1º de abril: era o início de um dos períodos mais conturbados da história do país

Disponível em http://orebate-cassioribeiro.blogspot.com/2008/04/ecos-e-flashs-dos-anos-de-chumbo.html

Assembleia estudantil de oposição ao regime militar realizada na PUC, no Rio de Janeiro, em outubro de 1968

Foto: Rubens
Acervo Arquivo Nacional

Policiais a cavalo combatem manifestação contra o regime militar no centro do Rio de Janeiro em 1968

Acervo Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro

O então presidente João Goulart, acompanhado de sua mulher Maria Thereza, discursa em comício na Central do Brasil no qual anunciou um conjunto de medidas de caráter nacionalista que ficou conhecido como reformas de base e que previa, entre outras iniciativas, a realização da reforma agrária e o aumento da participação do Estado na economia. Suas propostas foram duramente combatidas pela cúpula das forças armadas e por setores da elite empresarial do país, e estão na origem do movimento político-militar que resultou na queda de seu governo. Rio de Janeiro, 13 de março de 1964

Acervo Arquivo Nacional/

Defim Netto (à esquerda) e João Paulo dos Reis Velloso em fotos recentes. Durante o regime militar, visões divergentes sobre o desenvolvimento econômico

Fotos: Valter Campanato e Elza Fiúza
Acervo Agência Brasil
Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Delfim_Netto.jpg e http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Joao_paulo_dos_reis_velloso.jpg

Essa proposta, longe de unânime, implicava ferir os interesses das oligarquias agrárias que faziam parte dos alicerces de sustentação do movimento, dificultando sua aceitação por parte do conjunto de forças que formavam a coalizão que derrubara o presidente João Goulart. Para boa parte dos interlocutores do regime, o movimento não reunia condições suficientes para que se buscassem saídas consideradas traumáticas do ponto de vista da manutenção de sua coesão. Além disso, a intervenção estatal na economia era observada com ceticismo por segmentos expressivos da base de apoio dos governos militares. Na opinião de Delfim Neto, por exemplo, o planejamento estatal de longo prazo não passava de "uma espécie de futurologia". Segundo ele, a ação do governo no campo econômico deveria ser meramente instrumental (Macarini, 2005).

Ministro da Fazenda de Costa e Silva, Delfim Neto foi reconduzido ao cargo na administração Médici, contrapondo-se às diretrizes traçadas pela pasta do Planejamento dirigida por Reis Veloso, adepto de intervenções mais duradouras e atentas ao conjunto mais amplo da economia. Utilizando-se de afirmações como "deem-me um ano e não se preocupem com décadas", Delfim Neto defendeu a promoção de medidas de resultados mais imediatos, relegando para segunda ordem as ações permanentes e estruturantes preconizadas pelo Ministério do Planejamento no I Plano Nacional de Desenvolvimento (1972-1974) (Macarini, 2005).

Beneficiário de uma conjuntura externa favorável, o país entrou nos anos de 1970 impulsionado pelos efeitos da ação estatal que procurou aprimorar a estrutura produtiva brasileira conferindo centralidade ao setor agroexportador, visto pelo então ministro da Fazenda Antônio Delfim Neto como o segmento capaz de repercutir de modo positivo nos demais ramos da economia nacional. Vencedor nas disputas travadas com o grupo representado por Reis Veloso, Delfim Neto, contando, entre outros recursos, com a poupança resultante do ajuste fiscal anteriormente efetivado, privilegiou a aceleração do crescimento econômico em detrimento de um maior equilíbrio entre os setores produtivos nacionais, conforme

O presidente Emilio Garrastazu Médici em visita às obras da ponte Rio-Niterói, um dos símbolos do "milagre brasileiro". Rio de Janeiro, 4 ago. 1973

Acervo Arquivo Nacional

"Brasil, ame-o ou deixe-o" foi o *slogan* mais popular veiculado pela propaganda oficial dos governos militares, trazendo implícito em sua mensagem um recado para os descontentes com o regime

Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Brasil_ame-o_ou_deixe-o.png

reclamava a área do Planejamento. Sua ideia era associar os recursos provenientes da exportação à grande capacidade ociosa observada na indústria desde a crise econômica dos anos 1960. Na avaliação do ministro, a agricultura apresentava uma capacidade de resposta à crise bem mais rápida e eficiente do que o parque industrial instalado. Para ele, a indústria nacional não havia alcançado ainda condições que a habilitassem a competir no mercado internacional, estando, portanto, dependente da dinamização do mercado interno, que, a seu ver, seria obtida a partir do fortalecimento do setor agrário e das exportações daí decorrentes.

Bafejado pela grande disponibilidade de recursos financeiros na economia mundial, o desenvolvimento nacional ganhou forte impulso, atingindo o seu auge na primeira metade da década de 1970, período do "milagre brasileiro", em que as taxas de crescimento alcançaram patamares superiores a 10% ao ano, chegando a 14% em 1973 (Abreu, 1989). A aceleração da economia não significou, no entanto, maior distribuição de renda entre a grande parte da população do país, que contava com pouco mais de 90 milhões de habitantes. Na contramão do lema do ministro da Fazenda Antônio Delfim Neto, que afirmava ser preciso "esperar o bolo crescer para depois dividir", o que se observou foi um intenso processo de concentração de riquezas expresso pela formação de grandes conglomerados nacionais, pela crescente presença de multinacionais na economia, bem como pela substituição da agricultura familiar e de subsistência por projetos agroindustriais voltados para a exportação.

Apesar do bom desempenho da economia, as promessas dos lemas ufanistas veiculados pela propaganda oficial, que anunciava a emergência de uma nova potência mundial, não se materializaram. Na realidade, a "democratização do capital" só se fez presente na bolsa de valores, permitindo que uma parcela dos setores médios participasse da euforia desenvolvimentista. Ao lado disso, a utilização dos recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e o crescimento do setor de serviços alimentaram a especulação imobiliária, a indústria automobilística e a produção de bens de consumo duráveis que, impulsionadas pelo crédito facilitado, passaram a contar com um mercado maior no país. Paralelamente à formação desse mercado consumidor, o que se verificou foi um intenso êxodo rural, no qual migrantes expulsos de suas terras ou à procura de melhores condições de vida foram engrossar as periferias das grandes cidades ou "tentar a sorte" nos projetos de expansão da fronteira econômica interna, incentivados pelo governo na Amazônia e no Centro-Oeste.

Dessa forma, o desenvolvimento proporcionado pelo incentivo ao setor agroexportador ampliou as tensões no campo, ao mesmo tempo em que a abertura de mercado de trabalho nas grandes cidades funcionou como uma fonte de atração da mão de obra proveniente dos contingentes marginalizados

pelo processo de mecanização e extensão da atividade agrícola. A conjugação desses fatores gerou um aumento populacional nos centros urbanos, que experimentaram um crescimento sem precedentes. Estima-se que, entre 1960 e 1980, o êxodo rural brasileiro movimentou cerca de 27 milhões de pessoas, encontrando-se entre os maiores movimentos populacionais observados na história mundial. O país, que até os anos de 1960 tinha 55% da sua população nas áreas rurais, passou a apresentar, nas duas décadas seguintes, um perfil demográfico eminentemente urbano, que em 1980 respondia por aproximadamente 70% do total de habitantes (Camarano e Abramovay, 1999).

O crescimento das cidades aliado às precárias condições de vida a que foi submetida a população de baixa renda, alocada em áreas destituídas de estrutura sanitária e sofrendo os efeitos da desnutrição, alterou o quadro epidemiológico do país, revelando, em sua face mais visível, o recrudescimento das doenças transmissíveis e o aumento da mortalidade infantil.

Linha de montagem da Chevrolet. A indústria automobilística foi um dos setores da economia que mais se beneficiou com os anos de crescimento acelerado

Acervo Arquivo Nacional/ Fundo Correio da Manhã

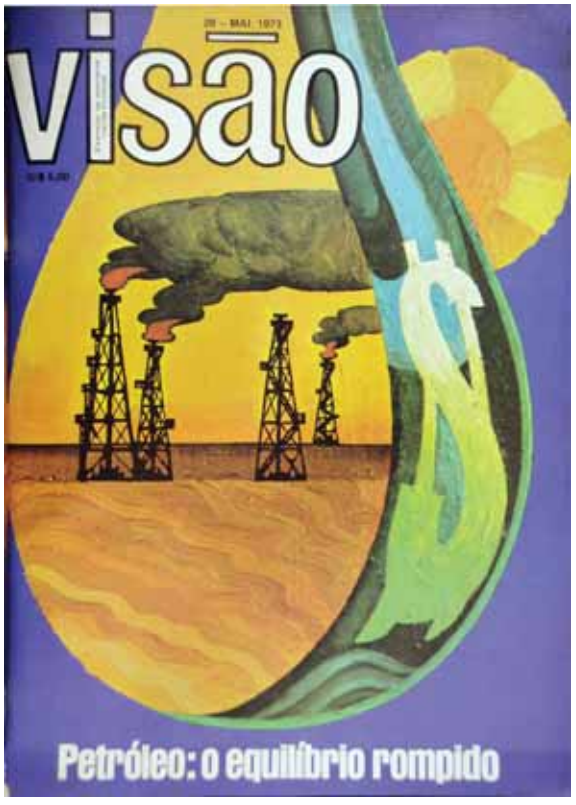
Região central da cidade de São Paulo. Entre as décadas de 1960 e 1980, o Brasil foi palco de um intenso processo migratório dos campos para as cidades, tornando-se um país predominantemente urbano

Foto: Lukaaz
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wikiFile:Centro_Antigo_de_S%C3%A3o_Paulo,_Brasil_-_by_Lucas.jpg

Este quadro comprometia a imagem do regime e desafiava a estrutura de atenção à saúde do Estado. Por outro lado, os projetos de integração nacional e de expansão da fronteira econômica, como os desenvolvidos na Amazônia e no Centro-Oeste, também davam sinais de graves problemas na área da saúde. A malária, a febre amarela e outras doenças endêmicas nessas regiões atingiam milhares de trabalhadores e afetavam a execução dos planos governamentais (Ponte, 2003).

A situação se agravava ainda pela intensa exploração da força de trabalho, que, chamada a participar do esforço desenvolvimentista, era sacrificada pelo aumento da jornada e pelo arrocho salarial incorporados pelo modelo econômico como peças importantes da aceleração do crescimento. Somando-se a isso, em 1973, a partir do primeiro choque do petróleo (quando os países produtores quadruplicaram os preços do produto), a situação externa começou a mudar, sinalizando que os anos de fartura estavam se esgotando e que a crise em breve bateria às portas da classe média.

Dividida entre a saúde pública, propriamente dita, e a medicina previdenciária, a área da saúde encontrava-se extremamente fragilizada e com escassas possibilidades de responder às novas e graves demandas que o modelo de desenvolvimento econômico trazia para o setor.



O "inchaço" das cidades brasileiras nos anos 1970 foi acompanhado pelo aumento da desigualdade social e do número de pessoas vivendo em precárias condições de existência

Fotos: Cid Fayão
Acervo *Escola Politécnica* de Saúde *Joaquim Venâncio*

Capa da revista *Visão* alusiva ao primeiro choque do petróleo: os anos do "milagre" estavam chegando ao fim

Fonte: *Visão*, 28 maio 1973
Acervo Associação Brasileira de Imprensa

A SAÚDE COMO MERCADORIA: UM DIREITO DE POUCOS

Carlos Fidelis Ponte

> "O atual sistema de saúde é incompetente, distorcido e perverso, no sentido de que ele é um devorador de recursos públicos e simultaneamente a isso não consegue resolver os problemas mais simples da saúde do nosso povo."
>
> *Sérgio Arouca*, agosto de 1987

6

Em 1974, com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), as empresas de medicina passaram a contar com uma nova fonte de financiamento para construção, ampliação e compra de equipamentos. Administrado pela Caixa Econômica Federal e constituído principalmente com recursos da Loteria Esportiva, o FAS desembolsou até 1979 cerca de sete bilhões de cruzeiros (moeda de então) para a saúde, dos quais 70% (algo em torno de um bilhão e meio de reais) foram destinados a hospitais particulares situados no eixo Rio-São Paulo (Cordeiro, 1983). Tais empréstimos, em sua maior parte, foram realizados em condições vantajosas para os empresários, ou seja, com longos prazos de carência, juros subsidiados e correção monetária abaixo da inflação. Instala-se, assim, um verdadeiro processo de drenagem dos recursos públicos que passam a capitalizar as empresas de medicina privada, transformando a saúde em um negócio bastante lucrativo.

Nessa perspectiva, a prioridade conferida à medicina curativa, o financiamento público e o crescimento dos grupos privados no setor saúde são as engrenagens de um processo em que a capitalização e expansão da rede privada, por um lado, e a degradação dos serviços públicos e a sangria dos recursos do Estado, por outro, são faces da mesma moeda.

O decréscimo da participação direta do Estado no atendimento à população e sua consequente substituição pela rede privada torna-se mais visível quando verificamos que as internações nos hospitais próprios da Previdência Social caíram dos reduzidos 4,2% do total de internações em 1970 para 2,6% em 1976, enquanto os hospitais particulares passaram a responder por 98% deste serviço (Cordeiro, 1980). Ou, ainda, quando observamos que os 41 hospitais pertencentes ao Inamps em 1978 eram responsáveis por apenas 253 mil internações de um total estimado em aproximadamente 6.286.000. O que significa que, naquele período, 96% das internações ficavam sob a responsabilidade de empresas de saúde contratadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Cabe assinalar que desenvolvimento semelhante ocorreu com os serviços ambulatoriais, uma vez que do total de consultas médicas pagas pelo Inamps em 1978, 53% foram realizadas pela rede contratada e conveniada (Almeida e Pêgo, 1983).

Charge de Carlos Xavier (Caco) satirizando o crescimento da saúde privada no Brasil

Proposta: Jornal da Reforma Sanitária, n. 25, jan. 1991
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Charge de Aristides Dutra sobre a expansão do setor privado na saúde

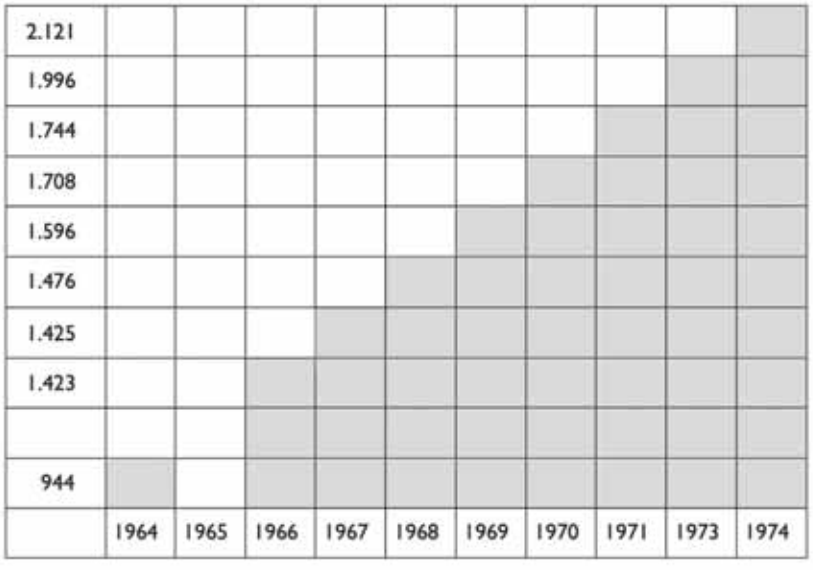
Radis, n.19, mar. 1994
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

A manutenção dessa prática estava em consonância com o pensamento do presidente da Federação Brasileira de Hospitais, que declarava, na *Tribuna da Imprensa* de 21 de julho de 1975, que

> (...) a atuação do Governo deve se concentrar nas atividades de saúde de interesse coletivo, como saneamento básico, pesquisas, formação profissional, higiene e segurança do trabalho. A iniciativa privada concentra-se, principalmente, no atendimento individual (...). A área de atuação do Governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população (...) através de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (apud Luz, 1978, in Guimarães, 1978 e por Cordeiro, 1980, p. 164).

Assim, no que toca à medicina curativa, caberia ao Estado gerar, conforme defendia a Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo por ocasião da promulgação da lei que instituía, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde, (...) os financiamentos que criarão os atrativos para a rede privada assumir o papel que lhe compete (...), ficando o setor público responsável por operar (...) os hospitais cujo atendimento é mais social do que assistencial como: lepra, pênfigo foliáceo, tuberculose (Fernandes, 1975, citado por Cordeiro, 1980).

Expressivo também é o crescimento do número de instituições hospitalares de caráter lucrativo. Segundo os dados disponíveis, de 1964 até 1974 esses estabelecimentos passaram de 944 para 2.121, aumento que ultrapassa o percentual de 200% em dez anos. Isto sem contabilizarmos nesse rol as instituições filantrópicas, que, como se sabe, cada vez mais assumem um caráter empresarial e lucrativo, ou servem de fachada para empreendimentos bastante distintos daqueles concernentes à caridade e ao assistencialismo (Almeida e Pêgo, 1983). O gráfico a seguir traça a linha de evolução do número de estabelecimentos classificados como lucrativos no período compreendido entre 1964 e 1974.

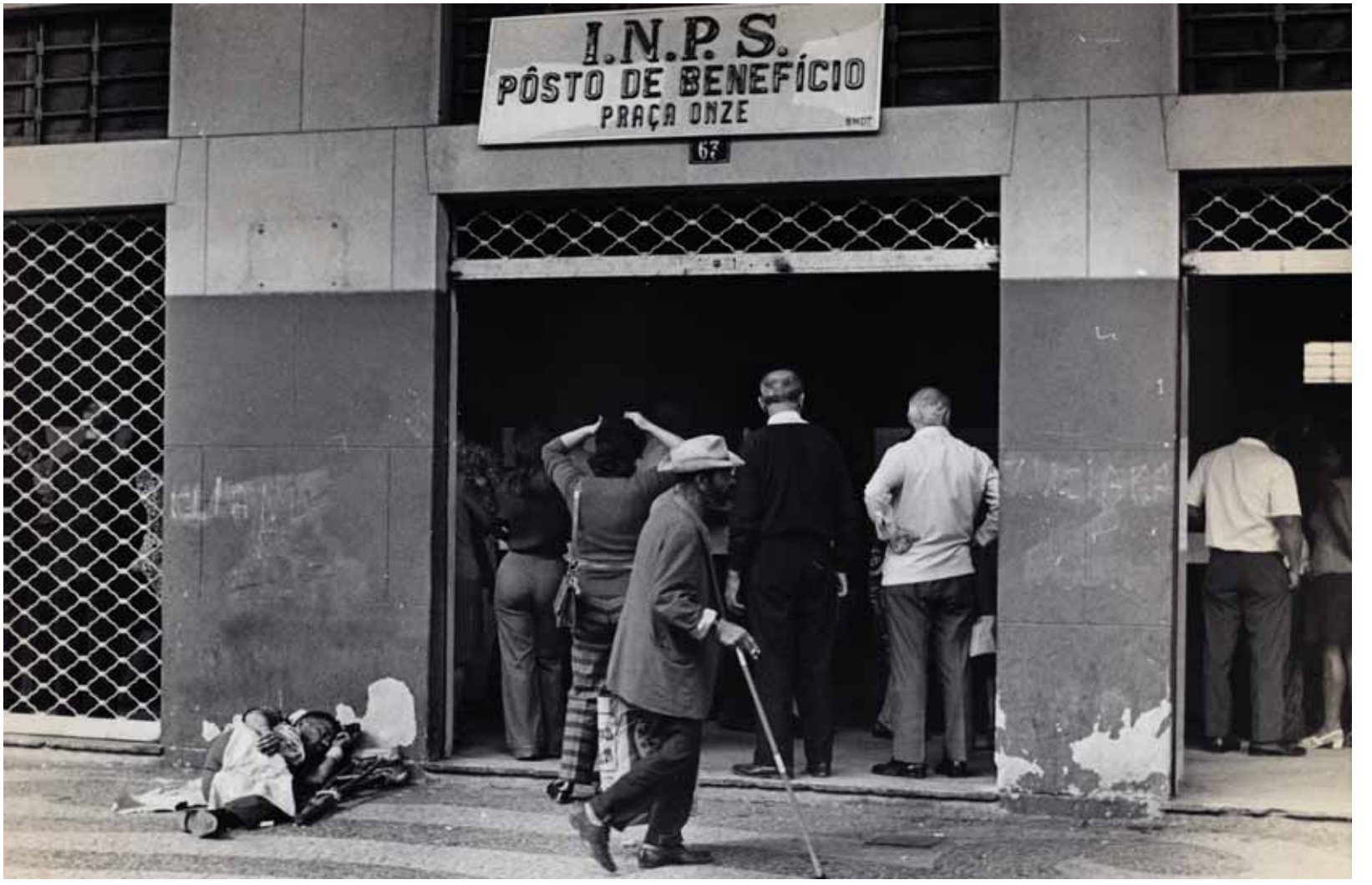


Fonte: Anuários Estatísticos FIBGE. Citado por Almeida e Pêgo (1983).

Apoiado em uma estrutura dependente do nível de empregos e salários e altamente vulnerável às fraudes e aos efeitos da má administração, o sistema previdenciário constituído a partir da Reforma da Previdência em 1967, da qual resultou a criação do Instituto Nacional de Previdência Social e mais tarde do Ministério da Previdência e Assistência Social, cedo começa a dar sinais de esgotamento de suas possibilidades como órgão de atenção à saúde. De fato, conforme observou André Cezar Médici,

> (...) já na segunda metade da década de 70, ninguém mais acreditava na possibilidade de universalizar a atenção à saúde a partir da previdência social, pois mais de 50% dos trabalhadores brasileiros não contribuíam para o sistema (Médici, 1987, in: OPS, 1987).

Posto de atendimento do Instituto Nacional de Previdência Social no centro do Rio de Janeiro. Originado da fusão dos antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), o INPS não foi capaz de garantir o acesso à saúde para todos os brasileiros
Acervo Arquivo Nacional



Entretanto, até que a crise se estabelecesse o que vigorou foi o modelo preconizado pelos empresários da medicina e cuja ênfase estava no aspecto curativo em detrimento de ações de cunho preventivo. Esta opção prevaleceu durante toda a década de 1970 e em parte dos anos 80, período em que começaram a ser discutidas as diretrizes que atualmente orientam o Sistema Único de Saúde.

A tabela abaixo apresenta a evolução dos gastos federais com saúde segundo áreas ou programas específicos. Sua análise permite verificar a imensa desproporcionalidade dos gastos e a pouca atenção conferida aos programas preventivos, como os de controle de doenças transmissíveis. Vejamos:

Charge de Amâncio denunciando a escassez de recursos destinados à saúde pública
Disponível em http://blogdocelsojardim.blogspot.com

Programas do Governo Federal	Gastos % anos de referência						
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Alimentação e nutrição	2,83	3,00	3,28	3,97	4,76	5,95	5,84
Atendimento básico de saúde	0,87	1,46	2,14	1,87	3,06	2,89	2,36
Controle de doenças transmissíveis	2,91	2,81	2,12	1,76	2,21	2,93	2,72
Atenção médico-hospitalar	86,48	86,64	86,29	85,21	83,95	80,46	81,33
Produtos profiláticos e terapêuticos	0,41	0,28	1,89	2,78	2,56	2,81	2,23
Outros	6,52	5,81	4,28	3,42	3,46	4,94	5,49

Fonte: Consolidação Plurianual dos Programas de Governo (OPS, 1987, p. 575).

A saúde pública agoniza

Para além dos problemas resultantes da dicotomia básica entre as ações preventivas e curativas levados a efeito, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pela Previdência Social, a área da saúde pública, por ter seus programas distribuídos por vários ministérios, era também prejudicada pela grande pulverização de recursos e pela falta de coordenação que tal situação acarretava. Importa mencionar, por exemplo, que atividades como saneamento básico encontravam-se sob a responsabilidade exclusiva do Ministério do Interior, a quem cabia também a administração do orçamento previsto para aquela rubrica do gasto federal.

Carente de recursos, precariamente estruturado e subordinado a lógicas e prioridades de outros setores, o Ministério da Saúde detinha reduzida margem de manobra e pouca capacidade de planejamento para equacionar e enfrentar com eficácia os problemas colocados na sua esfera de competência. Vale notar que em 1973, no auge do

"milagre econômico", os recursos destinados ao ministério correspondiam a apenas 1% do orçamento da União, enquanto ao Ministério dos Transportes e às forças armadas, por exemplo, eram reservados 12% e 18%, respectivamente.

Participação do Ministério da Saúde nas despesas gerais da União (Brasil)

Anos de referência	Percentual destinado ao Ministério da Saúde (%)	Anos de referência	Percentual destinado ao Ministério da Saúde (%)
1970	1,11	1978	1,81
1971	1,41	1979	1,82
1972	1,19	1980	1,38
1973	1,03	1981	1,39
1974	0,94	1982	1,56
1975	1,13	1983	1,11
1976	1,58	1984	1,48
1977	1,80		

Fonte: Balanços Gerais da União (até 1982) e orçamentos da União (até 1984). Citado por Médici – Financiamento da saúde. *Boletin de La Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 103, n. 6, diciembre de 1987.

Tal situação era agravada pela constatação de que o desenvolvimento econômico trazia consigo novas e graves demandas para o setor, para as quais não havia recursos orçamentários disponíveis. Assim, numa exposição de motivos dirigida ao presidente da República, em 1973, o ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, justifica seu projeto de obter recursos adicionais para a área junto à loteria esportiva, nos seguintes termos:

> (...) a obtenção de recursos justifica-se em face da constante ampliação dos encargos do setor público em decorrência das profundas transformações resultantes do processo de desenvolvimento que acarretam ao Estado Moderno novas e complexas funções. Esta situação exige novos e mais vultosos investimentos, tanto no campo econômico, como no campo social, que não poderão ser atendidos por meio das fontes tradicionais de financiamento da despesa pública. A par disso, o Ministério da Saúde, além das suas funções normais, prepara-se para o exercício de outra de maior importância, antes referida, de Órgão Central do Sistema Nacional de Saúde, o que por si só justificaria o aumento dos recursos postos à sua disposição. É oportuno ressaltar que a nova fonte de receita objetivada pelo novo projeto constitui a única possibilidade de viabilizar o equacionamento e a solução dos graves problemas de saúde pública (Exposição de motivos n. 286. Brasília, 8 de novembro de 1973. Arquivo do Ministério da Saúde).

Os graves problemas de saúde pública a que se referia o ministro estavam relacionados à degradação das condições de vida da população colocada à margem dos benefícios da industrialização e do crescimento econômico. A natureza da modernização alcançada e o grau de marginalização do processo de

desenvolvimento a que foram submetidos grandes contingentes populacionais, mesmo nos grandes centros e nas áreas mais desenvolvidas do país, podem ser vislumbrados pelo sensível índice de mortalidade infantil.

Conforme observou Costa (1983):

> Particularmente em tempos recentes, quando a degradação bastante acentuada no padrão de vida causou até a inversão na tendência a diminuições nos índices de mortalidade infantil na região mais industrializada e "desenvolvida" do país: o município de São Paulo. (...) o achatamento dos salários provocou não apenas uma queda na capacidade de consumo dos trabalhadores, como um aumento bastante grave na mortalidade infantil entre os anos de 1968 e 1973. Enquanto em 1973 morriam no município de São Paulo 94,0 por mil, na Suécia tínhamos 9,9; México: 51,9; Uruguai: 48,6; União Soviética: 26,4 e EUA: 17,6. Os índices das outras capitais brasileiras também foram altamente significativos: Porto Alegre – 54,8; Belo Horizonte – 124,8 e Recife – 229,9.

A crise de financiamento na saúde manifestava-se, por exemplo, nas precárias condições de atendimento dos hospitais da rede pública
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Tal quadro foi confirmado pelo substituto de Mário Lemos quando da posse do novo governo. Ministro da Saúde da administração Geisel entre 1974 e 1979, Paulo de Almeida Machado traça um panorama do quadro sanitário que herdaria:

> (...) nas grandes cidades existe uma deterioração crescente da saúde. Assim, a mortalidade infantil em São Paulo é hoje mais elevada que em 1962. O Ministério da Saúde, dominando eficazmente as técnicas preventivas para áreas menos desenvolvidas, não se aparelhou para a era industrial. É inegável o despreparo dos órgãos de saúde para enfrentar a problemática dos grandes centros industrializados (Ministério da Saúde. Plano Básico para o Quinquênio, 1975).

Por outro lado, no âmbito da medicina previdenciária, verificava-se que o crescimento se deu numa fase em que se acumulavam agudos problemas na área de saúde pública. Tal situação, aliada à crise econômica que se seguiu ao "milagre", acabou por criar uma demanda ilimitada por assistência médica, num quadro em que se observavam claros sinais de falência de uma estrutura dependente do nível de empregos e salários, e altamente vulnerável às fraudes e aos efeitos da má administração (Ponte, 2003).

IMUNIZAÇÃO: UM PROGRAMA NACIONAL

Carlos Fidelis Ponte

A segunda metade do século XX pode ser caracterizada como marcadamente importante para a história da saúde e da utilização de imunobiológicos no país e no mundo. Impulsionadas pelos progressivos sucessos da Campanha Mundial de Erradicação da Varíola (1959-1977) e pelos avanços no campo de desenvolvimento e produção de imunizantes, essas décadas assistem a uma proliferação do uso de vacinas jamais vista até então. São desse período, entre outras realizações de impacto, as vacinas Salk e Sabin contra a poliomielite; a intensificação das campanhas de vacinação; a constituição do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1974; o surgimento de programas nacionais de vacinação e a erradicação da poliomielite nas Américas, na década de 1990 (Ponte, 2003).

É também nesse período que a vacina se torna, paulatinamente, um negócio interessante para empresas multinacionais. De fato, o que se verifica é que a crescente demanda, associada aos investimentos na criação e ao aprimoramento dessa linha de produtos, tem aberto novas perspectivas de lucro e atraído a atenção de grandes conglomerados empresariais, que, desde a década de 1970, vêm ampliando sua participação no campo de desenvolvimento, produção e comercialização de vacinas.

No Brasil, apesar dos esforços empreendidos, em fins do século XIX e início do XX, por sanitaristas como Oswaldo Cruz, Emilio Ribas e Vital Brazil na defesa da utilização da vacina como meio de promoção da saúde, seu emprego no país só se tornou alvo de uma política de abrangência nacional, a exemplo do que se verificava no cenário internacional, a partir da instituição, em 1966, da Campanha de Erradicação da Varíola.

Nesse sentido, os últimos trinta anos do século XX são particularmente importantes no que concerne à estruturação de um aparato público voltado para a implementação de políticas de imunização que dessem conta de todo o território. Para tanto, foram instituídos novos órgãos públicos e programas de ação. Datam das décadas de 1970-1990, por exemplo, a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), em 1970; o início das atividades da Central de Medicamentos (Ceme), em 1971, cujos propósitos iniciais incluíam o apoio tanto à produção de vacinas quanto de medicamentos, e a institucionalização do Programa Nacional de Imunizações, em 1973. Esse movimento contemplou também a revitalização da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a partir da segunda metade da década de 1970, com o surgimento do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos, em 1976, e do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), em 1981; e o lançamento do Programa de Auto-Suficiência Nacional de Imunobiológicos (Pasni), em 1985 (Ponte, 2003).

Edward Jenner (1749-1823), médico e naturalista britânico, desenvolveu a vacina contra a varíola, a primeira da história

Disponível em http://portrait.kaar.at/Mediziner/image12.html

Jenner vacinando o menino James Phipps, de oito anos, o primeiro ser humano a receber a vacina contra a varíola, em 14 de maio de 1796. Litografia de Gaston Mlingue (1840-1914), final do século XIX

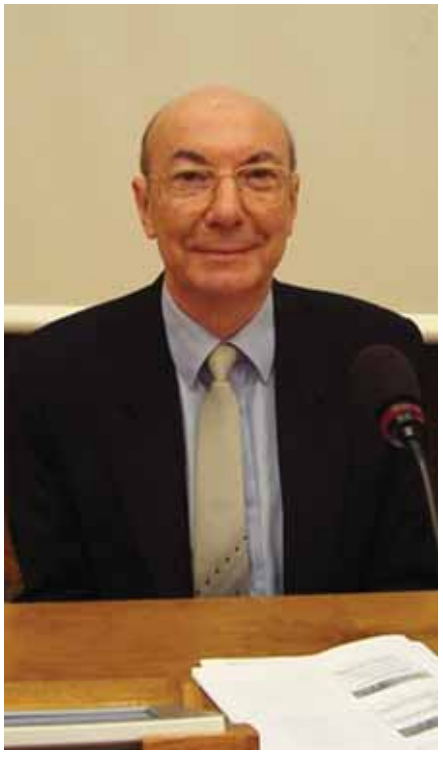
Disponível em http://www.gutenberg.org/files/28456/28456-h/28456-h.htm#page263

Frota da Campanha de Erradicação da Varíola. Observe-se a presença de elementos característicos do modelo campanhista do período, tais como guardas sanitários uniformizados e cartazes fixados nas janelas dos veículos. Garanhuns (PE), 27 jul. 1971.

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Mesmo antes do início da década de 1970, os progressos obtidos na campanha contra a varíola e a crescente aceitação das vacinas como instrumentos positivos de promoção da saúde das populações já vinham animando técnicos e autoridades governamentais a buscar a expansão do uso de imunizantes. Assim, ao analisar o desenvolvimento da campanha de erradicação da varíola, João Batista Risi, um dos seus coordenadores, defendia, em 1968, a ampliação do uso de vacinas. Na sua concepção,

> (...) os resultados que deverão ser colhidos bem que poderiam estimular tarefas semelhantes de imunização em massa, para eliminar outras enfermidades transmissíveis já excluídas em vários países (...).
>
> A Campanha de Erradicação da Varíola prevê o encerramento de seus trabalhos em 1971. Nessa oportunidade teremos, então, apenas começado esta tarefa tão importante da *erradicação de doenças*, que cumpre a medicina realizar com o apoio dos poderes públicos, integrada na sua moderna significação social.
>
> Bastante proveitoso seria para as crianças brasileiras, e certamente honroso para o nosso país, se, ao completar a fase de ataque da Campanha de Erradicação da Varíola, já estivesse em curso um trabalho de *imunização global*, arquitetado nas linhas de um vigoroso *Programa Nacional de Imunização* (Risi, 1968, grifos do autor).



Seguindo os passos de seu pai, João Batista Risi Junior também participou do combate à varíola, tendo coordenado a campanha de erradicação da doença nos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara de 1968 a 1970

Acervo Organização Pan-Americana da Saúde Disponível em http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=469&Itemid=371

Inauguração da campanha antivariólica em Natal (RN) em 1970. A campanha mobilizava grande número de pessoas nos eventos que promovia em cada cidade durante as datas de vacinação. Em geral, estendiam-se até a noite a fim de atender as pessoas que retornavam do trabalho

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Representando a face mais positiva e alvissareira das ações desenvolvidas por uma estrutura ministerial considerada ineficiente e pouco valorizada de atenção à saúde pública, a vacinação em massa começava, cada vez mais, a ser vista como medida factível de melhoramento das condições de saúde da população (Ponte, 2003). De fato, a atmosfera de crescente valorização das campanhas de vacinação, aliada ao estímulo internacional ao emprego cada vez mais amplo dos imunizantes, criou condições favoráveis à implementação de ações de maior vulto. Assim, foi proposta a criação, em 1973, do Programa Nacional de Imunizações (PNI), como forma de ampliar e articular nacionalmente iniciativas que já estavam em curso nos estados.

A utilização de figuras ilustres e de forte apelo popular foi uma das estratégias de mobilização adotadas durante as campanhas. Na foto, Frei Damião recebe a vacina contra a varíola. Paraíba, 1969

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Equipe de vacinação em campanha de erradicação da varíola nas estradas. Para obter maior alcance, as equipes não se restringiam à atuação nos postos; percorriam também as casas, vias de transporte e outros pontos importantes. Maranhão, 1969

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Crianças sendo imunizadas contra a varíola no Rio de Janeiro (RJ) em novembro de 1974. Nessa época, foi amplamente utilizado o dispositivo da pistola para vacinação, operacionalmente mais fácil e indicado para os momentos de surtos epidêmicos. Na pistola era acoplado o frasco de vacina e regulada previamente a quantidade de cada dose a ser ministrada. Seu uso foi depois considerado pouco seguro por apresentar risco de contaminação e pelas dificuldades de precisão na regulagem da dose

Foto: L. Carlos
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

O programa tinha como objetivos "promover o controle do sarampo, da tuberculose, da difteria, do tétano, da coqueluche e da poliomielite e manter erradicada a varíola no país", inclusive estendendo as vacinações às áreas rurais (Ministério da Saúde, 1973). Sua meta era "vacinar 85% da população de zero a quatro anos, visando a provocar a imunidade e a aumentar a resistência" às doenças (Ministério da Saúde, 1973).

Entretanto, seus idealizadores cedo começaram a perceber com clareza a distância que separava o projeto original de sua efetiva execução. Apesar do otimismo inicial, o programa enfrentou, de saída, dificuldades, na medida em que, entre 1974 e 1979, injunções políticas mantiveram em posições-chave na estrutura do Ministério da Saúde os partidários da imunização como atividade rotineira nos postos de saúde e do fortalecimento da rede básica, ou seja, aqueles que eram contrários à realização de campanhas.

Os membros da comissão encarregada da elaboração do programa defendiam ainda a necessidade de preservá-lo ao máximo das oscilações políticas observadas com frequência nos estados, garantindo à coordenação nacional instrumentos para a manutenção da autonomia e da unidade de ação.

Especial atenção foi dada também à produção e ao controle de qualidade de imunizantes utilizados pelo programa. Assim, no que tange à produção, a comissão recomendava o estímulo ao desenvolvimento de vacinas nacionais, a modernização e o aprimoramento dos laboratórios produtores e a implementação do controle de qualidade.

A situação do programa começou a mudar com a instituição, em 1980, dos dias nacionais de vacinação promovidos pela campanha contra a poliomielite, cujo número de casos aumentava vertiginosamente

Paulo de Almeida Machado, ministro da Saúde entre 1974 e 1979. Durante sua gestão, as campanhas foram abandonadas e o programa de vacinação se diluiu na rotina dos postos. Nesse período, a única campanha nacional realizada foi a campanha contra a meningite, em 1975

Acervo Ministério da Saúde

Cartaz publicitário alusivo aos vinte anos do PNI (1973-1993). Um ano após a instituição do programa brasileiro, a OMS anunciou a criação do Programa Ampliado de Imunizações (PAI) com a finalidade de expandir o uso, aprimorar a tecnologia e incentivar a produção de vacinas no mundo inteiro

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Vacinação contra a meningite na cidade do Rio de Janeiro em janeiro de 1975

Foto: L. Carlos
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

naquela ocasião, demonstrando que a rotina não tinha sido suficiente para barrar o avanço da doença. O estrondoso sucesso alcançado pelos dias nacionais de vacinação causou assombro e calou as críticas que seus idealizadores receberam quando propuseram esta estratégia. De fato, nunca se tinha visto algo parecido em um país com as grandes dimensões e a infraestrutura tão precária como a do Brasil. Em plena ditadura, e com todos os problemas que afligiam a nação, os dias nacionais de vacinação transformaram-se, na concepção de um segmento expressivo da saúde pública e de setores do governo de então, numa espécie de ponte momentânea entre o Estado e a sociedade. Para muitos, a dinamização do emprego de imunizantes proporcionada pela Campanha Nacional contra a Poliomielite contribuiu tanto para ampliar o prestígio das vacinas como instrumento de proteção e promoção da saúde, quanto para melhorar a estrutura da rede de saúde e do controle de qualidade no país (Lima, 2002).

Segundo essa visão, os programas de vacinação concorreram "positivamente para o fortalecimento geral dos sistemas de saúde nas Américas", ajudando a iniciar, entre políticos, trabalhadores da saúde e pessoas da comunidade, a cultura da prevenção, além de terem melhorado o relacionamento entre a comunidade e os provedores de serviços de saúde. Para olhares menos otimistas, uma excessiva focalização das ações nas campanhas teria resultado em cortes nos recursos empregados nas atividades de rotina (OPAS, 1995).

Produção nacional, autossuficiência e qualidade

A institucionalização do Programa Nacional de Imunizações, a progressiva dinamização de suas atividades e o sucesso alcançado pela adoção de estratégias de imunização em massa aumentaram em muito a utilização de imunobiológicos e trouxeram consigo a necessidade de garantir a qualidade dos produtos empregados. Essa necessidade se tornou crítica em maio de 1981, quando foi constatada a contaminação da vacina importada da Iugoslávia que seria utilizada na campanha contra a poliomielite, levando ao adiamento dos dias nacionais de vacinação, previstos para julho e agosto daquele ano.

O episódio da contaminação das vacinas contra a poliomielite mobilizou setores da esfera pública no sentido de constituir mecanismos mais efetivos de controle de qualidade dos imunobiológicos utilizados pelos programas do governo, e o Ministério da Saúde começou a discutir a implantação de um sistema nacional de controle de qualidade de vacinas, definindo os laboratórios mais aptos para realizar esse tipo de análise. Imediatamente, ficou estabelecido que qualquer vacina importada pelo Brasil deveria passar por exames rigorosos no Centro Nacional de Referência para Enteroviroses, da Fundação Oswaldo Cruz.

O Brasil começava a perceber o grau de defasagem institucional e tecnológica que o separava dos países do primeiro mundo no que se relacionava ao controle de qualidade e à produção de vacinas e medicamentos. Na realidade, até aquela data, o controle e registro de drogas, alimentos, vacinas e outros produtos de grande impacto sobre a saúde da população eram debilmente realizados. Incorporado à Fiocruz em 1978, um antigo laboratório encontrava-se completamente abandonado e desprovido de recursos humanos e materiais.

A descoberta de contaminação nos lotes de vacinas a serem empregadas em uma campanha do governo, que, apesar da recessão, vinha apresentando resultados muito positivos, de certo influiu para que os recursos anteriormente contratados fossem logo repassados à Fiocruz para a conclusão das obras,

Material publicitário do Programa Nacional de Imunizações. Ministério da Saúde

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

O Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), no *campus* da Fiocruz, em Manguinhos. Rio de Janeiro, s.d.

Acervo Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz

a aquisição de equipamentos e materiais, assim como para a contratação e treinamento de pessoal necessário ao início das atividades de um novo instituto: o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) (Santos, 1999).

Na época, entretanto, não se tinha nem mesmo conhecimento sobre a capacidade e as condições de produção dos laboratórios e fábricas existentes no país. Assim, o Ministério da Saúde convocou um grupo de trabalho cujas atividades incluíram a realização de visitas de avaliação em todos os laboratórios produtores, com a finalidade de levantar e conhecer a capacidade instalada, as linhas de produtos e as condições de produção disponíveis (Bermudez, 1992).

A fragilidade e a dependência do Brasil no campo da produção de imunobiológicos foram, todavia, mais uma vez demonstradas num episódio envolvendo uma empresa multinacional.

Tão logo foi posto em pleno funcionamento, em 1983, o INCQS da Fundação Oswaldo Cruz identificou problemas com a vacina DPT, produzida pela empresa Syntex do Brasil. O Ministério da Saúde ordenou a suspensão da comercialização e distribuição das vacinas analisadas até que as irregularidades apontadas pelos laudos técnicos fossem sanadas. A multinacional, no entanto, optou por desativar sua área de produção de imunobiológicos no país, acarretando graves perturbações ao suprimento de soros antiofídicos, que até os primeiros anos da década de 1980 eram produzidos no Brasil principalmente por aquela empresa (Ponte, 2003).

O Ministério da Saúde buscou a importação de soros antiofídicos e de outros produtos produzidos pela Sintex. Entretanto, a iniciativa esbarrou na demora das autoridades em detectar e reagir ao problema, e na dificuldade de se encontrar as quantidades e as qualidades de soro que atendessem às necessidades brasileiras, pois, como se sabe, esses antígenos são, em geral, preparados a partir de venenos de espécies cuja ocorrência geográfica é restrita, o que acaba por determinar a especificidade do soro e inviabilizar sua substituição por produto similar elaborado com veneno de outras espécies.

A situação tornou-se gravíssima no início de 1985, quando o produto efetivamente desapareceu dos serviços de saúde do país e a imprensa começou a relatar, para espanto da população, a amputação de pernas e braços de trabalhadores rurais e a ocorrência de óbitos decorrentes da inexistência de soros nos hospitais e postos de saúde procurados pelas vítimas de acidentes com animais peçonhentos.

Profissional em atividade no laboratório de toxicologia do INCQS

Foto: Peter Ilicciev
Acervo Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz

Técnicos em laboratório do INCQS

Acervo Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz

Além da crise específica dos soros antiofídicos, o ano de 1985 registrava, já no primeiro semestre, problemas no abastecimento de outros imunobiológicos, como o toxoide tetânico, a vacina antirrábica e a vacina BCG (Ministério da Saúde, 1987). Essa situação era agravada ainda, segundo algumas análises, pelo fato de que o maior rigor no controle de qualidade não estimulava a entrada de produtores privados, uma vez que o setor se caracterizava por ser de alto risco e baixo retorno econômico, sobretudo se comparado ao setor farmacêutico, especialmente lucrativo (Gadelha e Temporão, 1999).

Pressionada pela opinião pública, a Presidência da República solicita ao Ministério da Saúde informações sobre a extensão da crise e sugestões para solucioná-la de forma mais duradoura que a importação em caráter emergencial. A resposta elaborada pelo ministério mostrou a necessidade de criação de um

programa de investimentos federais que possibilitasse dotar o país de um parque industrial capaz de torná-lo independente de qualquer importação de soros e vacinas até 1990. Nascia então o Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni).

Em linhas gerais, o Pasni pode ser caracterizado como um plano de investimento na modernização física, estrutural e tecnológica dos laboratórios nacionais envolvidos com a produção de soros e vacinas utilizados em programas e serviços públicos de imunização e atenção à saúde. Foram destinados recursos para os seguintes laboratórios: Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz/RJ); Butantã (SP); Instituto Vital Brazil (RJ); Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar/PR); Fundação Ezequiel Dias (Funed/MG); Fundação Ataulfo de Paiva (RJ) e Instituto de Pesquisas Biológicas (IPB/RS) (Gadelha, 1996).

As justificativas para a execução de um programa tão ambicioso giravam em torno de quatro pontos. O primeiro deles considerava a questão do ponto de vista da segurança nacional, na medida em que argumentava estar em jogo a saúde de grandes contingentes populacionais que estrategicamente não poderiam depender de importações. O segundo se referia à economia que a nacionalização da produção de imunobiológicos proporcionaria ao país, tendo em vista, inclusive, a possibilidade de o Brasil disputar, em futuro não muito distante, um lugar de destaque no mercado internacional de vacinas. O terceiro salientava que a diversidade de fatores que interferiam no processo de fabricação tornava a indústria de imunobiológicos um investimento de alto risco, pouco atrativo para o capital privado, exigindo, dessa forma, forte participação governamental no setor. O último ponto estava relacionado ao fato de que o domínio da produção de vacinas representava assunto de interesse científico e tecnológico do país, merecendo, portanto, maior atenção por parte do governo federal (Ponte, 2003).

Posto em prática a partir de 1985, o Pasni contribuiu de modo efetivo para a melhoria da qualidade da produção nacional, investindo pesadamente na aquisição de equipamentos e na construção de instalações físicas. Pode-se afirmar, inclusive, que, sem os recursos dele provenientes, boa parte do parque produtor nacional não sobreviveria. Entretanto, apesar dos

sucessos obtidos, o programa não atingiu a maioria das metas e finalidades a que se propunha. Seu principal objetivo, a autossuficiência em imunobiológicos, permanece ainda hoje como algo muito distante (Gadelha, 1996) e as razões para a não-concretização de grande parte do programa podem ser buscadas numa série de fatores.

Percebe-se a ausência de referências realistas ao aparato de conhecimento e pesquisa necessário à implementação e manutenção do programa, e ao equacionamento dos problemas acarretados pelo forte hiato existente entre a pesquisa básica e o desenvolvimento tecnológico no país. Não encontramos também propostas alternativas que visem contornar os entraves colocados por uma administração pública sabidamente burocrática e engessada num emaranhado de leis e procedimentos que mais prejudicam do que defendem o patrimônio e o bem-estar da sociedade. Não se percebia, então, uma preocupação com a montagem de uma estrutura destinada à realização da série de testes que cercam o desenvolvimento e a habilitação de uma vacina. Observa-se que, na realidade, apesar de suas nobres intenções, as metas do Pasni foram hiperdimensionadas, se considerarmos as precárias condições em que se encontrava o país em relação à produção de vacinas e o curto espaço de tempo estabelecido para o seu cumprimento.

Pavilhão Rocha Lima, que abriga o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz/ Bio-Manguinhos. Rio de Janeiro (RJ), 1983

Foto: Vinícius Pequeno
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Fachada do Instituto Butantan, em São Paulo (SP)

Foto: Rhcastilhos
Disponvel em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Instituto_Butantan01.jpghttp://commons.wikimedia.org/wiki/File:Instituto_Butantan01.jpg

Sede do Instituto Vital Brazil, em Niterói (RJ)

Acervo Instituto Vital Brazil
Disponível em http://www.ivb.rj.gov.br

Vista aérea do Complexo Industrial de Bio-Manguinhos, inaugurado em 1998 com recursos do Pasni

Acervo Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz

Na verdade, observada com os olhos do presente, a meta da autossuficiência é, em razão das rápidas e constantes transformações por que passa a área de vacinas, além de irracional, literalmente inatingível. O desenvolvimento e a produção de vacinas são atividades complexas que exigem um aporte considerável de recursos, bem como um longo período de maturação, constituindo-se num investimento sujeito a inúmeras influências e, portanto, de alto risco. Estima-se, por exemplo, que a criação e habilitação de uma nova vacina pode custar hoje, dependendo do caso, algo entre cem e duzentos milhões de dólares e consumir aproximadamente 15 anos entre a bancada e o seu ingresso na rotina dos programas de imunização. Ademais, cabe lembrar que as instituições envolvidas nesse campo encontram-se inseridas numa zona de fronteira do conhecimento cada vez mais dinâmica e competitiva. Isto implica, além da revisão das bases tradicionais de organização, uma constante atualização do saber e das estruturas de apoio e desenvolvimento que o cercam.

Trabalhador em laboratório de produção de vacinas em Bio-Manguinhos

Acervo Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz

Vacina contra a febre amarela produzida em Bio-Manguinhos

Acervo Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz

Assim, por não contemplar entre os seus principais objetivos uma efetiva capacitação no que diz respeito à inovação científica e tecnológica para o setor, o Pasni se viu fragilizado diante das rápidas mudanças no cenário mundial relativas ao avanço tecnológico e organizacional, ficando impossibilitado de acompanhar o ritmo frenético e ininterrupto que caracteriza esse campo desde a década de 1980 (Gadelha, 1996).

Outro fator importante a ser considerado na análise do desempenho do programa refere-se ao período em que o Pasni foi lançado, pois, na década de 1980 e início da seguinte, o Brasil vivia sob os efeitos de uma crise econômica de proporções devastadoras. Esse quadro era agravado também pela demora e irregularidade dos repasses de verbas, que dificultavam ainda mais o planejamento e o cumprimento de compromissos e metas anteriormente estabelecidos, gerando descrédito e aumento desnecessário de despesas.

Soma-se a isso um aspecto sistematicamente assinalado pelos personagens que se viram envolvidos, direta ou indiretamente, com o programa. Para Akira Homma (1996), por exemplo, uma das razões do baixo desempenho dos laboratórios públicos, no que toca ao cumprimento das metas estabelecidas pelo Pasni, era justamente a falta de mecanismos e instrumentos adequados para a gerência das atividades de desenvolvimento tecnológico e produção.

> (...) eles não alcançarão rendimentos equiparáveis aos do setor privado enquanto permanecerem tolhidos pelos baixos salários, pelos superburocráticos processos licitatórios para a compra de material e equipamentos, pela demora na liberação dos recursos orçamentários, pela falta de mecanismos adequados de avaliação de desempenho funcional, pela carência de um sistema de educação contínua na área tecnológica, pela impossibilidade de demitir os funcionários que não rendem e de contratar profissionais com salários de mercado etc. Assim, os laboratórios públicos continuarão a ter dificuldade para cumprir o cronograma de produção, não terão condições de incorporar novas tecnologias e operarão com altos custos de produção. Portanto, é urgentíssimo buscar formas adequadas de gestão que viabilizem administrativa e tecnologicamente os laboratórios públicos produtores de vacinas, que os tornem autossustentáveis econômica e tecnologicamente, sem o que todo o investimento feito pelo governo pode soçobrar. (Homma, 1996, p. 111-132)

Trata-se de um ponto de vista, sem dúvida, polêmico. Mas, para essas análises, estaria em jogo, na realidade, não só a possibilidade de perda do mercado nacional para grupos mais bem aparelhados, e muitas vezes subsidiados pelos governos de seus respectivos países, mas, sobretudo, a própria possibilidade de avanço científico e tecnológico do país.

A EXPERIÊNCIA DO DIA NACIONAL DE VACINAÇÃO

Dilene Raimundo do Nascimento

> "O Dia de Vacinação foi um movimento de massa no país, porque nós vacinamos vinte milhões de crianças. (...) As demandas, as filas enormes, a população acorreu em massa, foi uma festa da sociedade brasileira."
>
> *Mozart Abreu Lima*,
> ex-secretário-geral do Ministério da Saúde, em depoimento de 2002

Para se chegar a essa "festa da sociedade brasileira" houve um trabalho, como disse, na época, o próprio ministro da Saúde, "monumental", tanto para montar a infraestrutura de armazenagem, controle de qualidade e distribuição das vacinas e demais insumos necessários, como para negociar com os outros ministérios – principalmente o de Planejamento, a liberação de recursos financeiros, e o de Relações Exteriores, a importação das vacinas – e com os governos dos estados.

Ao assumir o Ministério da Saúde, em 1979, Waldir Arcoverde, um sanitarista nascido no Piauí e com a experiência adquirida no Rio Grande do Sul, pôs fim a uma gestão em que predominavam os adversários das campanhas de vacinação em massa. Arcoverde convidou Mozart Abreu Lima para ocupar o cargo de secretário-geral do ministério. Um homem do planejamento, respeitado tanto pelos grupos conservadores quanto pelos que defendiam uma reforma do sistema de saúde brasileiro, Abreu Lima teve um papel fundamental na arquitetura do ministério.

Segundo ele, a ideia foi compor uma equipe que funcionasse como pilar de sustentação da pasta ministerial, ligando o norte ao sul do país, tanto do ponto de vista da penetração e liderança política nos estados quanto da qualificação técnica, para enfrentar com competência os problemas na área da saúde pública (Lima, 2002). Para tanto, recorreu a profissionais oriundos da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), que traziam as técnicas e práticas reconhecidas em termos de planejamento e administração; a especialistas em vigilância epidemiológica do Rio Grande do Sul e a técnicos da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que possuíam grande conhecimento da realidade brasileira e de estratégias de controle de doenças, incluídas as passíveis de serem prevenidas por imunização. Além disso, estabeleceu uma estreita aliança com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para apoio em áreas como virologia, epidemiologia e logística.

Essa nova equipe do Ministério da Saúde teve de enfrentar uma importante epidemia de poliomielite no Paraná e em Santa Catarina, em fins de 1979. Ao contrário do que ocorre normalmente nos primeiros

O ministro da Saúde Waldir Arcoverde durante campanha nacional de vacinação contra a poliomielite. 17 jun. 1984
Foto: Jamil Bittar
Acervo Agência O Globo

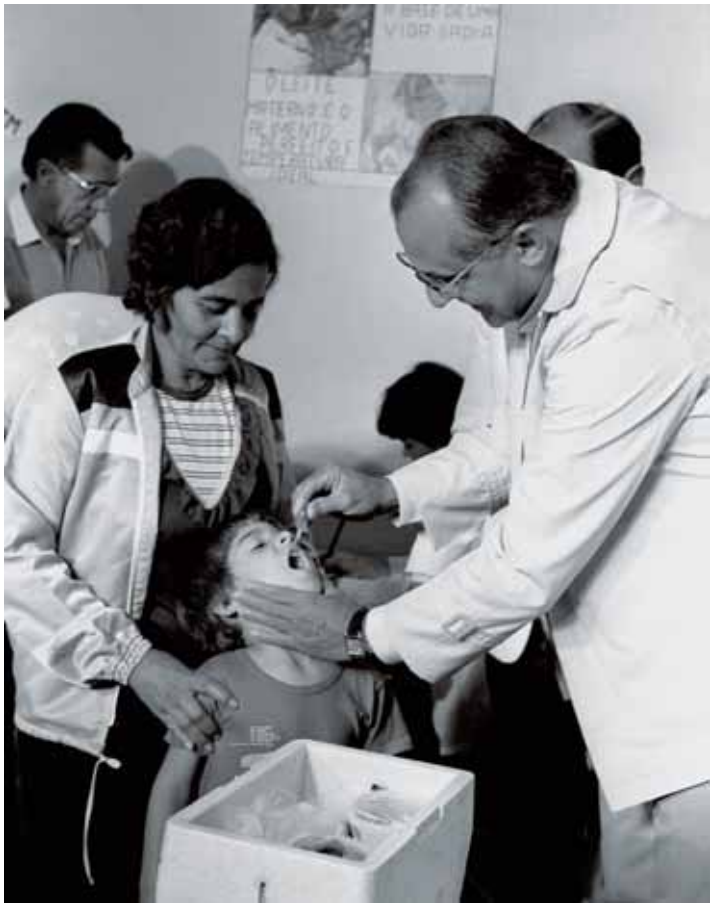
momentos de uma epidemia, em que as autoridades tentam negá-la ou minimizá-la, o secretário de Saúde do Paraná foi à televisão denunciar o fato, atribuindo-o ao descaso do governo federal. A denúncia teve grande repercussão nacional (Risi, 2000).

A essa altura, as características epidemiológicas da poliomielite – como idade, estado vacinal prévio, tipo de poliovírus isolado, municípios de ocorrência e informações relacionadas com a presença de sequelas – já estavam estudadas. Observara-se que a poliomielite incidia mais nas crianças do grupo etário de zero a quatro anos, com predominância no de seis meses a dois anos, não vacinadas, que viviam em zonas urbanas, e era causada principalmente pelo poliovírus do tipo 1 (Risi, 1980).

Esses elementos criaram um ambiente favorável a que se decidisse pelo enfrentamento da poliomielite no Brasil por meio da estratégia de vacinação maciça, em crianças de zero a cinco anos, nos primeiros dias do mês de janeiro de 1980, em período muito curto de tempo, em todo o território nacional (Becker, 2002).

O processo político da proposta de controle da poliomielite

A decisão pela vacinação em massa esteve muito longe de ser tranquila. Sanitaristas, que defendiam a atenção primária à saúde como a política adequada para melhoria integral da qualidade de vida das populações, consideravam a estratégia de campanha prejudicial à conscientização e educação da população para as ações de saúde de rotina. Segundo Risi (2000), havia opositores entre os sanitaristas da Escola de Saúde Pública da USP, que por motivos técnicos privilegiavam as práticas rotineiras dos serviços básicos de saúde. Havia outros que participavam do movimento da reforma sanitária, como os sanitaristas da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e, ainda, os seguidores dos preceitos defendidos na Declaração de Alma-Ata, que preconizava a atenção primária de saúde como estratégia para o alcance da meta de Saúde para Todos no Ano 2000. Ele ressalta que a Organização Mundial da Saúde (OMS) também não apoiou a ideia de "dia nacional".

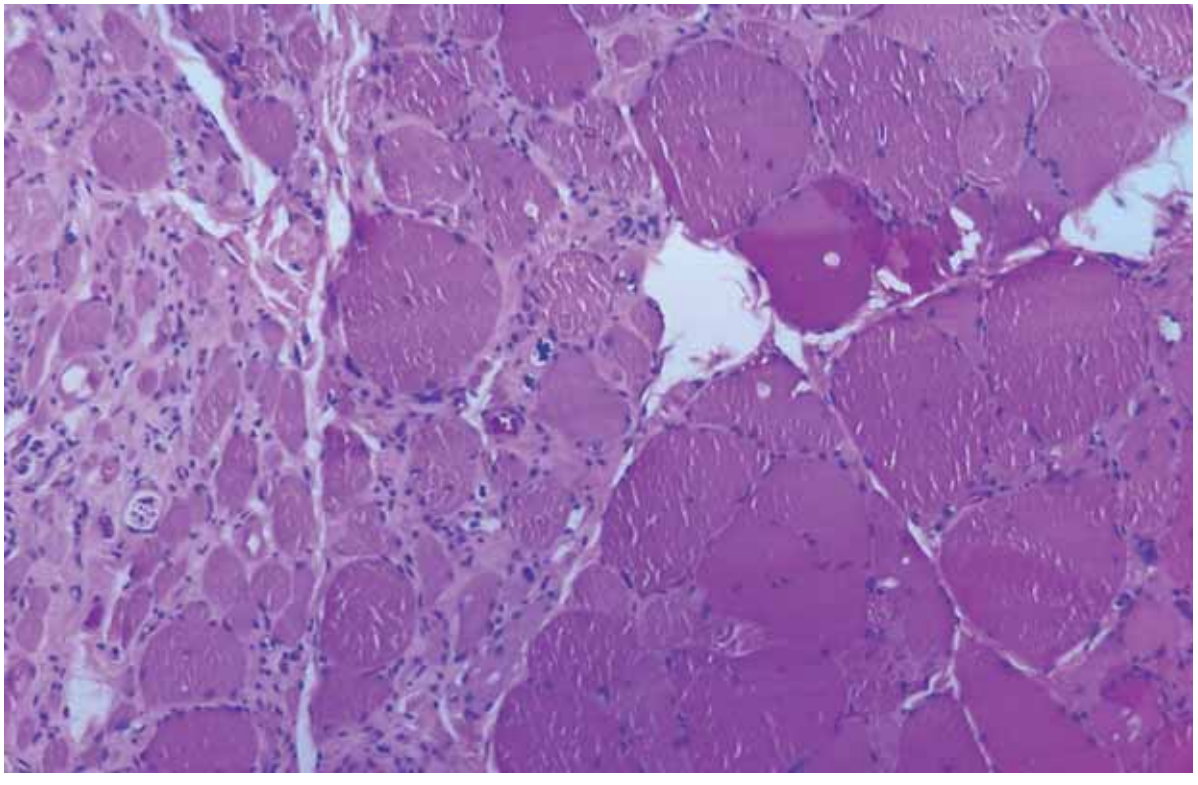


Apesar das oposições, iniciou-se um processo intenso de negociação política entre o Ministério da Saúde e os estados, representados por governadores e secretários de saúde. O ministro viajou para todas as unidades da federação para pedir que os governadores priorizassem a campanha. Era imprescindível que os estados apoiassem essa estratégia de dias nacionais de vacinação porque a execução estaria sob a responsabilidade deles,

cabendo ao Ministério da Saúde fornecer os recursos materiais necessários, inclusive o suprimento de vacinas, além do necessário apoio logístico (Lima, 2002). Cristina Rocha, educadora do Ministério da Saúde, à época, que acompanhou de perto este processo, nos relata um vigoroso trabalho de convencimento e articulação de relações institucionais e técnicas.

> quando decidiram: vai-se fazer a vacinação, a gente entrou de cheio, tanto para trabalhar a questão da comunicação, como para trabalhar a estruturação das campanhas nos estados. (...) Tinha um epidemiologista e um educador, e íamos, em dupla, para os estados para montar todo aquele esquema (...). De uma maneira geral, era assim: a gente chegava, tinha a equipe da secretaria já articulada. Quer dizer, geralmente o nosso contato era com a vigilância epidemiológica, ela já tinha articulado alguém da educação e saúde, alguém da comunicação social, alguém da área de logística, já tinha convocado o pessoal da Superintendência de Campanhas (Sucam) daquele estado, já tinha convocado o pessoal da Fundação SESP. Aí vinha a secretaria de Educação, a secretaria de Governo e fazia-se um grande fórum para colocar a ideia da estratégia e dali se formavam grupos. Então eu tinha o grupo da logística; eu tinha o grupo da educação; eu tinha o grupo da comunicação; e esses grupos iam fazer reuniões e estabelecer um plano de ação para o estado como um todo. Aí eu tinha um grupo que ia descer aos municípios para fazer essa mesma coisa lá (Rocha, 2002).

Porém, mesmo com o processo de abertura política, ainda se vivia sob uma ditadura militar. Nesse sentido, algumas avaliações são explícitas em sinalizar que, a despeito da negociação política com os



Fotomicrografia de tecido de músculo esquelético revelando alterações provocadas pela poliomielite

Acervo Centers for Disease Control and Prevention/ United States Department of Health and Human Services Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:PHIL_2767_Poliovirus_Myotonic_dystrophic_changes.jpg

estados para adesão ao projeto, em último caso se faria valer o sistema ditatorial vigente no país e a decisão presidencial em favor da vacinação em massa. Da mesma forma, a decisão da cúpula do regime permitiu também que os recursos financeiros fossem disponibilizados e canalizados para a operação, e que se facilitassem todos os procedimentos administrativos necessários. Entre estes se incluía a realização de gestões pelo Ministério das Relações Exteriores para que fosse possível, via Organização Mundial da Saúde, o acesso do controle de qualidade brasileiro junto aos produtores internacionais de vacinas, no momento da produção, "para que tivéssemos a certeza da qualidade dessa vacina já que teríamos pouquíssimo tempo para testá-la" (Lima, 2002).

O Dia Nacional de Vacinação e seus resultados

Assim, nos dias 14 de junho e 16 de agosto de 1980, realizaram-se, respectivamente, a primeira e a segunda etapas da vacinação contra a poliomielite no país, para todas as crianças de zero a cinco anos de idade, independentemente de vacinação prévia, em um só dia, em todo o território nacional. Foram vinte milhões de crianças vacinadas.

O esforço para garantir a distribuição das vacinas a cada município e na quantidade apropriada foi gigantesco, agravado pela falta de dados atualizados sobre a distribuição da população no território. Para contornar essa situação, que apontava para o risco de falta de vacinas em determinados lugares e sobra em outros, foi estabelecido um estoque nacional em Brasília, na Central de Medicamentos, articulado com uma base no aeroporto daquela cidade e em vários outros aeroportos do país. Cada secretaria estadual de saúde dispunha de um estoque, inclusive uma reserva de emergência, e cada região tinha um estoque adicional para remanejamento (Lima, 2002). A respeito disso, Mozart Lima (2002) relata-nos que, virtualmente, todos os meios de locomoção imagináveis foram mobilizados, desde grandes ou pequenos aviões até caminhões, lanchas e mulas. Foi preciso também mobilizar, com absoluta prioridade, os sistemas nacionais de telefonia, à época bastante precários; a Associação Brasileira de Radioamadores; além de uma rede de instituições como o Lions Club e o Rotary.

Para Mozart Lima, foi "um dia realmente muito bonito na história da Saúde Pública. Viam-se multidões nas ruas, multidões, as famílias foram realmente [aos postos de vacinação]".

Os dias nacionais de vacinação adotaram como estratégia a produção de material informativo, como cartazes, folhetos e manuais, veiculados em diversos meios e divulgadores de sua linha de ação. Seu objetivo era despertar a consciência da população para a necessidade da vacina. Uma das iniciativas adotadas foi a criação de uma logomarca para a campanha. Seu criador foi o artista plástico mineiro Darlan Rosa, então funcionário de um setor de publicidade de medicamentos do Ministério da Saúde. A logomarca foi batizada com o nome de Zé Gotinha, a partir de um concurso que contou com a participação de escolas públicas de todo o Brasil, e tinha por objetivo popularizar o símbolo da campanha

Acervo Fundação Nacional de Saúde

E tudo se revestiu de muita dramaticidade, em meio a "uma tensão enorme, [em] que a gente jogou, não o nosso sucesso como administradores na saúde, mas era o sucesso de uma estratégia de erradicação de uma doença" (Lima, 2002).

Algumas das lideranças responsáveis pela campanha chegaram a experimentar sentimentos de dúvida quanto à adequação e êxito da estratégia adotada, sobretudo diante das críticas que indicavam a necessidade de fortalecimentos da atenção primária de rotina. Ao fim e ao cabo, todavia, a avaliação dessas mesmas lideranças era de que o saldo final fora bastante favorável. Os Dias Nacionais de Vacinação, de acordo com este ponto de vista, renderam dividendos não só para a questão do controle da poliomielite, mas também para a estruturação da Vigilância Epidemiológica, do Programa Nacional de Imunização, para a organização das equipes de saúde, a prontidão das ações, o trabalho com a comunidade, assim como para um aprimoramento do uso da mídia nas questões de saúde.

Em um relato emocionado, Cristina Rocha nos informa:

> Ás vezes, você se perguntava: 'Puxa vida, esse esforço todinho pra aplicar uma vacina'. Mas, assim, depois, com o correr do tempo, você começa a avaliar que pode até ter sido. Mas você tem os dividendos disso (...). Porque, aí, a gente começa a entender que a prestação do serviço, ela não se dá só dentro das quatro paredes. Então, eu tenho que sair, para fazer vacinação, tem que fazer outras coisas também (...). Você pode trabalhar com a comunidade. Eu acho que teve dividendos. Eu acho que foi uma coisa... E, assim... puxa, a gente conseguiu erradicar a poliomielite. Isso é uma coisa!

E conclui:

> Você não tem o instrumento? Você tem. A vacina ali, de fácil aplicação, disponível, eficaz, por que não usar? E uma outra coisa também que se colocava é que essa era a estratégia: ocupar o espaço, o meio ambiente com o vírus vacinal. Essa era a forma. Então você tinha que fazer o mais rápido possível, o mais maciçamente possível, então... Eu acho que foi uma grande aprendizagem para a saúde pública. (...)
>
> É uma resposta muito concreta que o serviço de saúde dá. Ele sai das quatro paredes. Ele vai mais próximo da população. É uma forma de estar dando uma resposta. Eu acho que melhorou essa relação entre o profissional de saúde e a população.

O nome Zé Gotinha associa as ideias de brasileiro e de vacina e hoje é sinônimo de vacinação. Esta marca teve várias utilizações na mídia, em desenho animado, cartilhas, cartazes de campanhas, camisetas e anúncios de TV

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Em consequência dos Dias Nacionais de Vacinação, houve uma acentuada redução do número de casos da doença, observando-se, no ano seguinte, o menor número já registrado nacionalmente. Desde então, esta estratégia vem sendo adotada e aprimorada com a incorporação de novos imunizantes.

Organização Panamericana da Saúde
Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Considerando que a Comissão Internacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite nas Américas concluiu que a transmissão do vírus selvagem da poliomielite está interrompida na Região das Américas

Confirma-se a conclusão da Commissão Nacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite no Brasil de que o vírus selvagem da poliomielite está erradicado no país

Washington, D.C.
29 de setembro de 1994

Certificado da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declarando erradicada a poliomielite nas Américas e assegurando que a transmissão do vírus selvagem da doença fora interrompida na região, inclusive no Brasil. Washington (EUA), 2 set. 1994

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Os dias nacionais de vacinação contra a poliomielite continuam após a erradicação da doença nas Américas, agora associados a outras vacinas. O objetivo é conscientizar a população sobre a necessidade de continuar vacinando, mantendo a vigilância sobre a doença

Acervo Fundação Nacional de Saúde

6

No Dia Nacional de Vacinação o programa "Fiocruz pra você" bate recordes de crianças vacinadas e coloca a Fundação Oswaldo Cruz como o maior posto de vacinação do país. Todos os anos são mais de 5 mil doses aplicadas num único dia

Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

CRÍTICAS AO MODELO CAMPANHISTA

Carlos Fidelis Ponte

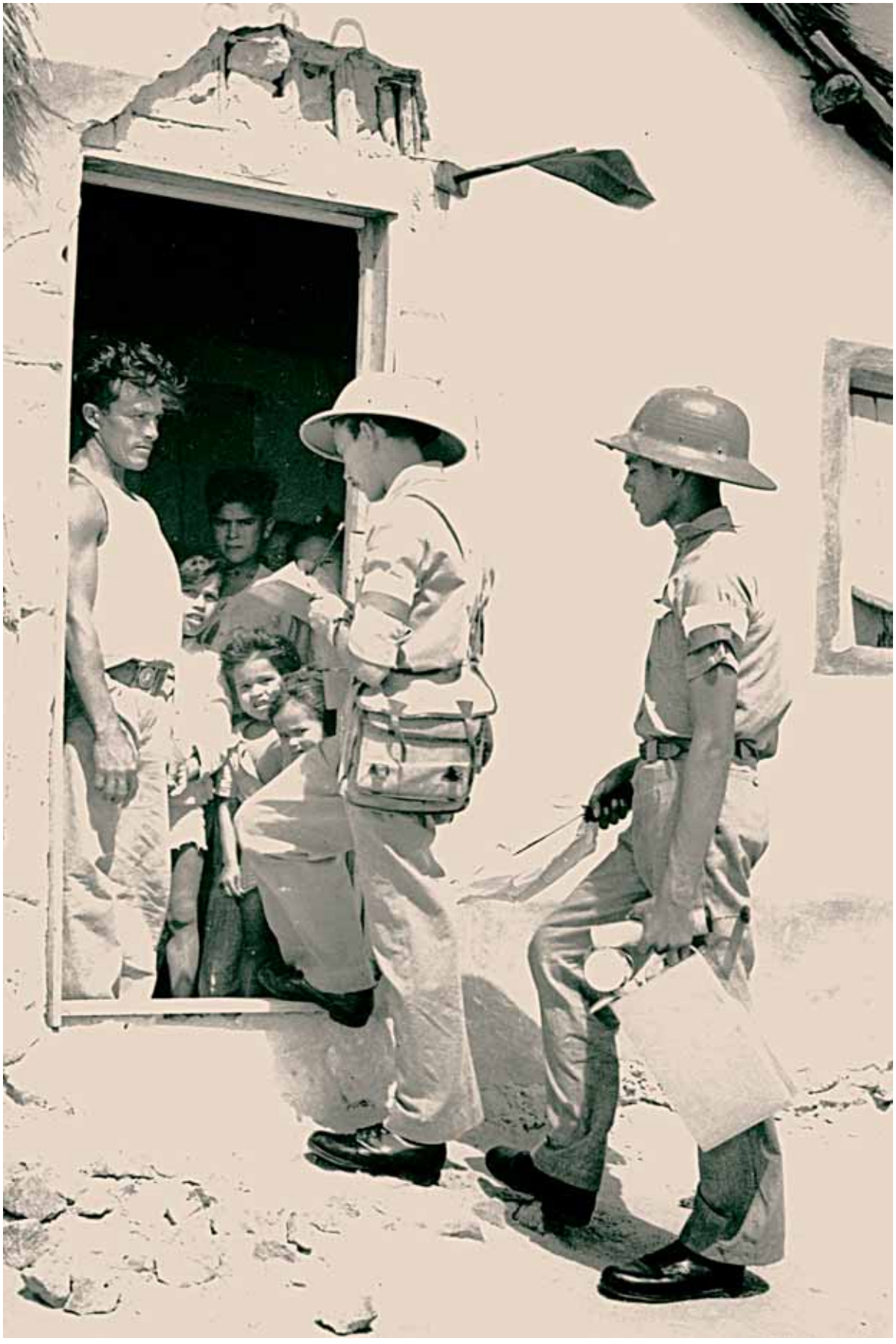
Apesar de ter alcançado relativo sucesso na luta contra diversas enfermidades, a estratégia campanhista não se constituiu em unanimidade no campo da saúde pública. Muitos sanitaristas foram levados, por vezes, a tomar posição em um debate que opunha o campanhismo a outras formas de intervenção. Grande parte desse conflito esteve situada entre os defensores das campanhas de vacinação e aqueles que pretendiam fortalecer o atendimento ambulatorial de rotina.

Os críticos do modelo campanhista acentuavam que o seu caráter de transitoriedade, além de produzir resultados efêmeros, sem possibilidade de sustentação em longo prazo, retirava recursos e desviava a atenção da necessidade de se implementarem no país ações mais sistemáticas e de cunho permanente, cujos impactos seriam, em última instância, preponderantes sobre o quadro sanitário e as condições de vida das populações.

Para parte dos opositores do campanhismo, a focalização servia, muitas vezes, como "jogo de cena" para encobrir a fragilidade do sistema de saúde, que deveria fornecer à população uma assistência integral, com base no princípio da universalidade, e não apenas programas pontuais. Na opinião de muitos, a excessiva centralização e a verticalidade que caracterizavam a estratégia campanhista inviabilizavam a necessária descentralização dos serviços e o enraizamento, no nível local, das ações de saúde, comprometendo suas possibilidades de dinamização, sua integração com as comunidades e o estabelecimento de maior controle social sobre essas atividades.

Entretanto, não obstante os argumentos dos defensores de um atendimento ambulatorial rotineiro e integral, o fato é que estudos posteriores, realizados por uma comissão de especialistas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), revelam aspectos também dignos de consideração na análise sobre a oposição entre tais estratégias de intervenção. Referimo-nos ao relatório final da Comissão Taylor,[1] como ficou conhecida a comissão de especialistas convocada pela OPAS, em 1992, para avaliar de que modo o Programa Ampliado de Imunizações e o Programa de Erradicação da Poliomielite nas Américas[2] afetaram os sistemas nacionais de saúde, e apresentar recomendações com base nos dados encontrados em cada país estudado (Ponte, 2003).

No relatório finalizado em 1995, sob o título "O impacto do Programa Ampliado de Imunizações e da iniciativa de erradicação da poliomielite nos sistemas de saúde nas Américas", a comissão acabou por constatar que os programas contribuíram "positivamente para o fortalecimento geral dos sistemas de saúde nas Américas", ajudando a iniciar, entre políticos, trabalhadores da saúde e pessoas da comunidade, a cultura da prevenção. Acrescentava a comissão que "até agora a experiência demonstra haver



Guarda de capturas do Serviço de Malária do Nordeste abordando uma família numa habitação a ser fiscalizada. Exemplo de organismo criado com base em princípios campanhistas, o Serviço de Malária do Nordeste tinha um objetivo específico e localizado: o combate ao mosquito *Anopheles gambiae*, responsável pela disseminação da malária. Ceará, 1940

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

definitivamente necessidade de implementar os programas PAI/Pólio como parte de programas sistemáticos para o fortalecimento da infraestrutura de saúde" (Ponte, 2003).

A análise revelou ainda que a mobilização social levada a efeito pela campanha havia melhorado o relacionamento entre a comunidade e os provedores de serviços de saúde e também a gestão dos serviços. Entretanto, o relatório alertava para "a menção reiterada de um efeito fadiga nas comunidades e no pessoal" que poderia comprometer, no futuro, o andamento dos programas (Ponte, 2003).

Embora o número de referências negativas fosse bastante inferior, se comparado aos aspectos positivos relatados, o impacto negativo mais apontado, entre os entrevistados pela comissão, foi a excessiva focalização dos programas, em prejuízo de outras atividades de saúde que, em alguns casos, sofreram grandes cortes orçamentários (Ponte, 2003).

Altamente favorável à iniciativa da OPAS, o relatório da comissão finalizava nos seguintes termos:

> Está patente que o Programa Ampliado de Imunizações e a Campanha de Erradicação da Poliomielite utilizaram, com sucesso, uma série de estratégias que não só facilitaram o cumprimento de seus objetivos, mas que, além disso, lançaram uma série de subprodutos que beneficiaram outros programas e serviços de saúde em geral. O mais importante talvez tenha sido aumentar a sensibilização para as vacinas (uma cultura de imunização) e maior comunicação entre o pessoal dos serviços de saúde e as comunidades, diminuindo a desconfiança e construindo pontes de comunicação. Mas o PAI/Pólio também foi útil pelo seu efeito demonstrativo, que incentiva outros programas a adotar suas estratégias entre agências e intersetorial, estratégias junto aos meios de comunicação, sistemas de informações, vigilância epidemiológica, avaliação etc. É bem possível que os sistemas de saúde das Américas não teriam tido a capacidade de responder, como fizeram com a epidemia do cólera, se não tivessem a experiência do PAI/Pólio (OPAS, 1995).

Com o passar do tempo, a polêmica 'rotina *versus* campanhas' perdeu fôlego e muitos passaram a considerar que, na realidade, tratava-se de uma falsa questão, na medida em que é possível, e por vezes desejável, associar as duas formas de ação.

Quadrinhos de Carlos Xavier (Caco) alusivos a campanha de combate à dengue. De forma bem-humorada, o artista destaca as similaridades do modelo campanhista com as estratégias militares

Súmula, n. 87, mar. 2002, p.16
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Notas

[1] Carl Taylor, redator da declaração de Alma-Ata sobre a necessidade de se ampliar e privilegiar a atenção à saúde em termos de atendimento ambulatorial integral e ferrenho defensor do enraizamento das ações de saúde. Taylor presidiu a comissão que levou seu nome a pedido de Ciro de Quadros, então diretor do Programa Ampliado de Imunizações. Segundo Quadros, a escolha de Taylor deveu-se às suas posições contrárias à focalização observada nos programas de vacinação (Quadros, 2001).

[2] O PAI, instituído pela resolução WHA/27.57, aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde em maio de 1974, tinha como objetivos promover a expansão do uso de imunizantes em todo o mundo e estimular o desenvolvimento, produção e aprimoramento de vacinas.

Referências bibliográficas

Política econômica e alterações nos quadros epidemiológico e sanitário do país

ABREU, Marcelo de Paiva (Org.). *A ordem do progresso*: cem anos de política econômica republicana, 1889-1989. Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1989.

ALMEIDA, Paulo Roberto de. *A experiência brasileira em planejamento econômico*: uma síntese histórica. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.pralmeida.org/05DocsPRA/1277HistorPlanejBrasil.pdf

CAMARANO, Ana Amélia e ABRAMOVAY, Ricardo. *Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil*: panorama dos últimos 50 anos. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CASTRO, Antonio Barros de e SOUZA, Francisco E. P. de. *A economia brasileira em marcha forçada*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

GREMAUD, Amaury P.; SAES, Flávio A. M. e TONETO JÚNIOR, Rudinei. *Formação econômica do Brasil*. São Paulo: Ed. Atlas, 1997.

MACARINI, José Pedro. A política econômica do governo Médici: 1970-1973. *Nova Economia*, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 53-92, set.-dez. 2005.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, suplemento 2, 2003.

A saúde como mercadoria: um direito de poucos

ALMEIDA, Célia Maria de e PÊGO, Raquel Abrantes. Organização dos serviços de saúde. In: INSTITUTO Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da V conferência Nacional de Saúde, Brasília, 5 a 8 de agosto de 1975.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Imunizações, 1973.

_____. Ministério da Saúde. Plano Básico para o Quinquênio. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Fundo Presidência. Seção Secretaria da Presidência, caixa 10, maço 2. Documento enviado ao ministro do Planejamento Reis Veloso, em 7 de janeiro de 1975.

CORDEIRO, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. Políticas de saúde no Brasil. In: INSTITUTO Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.

COSTA, Nilson do Rosário. Acidentes de trabalho. In: INSTITUTO Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.

FERNANDES, A. Planejamento de integração dos serviços de saúde pública e privados em nível federal, estadual e municipal: o ponto de vista da iniciativa privada. In: I Encontro de Hospitais do Rio de Janeiro, 1975. 30 p. (mimeo)

GUIMARÃES, Reinaldo (Org.). *Saúde e medicina no Brasil*: uma contribuição ao debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HAMILTON, Wanda e AZEVEDO, Nara. Um estranho no ninho: memórias de um ex-presidente da Fiocruz. Depoimento de Vinícius da Fonseca. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 8, n. 1, p. 237-264, mar.-jun. 2001.

INSTITUTO Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase). *Saúde e trabalho no Brasil*. Coord. Raquel A. Pêgo. Petrópolis: Vozes, 1983.

LUZ, Madel. *As instituições médicas no Brasil*: instituição e estratégia de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MÉDICI, André C. Financiamento da saúde. *Boletin de la oficina Sanitaria Panamericana*, v. 103, n. 6, p. 571-598, dez. 1987.

MORAES, José Cássio de e GUEDES, José da Silva. Epidemiologia da meningite por *Streptococcus Pneumoniae* em área metropolitana, Brasil, 1960-1977. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 348-360, out. 1990.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana de Saúde (OPS). *Boletin de la oficina Sanitaria Panamericana*, dezembro de 1987.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, suplemento 2, 2003.

Imunização: um programa nacional

BERMUDEZ, Jorge A. Z. *Remédios: saúde ou indústria?* A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

_____, J. A. Z. Vacinas: Grupo de Trabalho de Controle de Qualidade de Imunobiológicos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Doenças evitáveis por imunização*. Brasília: Anais do Encontro Nacional de Controle de Doenças, p. 115-123, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. A ação do Ministério da Saúde no controle dos acidentes ofídicos em âmbito nacional. Brasília, 25 de fevereiro de 1987.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Ações Básicas de Saúde. Plano de Ação para Erradicar a Transmissão da Poliomielite no Brasil. Brasília, janeiro de 1986.

_____. Ministério da Saúde. Plano de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos. 1985

_____. Ministério da Saúde. Anais da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 5-8 de agosto de 1975.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Imunizações. 1973.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde. 1973.

_____. Ministério da Saúde. Exposição de motivos n. 286. Brasília, 8 de novembro de 1973.

GADELHA, Carlos A. G. Debate: a produção e o desenvolvimento de vacinas no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 3, n. 1, p. 111-132, mar.-jun. 1996.

_____ e TEMPORÃO, José G. *A indústria de vacinas no Brasil*: desafios e perspectivas. Relatório técnico de pesquisas. Rio de Janeiro: BNDES, 1999.

HOMMA, Akira. Debate: a produção e o desenvolvimento de vacinas no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 3, n. 1, p. 111-132, mar.-jun 1996.

LIMA, Mozart de Abreu e. Depoimento para o projeto *A história da poliomielite e sua erradicação no Brasil*. Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 2002.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana de Saúde (OPAS). Programa Especial para Vacinas e Imunização. O impacto do Programa Ampliado de Imunizações e a iniciativa de erradicação da poliomielite nos sistemas de saúde nas Américas. Relatório final da Comissão Taylor, mar. 1995.

RISI, João Baptista. Varíola. *Separata dos Arquivos de Higiene*, v. 24, tomo único. Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, 1968.

_____. Depoimento para o projeto *A história da poliomielite e sua erradicação no Brasil*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 2000.

SANTOS, Sérgio Gil Marques dos. *Estado, ciência e autonomia*: da institucionalização à recuperação de Manguinhos. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – IFCS; UFRJ, Rio de Janeiro, 1999.

A experiência do Dia Nacional de Vacinação

CAMPOS, André Luiz Vieira; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MARANHÃO, Eduardo. A história da poliomielite e seu controle por imunização. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10 (suplemento 2), p. 573-600, 2003.

RISI JR, João Baptista. Considerações sobre a consultoria prestada pelo doutor Sabin ao Ministério da Saúde. Esclarecimentos necessários em face das repercussões de seu afastamento. Brasília, 1980.

Acervo de Depoimentos Orais: Memória da poliomielite. Organização de Anna Beatriz de Sá Almeida, Dilene Raimundo do Nascimento, Laurinda Rosa Maciel. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Depoimentos orais de: Cristina Maria Vieira da Rocha (2002); João Baptista Risi Júnior (2000); Mozart de Abreu e Lima (2002); Roberto Augusto Becker (2002).

Críticas ao modelo campanhista

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. Programa Especial para Vacina e Imunização: O impacto do Programa Ampliado de Imunizações e da Iniciativa de Erradicação da poliomielite nos sistemas de saúde nas Américas. Relatório final da Comissão Taylor. 1995.

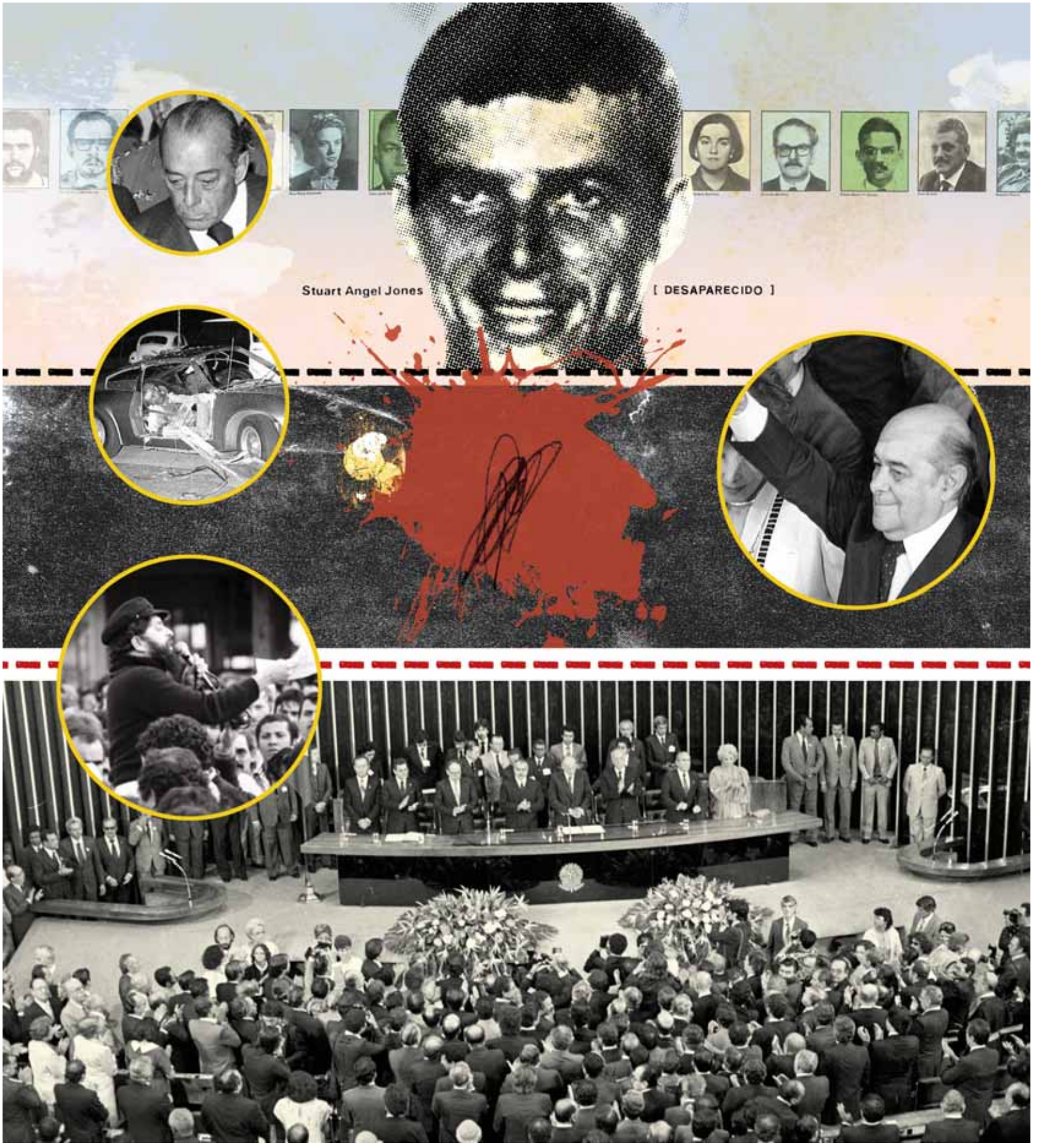
PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, suplemento 2, 2003.

QUADROS, Ciro de. História da poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Acervo de Depoimentos Orais. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Dad; Arquivo Sonoro, 2001. Entrevista concedida a Carlos Ponte, Dilene Nascimento e Jaime Benchimol.

7

O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país

JOSÉ ROBERTO FRANCO REIS


Stuart Angel Jones
[DESAPARECIDO]

A praça é do povo: ampliação da arena política, movimentos sociais e luta pela redemocratização

O início do processo de transição para o regime democrático se dá com a ascensão do general Ernesto Geisel à presidência da República, em 1974, quando, diante dos sinais de esgotamento do "milagre econômico" e da ditadura militar, o governo decide pôr em marcha o projeto de abertura "lenta, gradual e segura". O objetivo do governo Geisel era realizar uma "transição controlada", com um processo paulatino de liberalização do regime que suprimisse os instrumentos de exceção, encaminhasse o país a uma progressiva institucionalização e garantisse a volta dos militares aos quartéis sem risco de revanchismos e outras punições. O que se observou, entretanto, foi um incessante vai e vem entre a utilização dos mecanismos de repressão e a introdução de outros menos ostensivos, como a substituição do ato institucional n. 5 (AI-5), em janeiro de 1979, por um conjunto de medidas denominadas *salvaguardas constitucionais*, tornando-se Geisel – o "ditador da abertura", nos termos felizes do *Jornal do Brasil* – o presidente militar que mais cassou políticos de oposição. De qualquer modo, medidas liberalizantes foram adotadas, como o fim da censura prévia no rádio e na televisão e o restabelecimento da garantia do *habeas corpus* para crimes políticos.

Concebida durante os anos de euforia do "milagre econômico", a Rodovia Transamazônica ficou conhecida como uma das "obras faraônicas" do regime militar. Seu projeto inicial previa a construção de 8 mil quilômetros de rodovia interligando as regiões Norte e Nordeste com o restante do país. Inaugurada oficialmente em agosto de 1972, a obra consumiu milhões de dólares mas não chegou a ser concluída, resultando num enorme prejuízo para os cofres públicos e deixando um rastro de milhares de quilômetros sem qualquer pavimentação em plena floresta

Acervo Arquivo Nacional/

Havia, entretanto, nos meios militares, resistências sérias ao projeto de distensão "lenta gradual e segura" proposto pelo grupo "castelista" (como eram identificados os militares que arquitetaram a distensão, com destaque para a dupla de generais Geisel e Golbery), notadamente dos setores ligados à *comunidade de informações* e identificados com a chamada "linha-dura" do regime, para quem o poder militar deveria se manter inalterado em nome da segurança nacional e do combate à subversão e ao comunismo. Esses setores procuravam desestabilizar o processo de transição controlada por meio de atos terroristas marcados por explosões de bombas em entidades importantes como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), em bancas de jornais e até em igrejas, além de ameaçar e seques-trar lideranças importantes da sociedade civil organizada.

Alguns momentos particularmente significativos e tensos desses embates internos à corporação militar podem ser observados durante os episódios de assassinato, sob tortura, do jornalista Vladimir Herzog (outubro de 1975) e do metalúrgico Manuel Fiel Filho (janeiro de 1976) nas dependências do DOI-CODI de São Paulo. Os episódios provocaram protestos e grande indignação na opinião pública nacional, resultando na substituição do comandante do II Exército, general Ednardo D'Ávila Melo, identificado com a linha-dura do regime, que justificara ambas as mortes com a versão escandalosa de suicídio. Tais disputas se manifestaram também na demissão do ministro do Exército Silvio Frota, que se apresentou como candidato dos "duros" à sucessão presidencial de Geisel e questionou abertamente a autoridade do presidente e em grande medida a própria continuidade do processo de abertura política do país.

Na lógica "castelista" de uma *transição controlada* para o regime democrático não estava previsto que as ruas e praças do país viessem a ser ocupadas por diversos movimentos de protesto e de contestação às políticas da ditadura militar, forçando o governo, e também a oposição liberal, a aceitar uma ampliação da agenda política relacionada com os rumos da redemocratização do país. Com efeito, o que se observa desde os anos de 1970 é um processo de fortalecimento da chamada sociedade civil, que, afastada do espaço da "grande política", procurava agir coletivamente e politizar um conjunto de questões relacionadas ao cotidiano da vida nas grandes cidades, ocupando praças, igrejas, bares, escolas, e transformando-os em espaços públicos de reorganização política e de oposição ao regime.

Um dos mais importantes desses movimentos foi o que se organizou em torno da questão do custo de vida (Movimento do Custo de Vida – MCV). No seu primeiro encontro, em 1972, o MCV reuniu 46 donas de casa, e poucos anos depois, em 1976, promoveu uma manifestação com mais de vinte mil pessoas na Praça da Sé, em São Paulo, entregando simbolicamente às autoridades um abaixo-assinado contra a carestia com mais de um milhão de assinaturas, o que revelava um processo crescente de politização e estruturação do movimento.

Em 1977 foi a vez dos estudantes retornarem à praça pública, com a realização de manifestações e encontros em São Paulo, Brasília e Belo Horizonte nos quais se mesclavam reivindicações específicas da categoria com exigências democráticas. A mobilização culminou com a invasão, em agosto daquele mesmo ano, do campus da PUC de São Paulo, comandada pelo próprio secretário de Segurança Pública do estado, coronel Erasmo Dias. Empregando grande violência, as forças policiais depredaram as instalações físicas da universidade e feriram estudantes, professores e funcionários, provocando a solidariedade e a simpatia de amplos setores da sociedade civil para com as lutas estudantis e as causas democráticas em geral.

Generais Ernesto Geisel e Golbery do Couto e Silva, os mentores da transição "lenta gradual e segura" para a democracia

Acervo CPDOC/FGV

Com a "abertura", a política volta às ruas

"Quebra-nós", charge de Mayrink
Boletim Abrasco, n. 13, nov.-dez. 1984, p.1
Acervo Abrasco

Policiais jogam bombas de efeito moral e prendem mais de 2 mil alunos em encontro de estudantes da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo, 22 set. 1977

Acervo Agência Estado

No campo específico da luta sindical e trabalhista, o ano de 1978 foi marcante, com o início de um movimento grevista na região do ABC paulista envolvendo milhares de trabalhadores. Conhecidas como greves dos "braços cruzados, máquinas paradas", organizaram-se por locais de produção em paralisações de curta duração que tinham como principal ponto de pauta maiores índices de reajuste salarial, o que significava o questionamento da política salarial e trabalhista da ditadura. No ano seguinte se observa um processo de generalização das greves, que passam a envolver milhões de trabalhadores de várias categorias e de todo o país: além de metalúrgicos, professores, médicos, enfermeiros, lixeiros, cobradores e motoristas de ônibus, bancários, mineiros, trabalhadores da construção civil etc., num total de mais de três milhões de trabalhadores e 430 greves. Em torno do movimento grevista organizou-se uma ampla rede de solidariedade da população, principalmente nos bairros populares, com a instituição de fundos de greve para oferecer apoio aos envolvidos no movimento. Assembleias imensas, reunindo mais de cem mil trabalhadores no estádio de Vila Euclides, em São Bernardo do Campo, revelaram novas lideranças

Operários em greve ocupam a sede da Scania, no ABC paulista, em maio de 1979

Foto: Luciano Vicione
Acervo Sindicato dos Metalúrgicos do ABC
Disponível em http://www.abcdeluta.org.br/materia.asp?id_CON=196

Helicóptero do Exército sobrevoa assembleia dos metalúrgicos durante a greve de 1980

Foto: Ricardo Malta
Acervo Sindicato dos Metalúrgicos do ABC
Disponível em http://www.abcdeluta.org.br/materia.asp?id_CON=243

Durante as greves do ABC surge uma nova liderança política: Luiz Inácio da Silva, o Lula

Foto: Kátia Dotto
Acervo Sindicato dos Metalúrgicos do ABC
Disponível em http://www.abcdeluta.org.br/materia.asp?id_CON=675

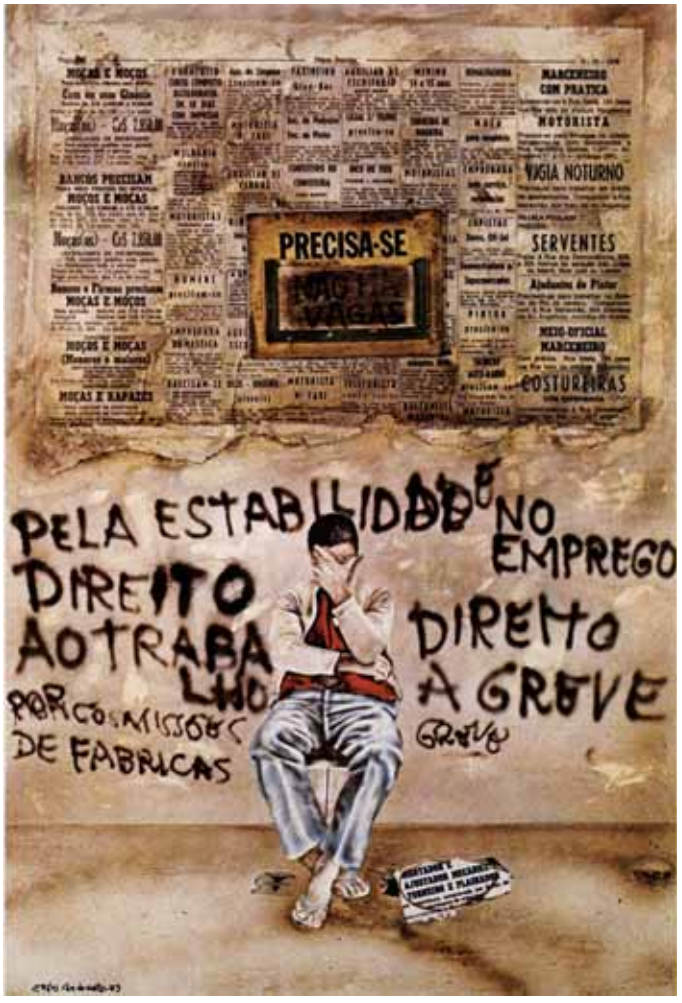
políticas, como o presidente do Sindicato dos Metalúrgicos da região, Luiz Inácio da Silva, que se tornou cada vez mais conhecido nacionalmente, sobretudo após a longa paralisação ocorrida em 1980, conhecida como a "greve dos 41 dias", que centralizou a atenção de todo o país.

A reação da ditadura foi violenta, com centenas de prisões de trabalhadores e líderes sindicais, intervenção nos sindicatos e cassação das lideranças mais combativas, com o uso de violência policial contra os grevistas, além de demissões, listas negras e pressões de todo tipo. Entretanto, apesar das reações violentas do regime, o que se observa ao longo dos anos de 1970-1980 é um processo intenso de fortalecimento do movimento social organizado, que, por meio de associações de moradores e de favelas, de

movimentos contra o custo de vida, de organizações estudantis, das comunidades eclesiais de base (CEBs) etc., buscava confrontar o poder constituído, ampliando os espaços de atuação coletiva para além do permitido pelo projeto de *transição controlada*. Evidenciava-se, assim, um forte sentido de associativismo e de mobilização sindical e popular, bem como a presença de uma crescente opinião pública contrária ao regime militar.

Cartaz produzido em 1979 pelo *artista gráfico* Elifas Andreato em apoio aos metalúrgicos do ABC

Disponível em http://eduvaldoski.wordpress.com/page/6/?archives-list&archives-type=cats



Páginas de *Edição Médica*, órgão oficial da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, denunciando a intervenção decretada pelo governo no Sindicato dos Médicos do Rio, após deflagração de greve pela categoria

Edição Médica, jun. 1981, p. 6-7
Coleção Luiz Roberto Tenório

Mais de quatro mil médicos reunidos em assembléia no último dia 22 decidiram, logo após tomarem conhecimento da intervenção do Sindicato dos Médicos, amplamente divulgada pelo Jornal Nacional da TV GLOBO e pela TV Bandeirantes continuar a greve iniciada dia 3.

Durante a assembléia, foi lida uma nota da Federação Nacional dos Médicos que prometia "caso houvesse intervenção no Sindicato dos Médicos, que convocaria todos os sindicatos do País a desencadearem uma paralisação em nível nacional".

Ao iniciar a assembléia, o presidente do Sindicato, Roberto Chabo, leu a proposta que o sindicato deveria apresentar ontem numa tentativa de reabertura do diálogo com o Governo.

– Queremos lembrar – disse ele – que por quatro vezes interrompemos a greve e não houve nenhum avanço de negociação. Hoje continuamos a tentar a negociação e a resposta foi a intervenção do Sindicato. Assim, encaminho com muita honra a proposta de continuar a greve.

À assembléia compareceram parlamentares e representantes de entidades sindicais de várias categorias profissionais, de entidades científicas, de associações de moradores, de associações de docentes, da Fraternidade Cristã de Doentes Deficientes, de estudantes de Medicina, etc.

Roberto Chabo recomendou a todos que a greve prossiga nos mesmos moldes que vem se desenvolvendo, sem interrupção do atendimento dos casos de emergência e com ampliação das comissões salariais e de triagem nos hospitais.

Já no final da assembléia, o Dr. Saulo Ferrante leu informe recebido do diretor do Hospital dos Servidores do Estado, Aluísio de Salles, que desmentia a intervenção no Sindicato pelo Ministro do Trabalho e diretor do Dasp e anunciava a disposição do ministro Jair Soares de retomar as negociações desde que a classe interrompesse a greve.

A assembléia aplaudiu a não intervenção no Sindicato, mas foi unânime na decisão de prosseguir a greve.

A LUT

Página 6

Durante o mês de maio, os médicos do Rio estiveram em greve por três vezes.

A primeira greve, iniciada no dia 28 de abril para acompanhar o movimento nacional, que havia decretado este dia como "Dia Nacional do Protesto" e marcado uma paralisação em todo o País,estendeu-se no Rio até o dia 4 de maio.

Nem mesmo as ameaças do Ministro da Previdência, Jair Soares, pela Imprensa, de demitir aqueles que entrassem em greve assustaram a classe. Os 20 mil médicos dos hospitais estaduais e municipais e do Inamps pararam todos os serviços de ambulatório, atendendo apenas aos casos de emergência.

Na ocasião, o Sindicato dos Médicos do Rio classificou "o processo reivindicatório da categoria como ético porque exige melhores condições para exercer a Medicina, e também democrático, uma vez que foi amplamente discutido por toda a classe", ao mesmo tempo que considerou "anti-democrática e e antiética qualquer atitude punitiva que o Governo viesse a tomar".

O acidente com o bonde de Santa Tereza no 1º dia de greve, em que 52 pessoas saíram feridas, serviu para mostrar a organização do movimento e que a greve não tinha a intenção de prejudicar a população. Todos os acidentados foram prontamente atendidos na emergência do Souza Aguiar e 16 ficaram internados.

Nesse mesmo dia 28, foi realizado um ato público em frente à Assembléia Legislativa que [illegible] passeata até a Câmara dos Vereadores, na Cinelândia.

Na assembléia geral da classe, realizada no dia 4 de maio, na ABI, foram apresentadas duas propostas: a continuação da greve, defendida pelos médicos dos hospitais Cardoso Fontes, Pedro Ernesto e outros, e a sua suspensão com prazo para negociações até o dia 11, defendida pelos médicos de Bonsucesso, Lagoa, Souza Aguiar, Ipanema, e Jesus,quando então seria feita outra assembléia, saindo vitoriosa a segunda.

Greve outra vez

Nesta assembléia do dia 11 de maio, no Clube Municipal, cerca de dois mil médicos presentes decidiram entrar novamente em greve a partir do dia 13 por tempo indeterminado, com avaliação marcada para o dia 18, apesar de o Sindicato ter sugerido, como proposta, paralisação [illegible]as nos dias 4 e 4 de junho acompanhando o movimento nacional.

E que, o presidente do Sindicato, Roberto Chabo, havia sido informado que o Governo do Estado negociaria com os médicos, concedendo-lhes 30 por cento de insalubridade e 10 por cento de difícil acesso, além de iniciar o enquadramento definitivo dentro de 45 dias, de acordo com um cronograma a ser fixado pelas entidades.

Essa segunda greve de maio, do dia 13 ao dia 18, teve algumas dificuldades no primeiro dia, principalmente em relação aos Pams. Os Pams de Madureira,Ramos, Ilha do Governador e Botafogo funcionaram normalmente.

O ato público realizado no dia 15 de maio, na Praça da Cruz Vermelha, terminou com uma passeata que seguiu as ruas Mem de Sá, Riachuelo e Henrique Valadares. Na frente do jornal O Dia, do Governador Chagas Freitas, os médicos leram em conjunto a carta que denunciava a situação precária da classe e da assistência à população e gritaram palavras de ordem "Um, dois, três, Miro e Chagas no chadrês", "O médico explorado não vai ficar calado".

Assembléia geral do dia 18, no Clube Municipal, com cerca de três mil médicos, decidiu interromper a greve, enquanto aguardavam a concretização das propostas anunciada pelo Ministro da Previdência: Elevação de quatro níveis na escala funcional sem modificação da carga horária e gratificação de 20 por cento de insalubridade.

Cumprindo determinação dessa assembléia do dia 18, os médicos se concentraram no dia 22 na frente do Palácio Guanabara para aguardar o resultado da audiência marcada pelo Sindicato dos Médicos com o Governador Chagas Freitas e divulgar para a população "as precárias condições salariais da classe e mesmo de atendimento à população".

O Governador não recebeu os médicos que decidiram então fazer uma passeata, que seguiu pelas ruas Paissandu, Senador Vergueiro e do Catete até o Largo do Machado, onde em coro leram a "Carta à população".

No dia 27, a assembléia realizada então no Clube Guanabara, votou novamente pela greve, a começar nos dias 3 e 4 de junho, como determinara o movimento nacional, mas estendendo-a por tempo indeterminado.

A classe havia tomado conhecimento através do decreto publicado no Diário Oficial que a gratificação de insalubridade concedida pelo Estado só atingiria aos médicos que trabalhavam com raio X e com doenças infectocontagiosas, ou seja , cerca de 500 médicos, além de terem sido esclarecido que o plano federal a elevação de quatro níveis na escala funcional era só para o nível inicial, o que beneficiaria 56 por cento dos médicos do País.Em 30 de maio a assembléia geral extraordinária, na Federação dos Médicos, aprovou nota de "irrestrita solidariedade e apoio" às entidades sindicais cujas bases territoriais optaram pela paralização organizada do trabalho, nos dias 3 e 4 de junho, dias escolhidos para as manifestações de protesto, em nível nacional.

Na nota, assinada pelo presidente, Charles Naman Damian, a Federação reiterou a deposição de se manter coesa e vigilante, pronta a reverter a nível nacional, de conseqüência imprevisíveis, qualquer atentado de repreensão que se viesse a cometer contra os sindicatos médicos ou a qualquer membro da categoria".

Desde o dia 3 de junho, os médicos estão em greve, decisão confirmada nas assembléias realizadas nos dias 9 e 16 por unanimidade, várias manifestações tem sido realizada nas proximidades dos hospitais, em frente ao Palácio Guanabara e no Centro da Cidade.

No último dia 17, mais de dois mil médicos se concentraram na porta do Conselho Regional de Medicina para protestar contra a sua intervenção há quase três anos. Foi anunciada, então, a decisão do Tribunal Superior de Recursos dando competência ao Juiz da 8ª Vara Federal, que antes, apesar de se declarar favorável à posse da diretoria eleita (chapa dois) se julgara não competente para avaliar o mérito da questão.

Depois da manifestação, os médicos fizeram uma grande passeata até a assembléia legislativa, onde realizaram outro ato desta vez contra o não atendimento de suas reivindicações pelas autoridades. Durante todo o percurso, que durou cerca de uma hora e meia, os médicos foram aplaudidos pela população e saudados com papel picado jogado do alto dos edifícios sempre seguidos de perto por patrulhinhas do 5º Batalhão da Polícia Militar e por um Camburão da Secretaria de Segurança.

A uma nova concentração na Cinelândia, no dia 19 desta vez em protesto contra as punições pelo Inamps dos seus líderes sindicais, compareceram mais de dois mil médicos. Parlamentares e representantes de entidades médicas e de outras categorias profissionais e de associações de moradores discursaram em favor do movimento médico e contra as arbitrariedades.

Quinze minutos depois de terminada a passeata, chegaram à Praça Ana Amélia, nas imediações do sindicato, três caminhões com cerca de cem homens com varetas e armados de escudos e cassetetes, mas logo foram embora. Segundo o major que comandava as operações, eles foram chamados porque a passeata estava demorando muito e atrapalhando o trânsito.

Logo depois, dois homens que diziam cumprir ordens superiores invadiram o saguão do prédio do sindicato e apreenderam faixas, cartazes "cartas à população" etc., levando tudo numa kombi.

Para mostrar mais uma vez sua disposição ao diálogo com as autoridades, o Sindicato, no dia 26, divulgou uma nota com itens considerados passíveis de negociações, a ser apresentada na assembléia geral marcada para o dia 22.

Incluía esse pauta mínima de negociações: revogação das punições dos líderes sindicais, extensão a todos os médicos do Serviço Público Federal da elevação de três níveis no Plano de Classificação de Cargos, já concedida apenas àqueles em início de carreira; a efetivação dos médicos precários, através de lei especial; a unificação da carga horária, possibilitando a todos o acesso ao nível 57 no final de carreira; a realização de um novo concurso para o Inamps em substituição ao que foi realizado precariamente; e a divulgação pelo Governo Estadual de um cronograma para o enquadramento definitivo dos médicos nas classes C, B e especial.

Como tentativa para evitar uma intervenção no sindicato, face ao decreto do Ministro do Trabalho reconhecendo o estado de greve, o assessor jurídico do sindicato, Celso Soares procurou o assessor do Ministério, Alencar Rossi, informando-lhe dos primeiros passos para o reinício das negociações, ou seja, que o sindicato havia procurado o Ministro Jair Soares para lhe mostrar sua disposição de negociar em torno de uma pauta mínima aceita pela categoria nesse momento.

Ainda no mesmo dia, representantes dos sindicatos de Médicos Residentes, e associações médicas reunidos na Federação Nacional dos Médicos, decidiram realizar um "Dia Nacional de Protesto" ainda este mês, em repúdio às punições aplicadas pelo Inamps no Rio, caso as mesmas não sejam revogadas.

A SMCRJ enviou carta ao Sindicato solidarizando-se com os diretores punidos e telegramas ao Ministro Jair Soares e ao presidente do INAMPS, Hano Graeff, protestando "contra a violência perpetrada contra líderes sindicais" e solicitando sua "imediata revogação".

TA CONTINUA

A "distensão controlada" do general Figueiredo

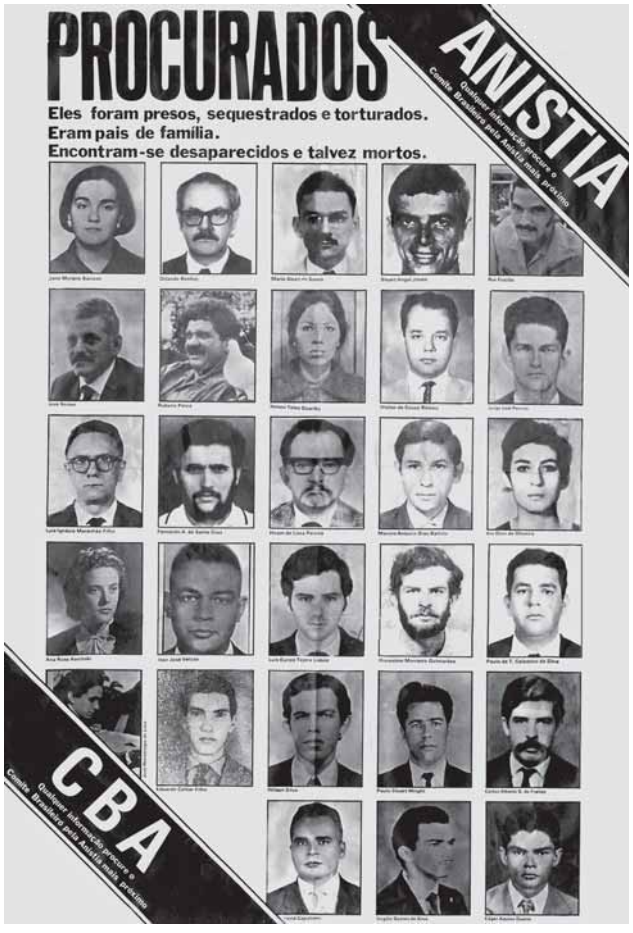
"É para abrir mesmo, quem quiser que não abra eu prendo e arrebento."
João Batista Figueiredo, presidente do Brasil (1979-1985)

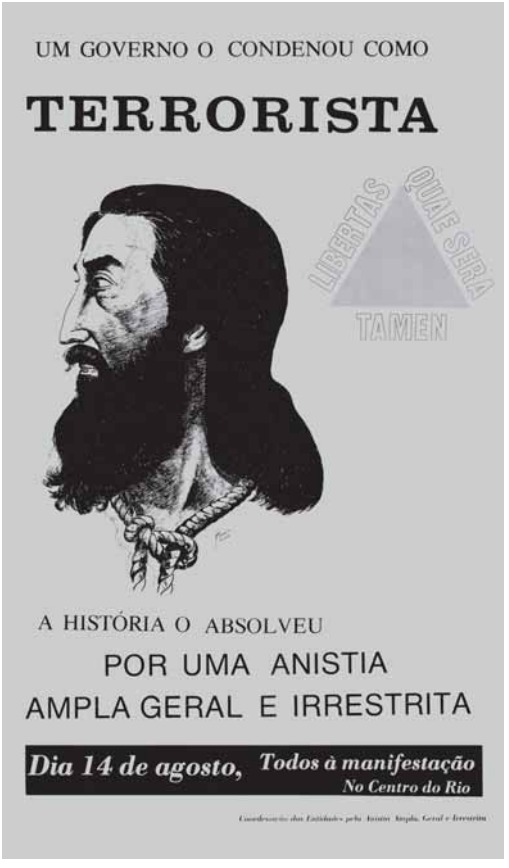
"Quando vi todo mundo na rua de blusa amarela
Eu achei que era ela puxando o cordão
Oito horas e danço de blusa amarela
Minha cabeça talvez faça as pazes assim
Quando ouvi a cidade de noite batendo as panelas
Eu pensei que era ela voltando pra mim"
Chico Buarque

Em março de 1979, em um quadro de agravamento da crise econômica e pressionado pelo fortalecimento do movimento social e sindical, assume como presidente da República o general João Batista Figueiredo, ministro-chefe do Serviço Nacional de Informações (SNI) no governo Geisel, com o compromisso de dar continuidade à estratégia de *transição controlada* do seu antecessor. Dois momentos importantes desse processo de abertura podem ser identificados ainda no primeiro ano de seu mandato, com o envio ao

Congresso dos projetos, devidamente aprovados, de reformulação partidária e de anistia política. O primeiro deles acabava com o bipartidarismo instituído pelos militares em 1965 por meio do ato institucional n. 2 (AI-2) e que vinha dando mostras de não mais se adequar aos interesses do regime desde o crescimento da oposição partidária, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), nas eleições para deputados e senadores de 1974. Por sua vez, a Lei de Anistia, promulgada em agosto de 1979, gera intensa polêmica e causa grande insatisfação nos setores democráticos de oposição, que a reivindicavam em campanhas populares desde, pelo menos 1975, como "ampla, geral e irrestrita". A anistia aprovada apresentava, no entanto, muitas limitações, excluindo dos seus benefícios os condenados por "práticas de crime de terrorismo, assalto, sequestro e atentado pessoal". Por outro lado, sob o argumento jurídico do princípio da reciprocidade e do combate ao revanchismo, a lei anistiava os militares envolvidos em torturas, assassinatos e atos questionáveis praticados em nome do governo e das forças armadas.

Momento tenso vivido pelo governo Figueiredo foi o episódio do atentado no centro de convenções Riocentro, no Rio de Janeiro, durante um evento musical comemorativo do Dia do Trabalho organizado





O presidente João Batista Figueiredo com o presidente da Fiocruz, Guilardo Martins Alves, durante visita à instituição em 1981

Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Ato público pró-anistia realizado na Cinelândia, centro do Rio de Janeiro, em julho de 1979

Acervo Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro

Cartazes produzidos por entidades ligadas à luta pela anistia

Acervo Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro

pelo Centro Brasil Democrático (Cebrade). Os grupos militares de extrema-direita programaram a explosão de várias bombas durante a realização do show, frustrada pela explosão de uma delas no carro em que se encontravam um sargento e um capitão do Exército envolvidos no atentado. Demonstrando falta de vontade política para combater o terrorismo militar, Figueiredo aceitou a farsa da montagem de um inquérito que claramente procurava ocultar a verdade dos fatos, provocando a renúncia do chefe da Casa Civil, general Golbery do Couto e Silva, um dos principais estrategistas do projeto de abertura, e sua substituição por um ministro que afirmava ser "a injustiça preferível à desordem".

Enquanto isso, em junho de 1983, ocorre em Goiânia a primeira manifestação popular em favor das eleições diretas, como uma espécie de balão de ensaio do PMDB, que se surpreende com as cinco mil pessoas que lotam o ginásio de esportes da cidade. No mesmo ano, enquetes de opinião pública revelam o grande interesse da população pelas eleições diretas para presidente. No dia 27 de novembro de 1983, PMDB, PT, PDT e mais a Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo, a Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Congresso das Classes Trabalhadoras (Conclat), a União Nacional dos Estudantes (UNE), num total de aproximadamente setenta entidades, organizam o primeiro grande ato público em defesa das eleições diretas, na praça Charles Muller, em frente ao estádio do Pacaembu, em São Paulo, reunindo aproximadamente dez mil pessoas.

Em 12 de janeiro de 1984 é a vez da manifestação na Boca Maldita, em Curitiba, reunir entre trinta e cinquenta mil manifestantes. Em 25 de Janeiro de 1984, dia da fundação da cidade de São Paulo, trezentas mil pessoas ocupam a Praça da Sé, num comício com seis horas de duração, no qual artistas, jogadores de futebol, personalidades e lideranças políticas se revezam no palco, o que passa a constituir uma marca registrada dos comícios seguintes. O governo reage procurando desqualificar os comícios, atribuindo a presença em massa do público aos eventos musicais comandados por artistas famosos.

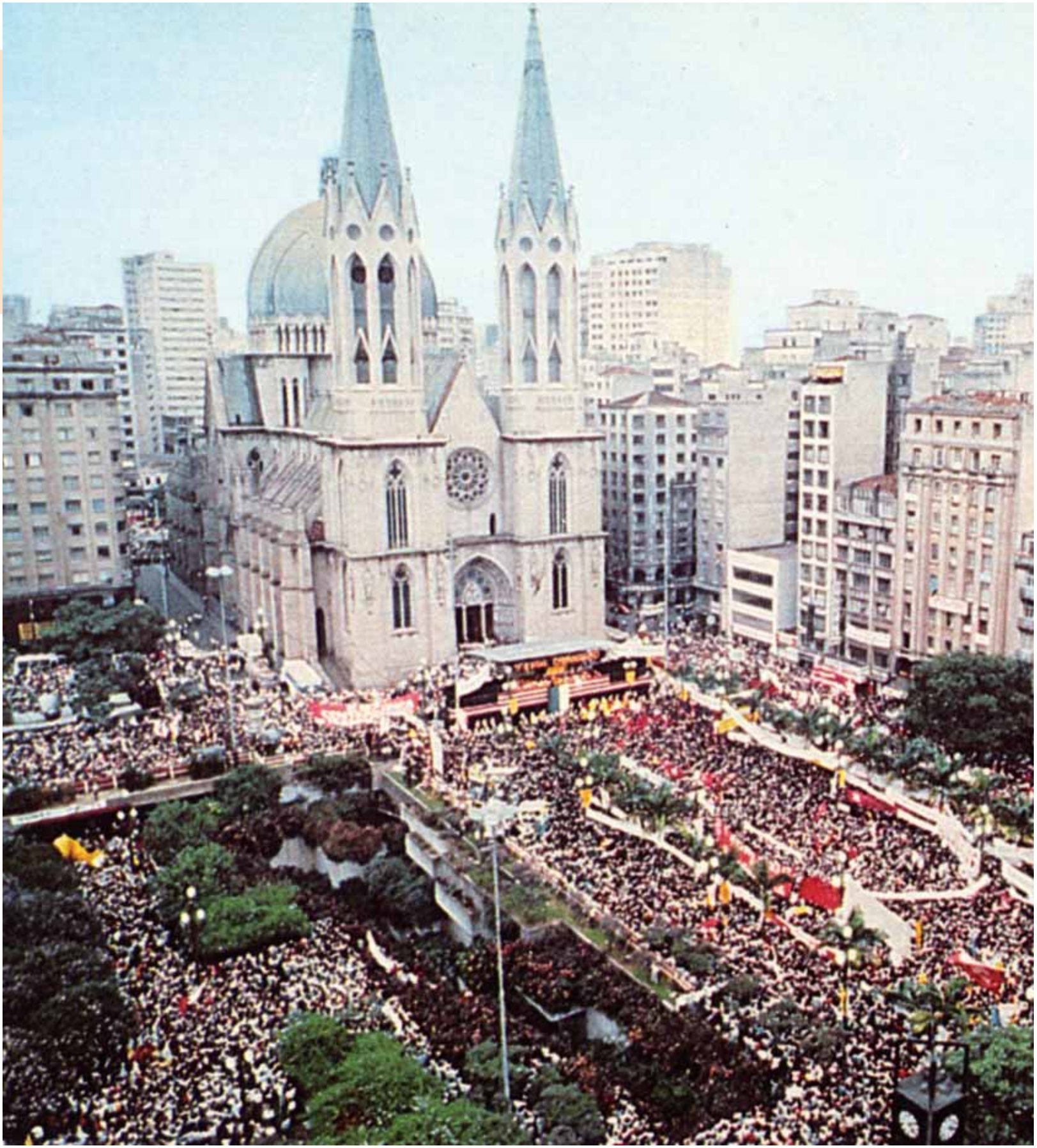
Daí por diante os comícios se espalham por todo o país, ganhando de vez os corações e mentes dos brasileiros. Transformam-se numa verdadeira festa cívica pela democracia, em que se juntam discursos políticos, músicas de protesto, execuções do hino nacional, uso do verde e do amarelo, que se tornou simbolicamente a cor da campanha das diretas, bandeiras vermelhas dos partidos de esquerda, cartazes e dizeres bem humorados, enfim, *irreverências mil*, como na letra-hino da canção da anistia, *O bêbado e a equilibrista*. Com efeito, mais do que simples atos públicos, o movimento pelas "Diretas já", como ficou conhecido, reinventou o espaço da política trazendo para ele novos atores e personagens, e a alegria e criatividade da festa popular. No Rio de Janeiro, um imenso comício em 10 de abril de 1984 reúne cerca de um milhão de pessoas na Candelária, num verdadeiro "carnaval da democracia". Seis dias depois é seguido pelo de São Paulo, no vale do Anhangabaú, que reúne um contingente ainda maior, estimado em um milhão e quinhentas mil pessoas.

Carro com o sargento Guilherme Pereira do Rosário, morto durante o atentado no Riocentro

Foto: Vidal da Trindade
Acervo Agência JB

Manifestantes reunidos na Praça da Sé, em São Paulo, reivindicam eleições diretas para presidente da República. São Paulo, 25 jan. 1984

Acervo CPDOC/FGV



O comício da Candelária foi um dos maiores da campanha das diretas. Rio de Janeiro, 10 abr. 1984
Foto: Ricardo Chaves
Acervo CPDOC/FGV

Ato pelas diretas realizado em São Paulo, em 16 de abril de 1984. Da esquerda para a direita: Luís Inácio Lula da Silva (1°), Ulysses Guimarães (2°), Orestes Quércia (4°), Leonel Brizola (5°), Franco Montoro (6°), Tancredo Neves (7°), o locutor Osmar Santos (8°) e Fernando Henrique Cardoso (9°)
Foto: Ariovaldo dos Santos/ Agência JB

No dia 18 de abril de 1984, poucos dias antes da votação da emenda Dante de Oliveira, que restabelecia as eleições diretas para a Presidência da República, o presidente Figueiredo impôs, por meio do decreto n. 89.566, as *medidas de emergência* que proibiam concentrações públicas e estabeleciam a censura prévia dos meios de comunicação, além de outras ações restritivas. Com validade de sessenta dias, as medidas abrangiam a capital federal e vários municípios do estado de Goiás, possuindo evidente intenção coercitiva e intimidadora da mobilização popular. Na véspera da votação, atendendo ao chamado do comitê pró-diretas, a população promove um *panelaço* nas principais cidades do país. Finalmente, no dia 25 de abril, alguns pontos simbólicos importantes dos grandes centros urbanos são ocupados pela população, que empreende uma vigília cívica durante a madrugada para acompanhar a votação que transcorria num clima tenso em Brasília, em razão das medidas de emergência e do forte esquema policial militar montado pelo governo, com o cerco do Congresso por tropas militares e a dissolução das manifestações a golpes de cassetete e bombas de gás lacrimogêneo.

Na contramão da vontade popular, a emenda foi rejeitada, recebendo 298 votos a favor, 65 contra, com 3 abstenções e 113 deputados ausentes. Ficaram faltando exatos 22 votos para a obtenção do quórum mínimo necessário de dois terços. A frustração da população foi imensa, mas o clamor cí-

vico das “Diretas já”, apontado por muitos como a maior mobilização popular da história brasileira, revelava a presença no Brasil de uma nova sociedade civil, plural e participativa, que não aceitava mais ser tutelada pelos militares, apresentando-se como sujeito coletivo da história

Assim, embora a emenda tenha sido derrotada no Congresso, a mobilização que antecedeu sua votação favoreceu o estabelecimento de articulações políticas que levaram à vitória, no Colégio Eleitoral, da chapa de oposição ao governo conhecida como Aliança Democrática, fruto de um acordo político entre o PMDB e a Frente

Manifestantes cantam o hino nacional nas galerias da Câmara dos Deputados no dia da votação da emenda Dante de Oliveira. Brasília, 25 abr. 1984

Foto: André Dusek/Agência Ágil Fotojornalismo
Acervo CPDOC/FGV

Encontro de formalização da Aliança Democrática. Da esquerda para a direita, em primeiro plano: Aureliano Chaves, Ulysses Guimarães, José Sarney, Tancredo Neves e Iris Rezende. Em segundo plano, atrás de Ulysses Guimarães, Franco Montoro. Brasília, 7 ago. 1984

Foto: Luciano Andrade/ Agência JB
Acervo CPDOC/FGV

Tancredo Neves, acompanhado de sua esposa Risoleta Neves, após ser eleito presidente da República pelo Colégio Eleitoral. Brasília, 15 jan. 1985

Acervo Agência Estado

Posse de José Sarney na presidência da República. Brasília, 15 mar. 1985
Foto: Reginaldo Manente
Acervo Agência Estado

Liberal, dissidência do PDS, partido do governo. Não sem percalços, a vitória do candidato da Aliança Democrática, Tancredo Neves, sobre o governista Paulo Maluf, nas eleições indiretas de 15 de janeiro de 1985, expressava a volta do poder político aos civis 21 anos depois do golpe militar.

Com efeito, artimanhas da história, no dia de sua posse Tancredo Neves revelou ao país a doença que o impediria de assumir a presidência da República e o levaria à morte em abril de 1985. Coube então ao vice José Sarney, político anteriormente envolvido com o regime militar, a tarefa de dar continuidade ao processo de consolidação da democracia no país. Diante desse quadro, marcado por uma frágil base de apoio e pela necessidade de angariar legitimidade, ao novo governo se impôs a urgência de negociar com as diversas forças políticas que haviam combatido a ditadura – sem esquecer do delicado entendimento com os próprios militares –, determinando então que novos atores políticos assumissem certas posições de governo, incluindo-se nesse caso o importante campo da saúde pública no Brasil.

7

Nota

Devo o título "O coração do Brasil bate nas ruas" à frase pinçada do livro *O regime militar brasileiro, 1964-1985*, do historiador Marcos Napolitano, citado na bibliografia.

Referências bibliográficas

FONTES, Virgínia e MENDONÇA, Sonia Regina. *História do Brasil recente 1964-1992*. São Paulo: Ática, 2004.

HABERT, Nadine. *A década de 70*: apogeu e crise da ditadura militar brasileira. São Paulo: Ática, 2003.

NAPOLITANO, Marco. *O regime militar brasileiro, 1964-1985*. São Paulo: Atual, 1998.

RODRIGUES, Alberto Tosi. *Diretas já*: o grito preso na garganta. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

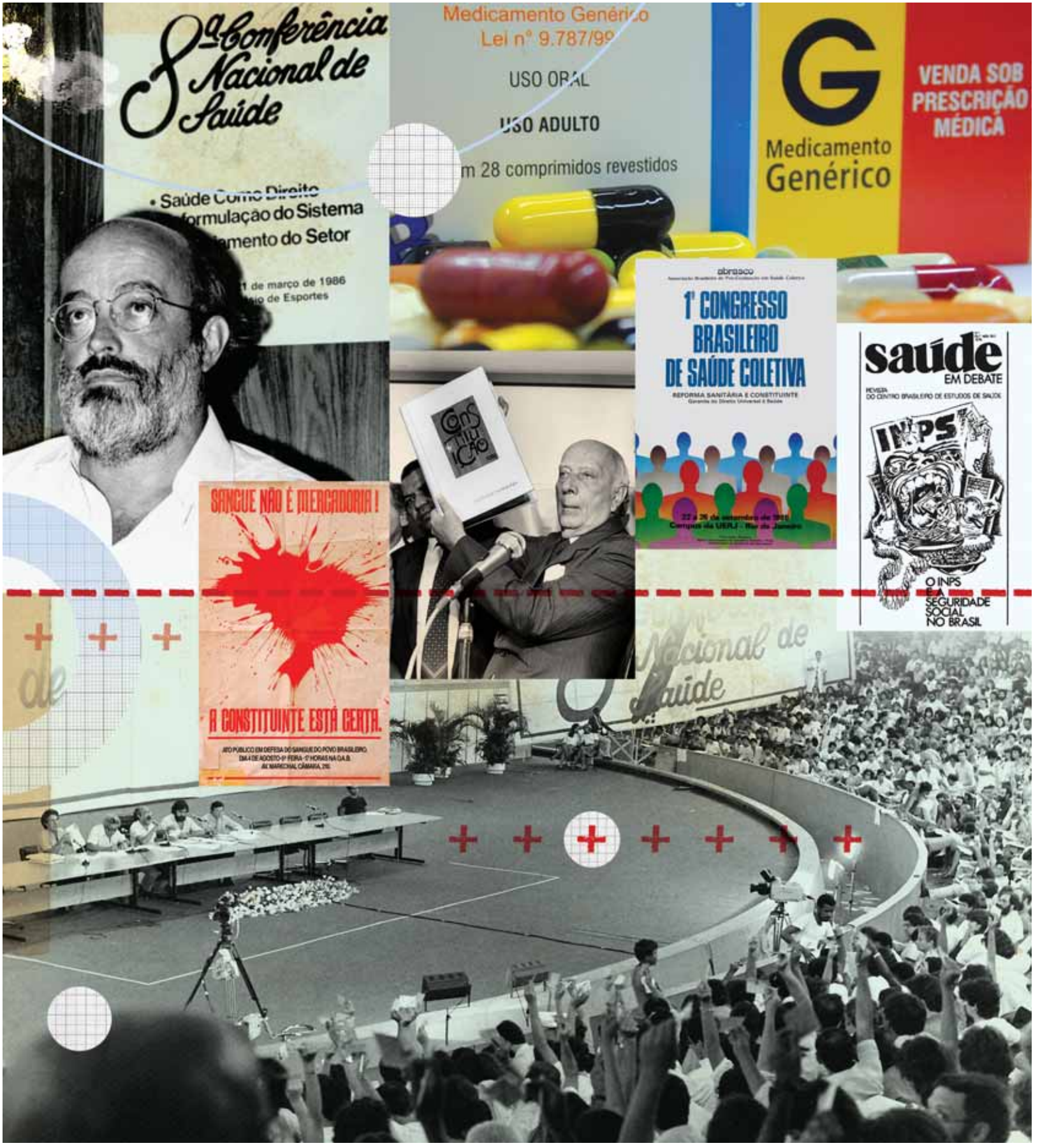
SILVA, Francisco Carlos Teixeira da. Crise da ditadura militar e o processo de abertura no Brasil, 1974-1985. In: FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (Org.). *O Brasil republicano – o tempo da ditadura*: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. A modernização autoritária: do golpe militar à redemocratização, 1964-1984. In: LINHARES, Maria Yeda (Org.). *História geral do Brasil*. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

8

A Constituinte e o Sistema Único de Saúde

IALÊ FALLEIROS
JÚLIO CÉSAR FRANÇA LIMA
GUSTAVO CORREA MATTA
ANA LÚCIA DE MOURA PONTES
MÁRCIA CAVALCANTI RAPOSO LOPES
MÁRCIA VALÉRIA CARDOSO MOROSINI
ANAMARIA D'ANDREA CORBO


8ª Conferência Nacional de Saúde
Medicamento Genérico
Lei nº 9.787/99
USO ORAL
USO ADULTO
m 28 comprimidos revestidos
G
Medicamento Genérico
VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA
abrasco
1º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA
REFORMA SANITÁRIA E CONSTITUINTE
saúde EM DEBATE
INPS
O INPS E A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL
SANGUE NÃO É MERCADORIA!
A CONSTITUINTE ESTÁ CERTA.

SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

Ialê Falleiros e Júlio César França Lima

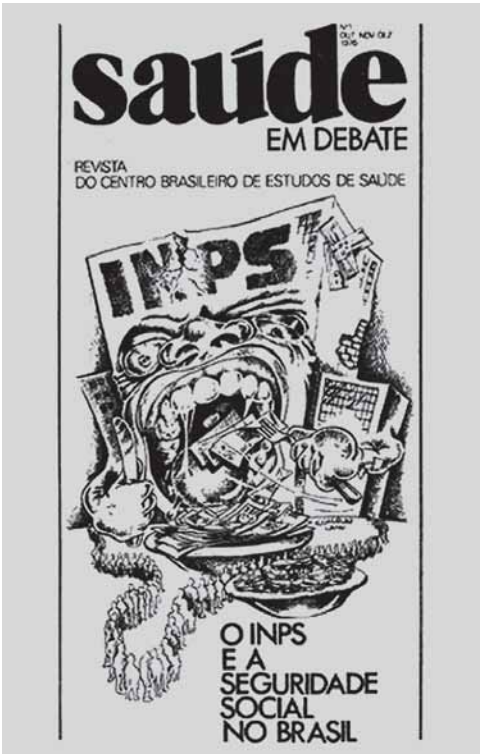
> "A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o instante mais significativo e democrático de debate sobre a questão social que jamais aconteceu neste país."
>
> *Sérgio Arouca*

8

A segunda metade dos anos 1970 foi um período de rearticulação das forças políticas nacionais e de discussão e mobilização popular pela democratização da saúde e do próprio regime político do país (Teixeira, 1988). A criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, tiveram enorme importância na luta pela democratização da saúde e da sociedade brasileira. Os membros dessas entidades atuaram como difusores da reforma sanitária e conseguiram aprofundar, por meio de textos científicos e do debate público, a crítica e a formulação teórica sobre as principais questões ligadas à saúde, pondo em prática a estratégia de se inserir nos espaços institucionais e intervir nas decisões parlamentares. O conteúdo da nova proposta que então começou a ser construída incorporou as diretrizes expressas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, em 1978: extensão de cobertura com base na atenção primária à saúde, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde, e participação comunitária.

A luta pelo fim da ditadura militar levou a área da saúde a organizar os simpósios de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, tendo o primeiro deles ocorrido em 1979. Nesse período de reorganização da sociedade civil, forças políticas ligadas à saúde pública passaram a discutir questões amplas ligadas à redemocratização do país e ao acesso aos serviços de saúde junto ao Legislativo. Esse foi um período de "crise" da Previdência Social, e não apenas crise financeira, mas também crise ideológica acerca do modelo de saúde a ser adotado, que colocou em confronto privatistas e publicistas. O II Simpósio, ocorrido em 1982, já contaria com o movimento organizado da reforma sanitária, propondo um sistema nacional de saúde, com a integração das medidas preventivas e curativas.

Em 1983, a partir do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (Inamps/MPAS), começam a ser implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), cujas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária (Escorel, 1998). Na realidade, com as AIS o



Capa do primeiro número da revista *Saúde em debate*. Editado pelo Cebes desde 1976, o periódico foi um dos principais canais de divulgação da reforma sanitária brasileira nas décadas de 1970 e 1980

Acervo Cebes

Cartaz de seminário promovido pelo Cebes em Brasília no ano de 2009

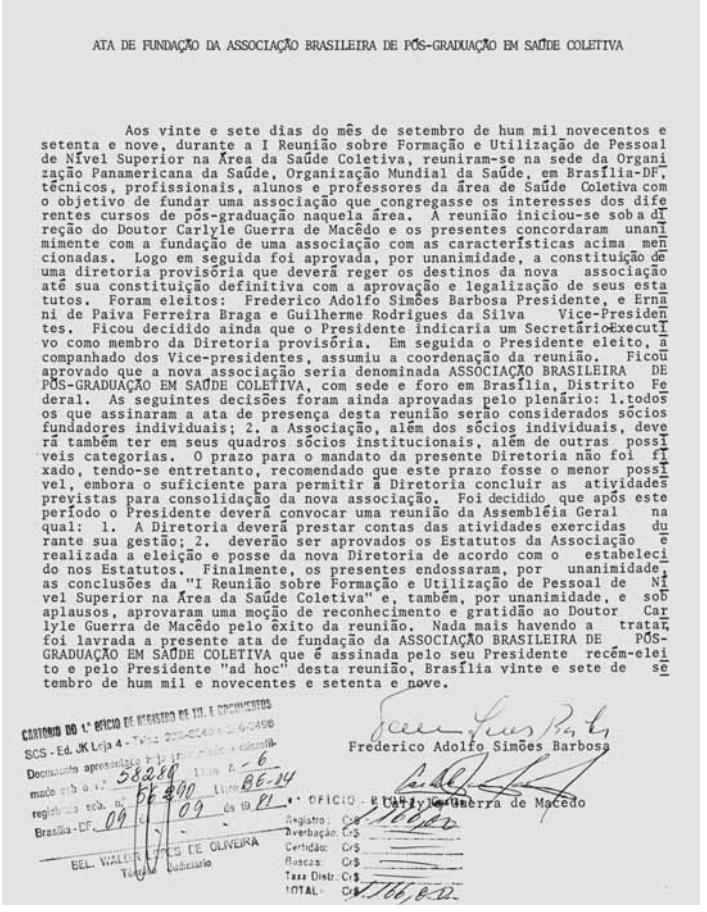
Acervo Cebes

Ata de fundação da Abrasco. Brasília, 27 set. 1979

Acervo Abrasco

Cartaz de divulgação do 1° Congresso de Saúde Coletiva promovido pela Abrasco, 1986

Acervo Fernando Vasconcelos

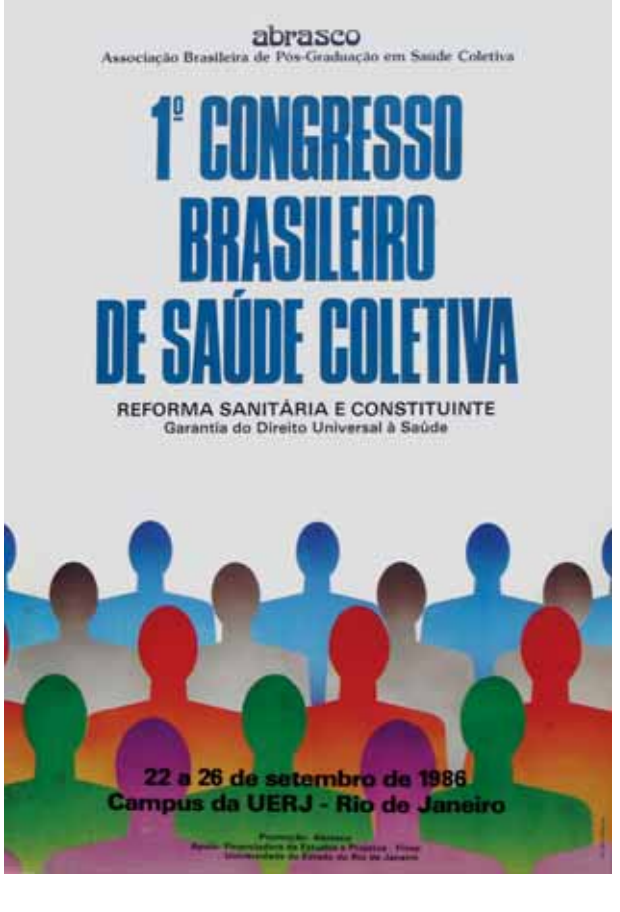


ATA DE FUNDAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Aos vinte e sete dias do mês de setembro de hum mil novecentos e setenta e nove, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva, reuniram-se na sede da Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, em Brasília-DF, técnicos, profissionais, alunos e professores da área de Saúde Coletiva com o objetivo de fundar uma associação que congregasse os interesses dos diferentes cursos de pós-graduação naquela área. A reunião iniciou-se sob a direção do Doutor Carlyle Guerra de Macêdo e os presentes concordaram unanimimente com a fundação de uma associação com as características acima mencionadas. Logo em seguida foi aprovada, por unanimidade, a constituição de uma diretoria provisória que deverá reger os destinos da nova associação até sua constituição definitiva com a aprovação e legalização de seus estatutos. Foram eleitos: Frederico Adolfo Simões Barbosa Presidente, e Ernani de Paiva Ferreira Braga e Guilherme Rodrigues da Silva Vice-Presidentes. Ficou decidido ainda que o Presidente indicaria um Secretário-Executivo como membro da Diretoria provisória. Em seguida o Presidente eleito, acompanhado dos Vice-presidentes, assumiu a coordenação da reunião. Ficou aprovado que a nova associação seria denominada ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, com sede e foro em Brasília, Distrito Federal. As seguintes decisões foram ainda aprovadas pelo plenário: 1. todos os que assinaram a ata de presença desta reunião serão considerados sócios fundadores individuais; 2. a Associação, além dos sócios individuais, deverá também ter em seus quadros sócios institucionais, além de outras possíveis categorias. O prazo para o mandato da presente Diretoria não foi fixado, tendo-se entretanto, recomendado que este prazo fosse o menor possível, embora o suficiente para permitir à Diretoria concluir as atividades previstas para consolidação da nova associação. Foi decidido que após este período o Presidente deverá convocar uma reunião da Assembléia Geral na qual: 1. A Diretoria deverá prestar contas das atividades exercidas durante sua gestão; 2. deverão ser aprovados os Estatutos da Associação e realizada a eleição e posse da nova Diretoria de acordo com o estabelecido nos Estatutos. Finalmente, os presentes endossaram, por unanimidade, as conclusões da "I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva" e, também, por unanimidade, e sob aplausos, aprovaram uma moção de reconhecimento e gratidão ao Doutor Carlyle Guerra de Macêdo pelo êxito da reunião. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata de fundação da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA que é assinada pelo seu Presidente recém-eleito e pelo Presidente "ad hoc" desta reunião, Brasília vinte e sete de setembro de hum mil e novecentes e setenta e nove.

Frederico Adolfo Simões Barbosa

Carlyle Guerra de Macêdo



movimento sanitário põe em prática a estratégia de ocupar os espaços institucionais para com isto mudar a direção da política de saúde e privilegiar o setor público. A intensa articulação e a consequente adesão de sindicalistas e parlamentares do principal partido de oposição – o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) – fizeram prevalecer as propostas do movimento sanitário nas negociações políticas ocorridas no início da transição do regime autoritário para o regime democrático, particularmente a unificação do sistema de saúde, assim como garantiram a nomeação dos representantes desse movimento para postos-chave da administração pública federal.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi o principal marco desse processo de formulação de um novo modelo de saúde pública universal, visando romper com a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual, e com a intensa privatização que então caracterizava o sistema de saúde brasileiro. Reunindo um amplo espectro de alianças, a VIII CNS contou com a participação de milhares de representantes de diversas entidades da sociedade civil, profissionais de saúde, usuários do sistema e prestadores de serviços de saúde públicos. Os prestadores de serviços privados foram os grandes ausentes nos debates travados nessa Conferência, considerada como o maior evento de discussão dos problemas enfrentados pela saúde pública brasileira. Apesar dos interesses e preocupações muitas vezes conflitantes, as forças progressistas aprovaram o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado,

8

Reunião do PMDB gaúcho em 1986, com a presença de lideranças do movimento sanitário. Os setores progressistas do partido foram um importante aliado dos sanitaristas na luta pela democratização da saúde durante a transição para a Nova República. Da esquerda para a direita, Sérgio Aroura (1°), Pedro Simon (2°) e Franco Montoro (3°), Eleutério Rodriguez Neto (4°)

Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Mesa de abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde. Da esquerda para a direita, o ministro da Saúde, Roberto Figueira Santos, o presidente da República, José Sarney, Sérgio Arouca, presidindo a Conferância, o ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, o ministro-chefe da Casa Civil, Marco Maciel, e Carlyle Guerra de Macedo, diretor da Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, mar. 1986
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Plenária da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, mar.1986
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

a ser implementado com a unificação, a democratização e a descentralização do sistema de saúde, depois inscrita na Constituição Federal de 1988; ampliaram e politizaram o conceito de saúde, compreendido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde; e aprovaram propostas relativas às bases financeiras do sistema, incorporadas posteriormente ao texto constitucional e um dos principais problemas que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentaria nas décadas de 1990 e 2000. A partir da VIII CNS, a saúde passou a ser considerada antes de tudo como resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, devendo ser entendida no contexto histórico de cada sociedade no seu estágio de desenvolvimento.

Após a realização da conferência, o movimento sanitário passou a pressionar o Ministério da Saúde e o Inamps/MPAS para a convocação de uma Comissão Nacional para a Reforma Sanitária (CNRS). Segundo Rodriguez Neto (2003), mesmo contando com a presença de representantes dos empresários da saúde, a CNRS levou adiante as proposições tiradas na VIII Conferência, embora os representantes do movimento sindical, ligados à bandeira da "estatização já!", as considerassem moderadas, e os representantes dos empresários da saúde as taxassem de radicais. Ao longo de 1987, durante os trabalhos da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte, quatro grupos de entidades foram convidados a se manifestar nas audiências públicas: as entidades estatais, como o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); as entidades patronais e prestadoras de serviços privados lucrativos ou filantrópicos, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das Santas Casas de Misericórdia; as entidades dos trabalhadores, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), e as associações profissionais; e as entidades científicas e de ética, como a Fiocruz, o Cebes e a Abrasco. A maioria dessas entidades apresentou considerações e propostas coerentes com a VIII CNS, enquanto as cooperativas médicas e a FBH, alinhadas com a prática liberal e a iniciativa privada, uniram-se contra a perspectiva de estatização do atendimento à saúde. O setor filantrópico (Santas Casas) aderiu às propostas estatizantes quando lhe foi assegurado um tratamento diferenciado dentro do setor privado (Rodriguez Neto, 2003).

Cumprida com êxito essa etapa na luta dos sanitaristas, o relatório aprovado na subcomissão foi apresentado como anteprojeto para a Comissão da Ordem Social da Assembleia Constituinte. O anteprojeto trazia a noção de seguridade social, que englobava saúde, previdência e assistência social, tal como proposto no documento da Comissão Nacional para a Reforma Sanitária. Contudo, para que o SUS não fosse levado a um comando orçamentário subordinado às áreas de seguridade e previdência, foi incluído o dispositivo definindo a cada área a gestão de seus recursos (que se tornaria o parágrafo 2º do art. 195, seção I, cap. II, da Seguridade Social). O passo subsequente do texto constituinte foi a Comissão de Sistematização. Durante os trabalhos desta comissão, previa-se que a sociedade enviasse propostas de emenda constitucional – as emendas populares, que deveriam ter no mínimo trinta mil assinaturas para serem admitidas. A emenda popular apresentada pela Plenária da Saúde foi defendida por Sérgio Arouca,

8ª Conferência
Nacional de

8ª Conferência
Nacional de
Saúde

então presidente da Fiocruz, contando com o apoio do PT, PCB, PC do B, Abrasco, Cebes, Conselho Federal de Medicina, CUT, entre outras entidades. Da parte dos empresários, apenas uma emenda foi apresentada pela FBH, Abramge, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade, propondo a existência de um sistema privado autônomo e concorrente com o sistema público. Naquele contexto, essa emenda não foi incorporada ao texto apresentado à última etapa da Constituinte: o Plenário.

Nessa instância final, contudo, os grupos conservadores recuperaram o espaço que haviam perdido em muitas comissões da Assembleia Constituinte e, numa manobra política astuciosa, reuniram-se no chamado "Centro Democrático" ou "Centrão", que contava com representantes do PMDB, PFL, PTB e PDS. Dizendo-se representantes da "vontade média" do povo brasileiro, conseguiram mudar o regimento interno da Assembleia, para que, a partir de então, pudessem ser apresentadas emendas e até mesmo projetos de Constituição que não tivessem passado pela Comissão de Sistematização para votação. Na saúde, os deputados conservadores reuniram-se em torno do combate à "estatização" e defenderam os interesses dos setores hospitalares privados, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e do setor liberal da medicina (Rodriguez Neto, 2003).

A ampla frente de forças políticas organizadas em torno da Plenária Nacional de Entidades de Saúde e o trabalho dos líderes dos partidos progressistas durante as negociações garantiram, de acordo com Rodriguez Neto (2003), os resultados positivos para a saúde na nova Constituição Federal, aprovada em outubro de 1988. Embora o texto constitucional não fosse idêntico ao que os sanitaristas haviam levado à Assembleia, o essencial foi mantido: era dever do Estado a criação de um sistema universal de saúde, gratuito e de qualidade para todos os brasileiros, bem como a ordenação da formação dos trabalhadores para esse sistema. O Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser descentralizado – com a obrigação de o

O médico sanitarista Sérgio Arouca (1941-2003) foi talvez a figura de maior expressão do movimento sanitário brasileiro nas décadas de 1970 e 1980, tendo participado ativamente do processo que resultou na VIII Conferência Nacional de Saúde e na implantação do SUS

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Cartaz produzido pelo cartunista Ziraldo em 1987 para a campanha contra a privatização do sangue. A proibição do comércio de sangue e hemoderivados suscitou intensos debates durante a Constituinte e foi aprovada após forte mobilização das entidades ligadas à defesa da saúde pública

Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Votação do texto relativo à saúde pelo Congresso Constituinte. Brasília, 17 maio 1988

Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Charge de Carlos Xavier (Caco) alusiva às conquistas obtidas pela saúde pública com a nova Carta

Súmula, n. 26, out. 1988

Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Ulysses Guimarães, presidente da Assembleia Nacional Constituinte, segura um exemplar da nova Constituição brasileira

Acervo Agência Brasil Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Ulyssesguimaraes constituicao.jpg

governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, destinar parte do seu orçamento para as secretarias estaduais e municipais de saúde, que teriam de assumir as ações na área de forma autônoma e coordenada.

Por outro lado, na avaliação de Bahia (2008), no embate de forças com o setor privado de saúde, a proposta de mudar as bases jurídico-legais dos contratos público-privados não se traduziu integralmente no texto constitucional. O resultado foi uma solução negociada do artigo 199 da Constituição,[1] que define que a assistência médica à saúde é livre à iniciativa privada, podendo ela participar de forma complementar ao SUS, segundo diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos. Além disso, o artigo 227, parágrafo 1º, do capítulo VII, relativo à família, à criança, ao adolescente e ao idoso, abriu a possibilidade de o Estado promover conjuntamente com entidades não governamentais (ONGs) programa de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, o que para Rodriguez Neto (2003, p. 102) significa uma "clara contradição com a natureza e os princípios do Sistema Único de Saúde".

De todo modo, do ponto de vista da reforma setorial, o SUS preconizou uma mudança estrutural no sistema de saúde em direção à universalidade e à eficácia, fazendo da atenção básica a porta de entrada de um sistema destinado a atender as necessidades da população. A descentralização e a consequente municipalização seriam as formas de viabilizar e aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, articuladas com os processos de regionalização e hierarquização dos níveis de atenção, ainda que com a participação do setor privado complementar ao SUS. Ou seja, um modelo que, partindo da constatação dos limites das instituições públicas em atender determinadas demandas da população, complementaria a cobertura da atenção à saúde por meio da contratação do prestador privado, com prioridade para as entidades filantrópicas e as que não tivessem fins lucrativos.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Gustavo Correa Matta

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país. O alicerce legal do SUS é formado por três documentos que expressam os elementos essenciais de sua organização:

1 – a Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social, em especial na seção II, artigos 196 a 200;

2 – a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional (Brasil, 1990a); e

3 – a lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b).[2]

8

Charge de Carlos Xavier (Caco)
Súmula, nº 23, jun. 1988
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Primeiramente, é necessário diferenciar o que são os princípios e o que são as diretrizes do SUS. O *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* define "princípio" como "o que serve de base a alguma coisa; causa primeira, raiz, razão; ditame moral; regra, lei, preceito" (p. 2.299).

Os princípios do SUS servem de base para o sistema de saúde brasileiro e, ao mesmo tempo, representam os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam esse sistema. Resultado de uma luta histórica, a saúde no Brasil passou a ser, a partir da Constituição de 1988 e das leis orgânicas, um direito de todo cidadão e um dever do Estado. Esse é o princípio da universalidade. Ele deve existir para todos e não apenas para aqueles que trabalham formalmente ou que contribuem diretamente para algum tipo de seguro saúde. Constitui-se, desta forma, como um dos pilares do SUS.

A palavra "diretriz" é definida pelo mesmo dicionário como "a linha básica que determina o traçado de uma estrada; esboço, em linhas gerais, de um plano, projeto etc.; norma de procedimento, conduta etc.; diretiva" (p. 1.050). As diretrizes seriam meios, normas para atingir os objetivos do SUS, articulados com seus princípios.[3] Desse modo, organizar o sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo por meio da descentralização é um caminho para se atingir os objetivos do SUS. Portanto, descentralização seria uma diretriz que obedece aos princípios do SUS.

Em suma, a denominação princípios é dada para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e a designação diretrizes se refere à forma, às estratégias e aos meios de organização do sistema para a sua concretização.

Cartão de identificação do usuário do SUS. Material publicitário produzido por Luisinho Moura para a prefeitura de Lauro de Freitas (BA)

Disponível em http://luisinhomoura.wordpress.com/portfolio/sus/

A pobreza e as disparidades sociais são fatores determinantes para as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e estão na origem da formulação do princípio de equidade do SUS

Foto: Cid Fayão
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Princípios do SUS

Universalidade

O artigo 196 da Constituição Federal afirma que "a saúde é direito de todos e dever do Estado". Isso significa que a saúde é um direito e não um serviço a que se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde. A universalidade do SUS expressa a defesa do direito à vida e da igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação dos cidadãos brasileiros.

A noção de direito à saúde difere completamente da noção de seguro social que esteve presente no Brasil desde a Lei Eloy Chaves, em 1923, quando trabalhadores e empregadores financiavam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, e, em seguida, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (1930) e o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (1966).

Equidade

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores problemas históricos da nação: as injustiças sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de

serviços de saúde. Portanto, para alguns autores, o princípio da equidade não pressupõe a noção de igualdade, mas significa, sim, tratar desigualmente o desigual, atentando para as necessidades coletivas e individuais e procurando investir onde a iniquidade é maior. Isto implicaria reconhecer a pluralidade e diversidade da condição humana em suas necessidades e em suas potencialidades. A principal questão relativa à equidade está em definir critérios para eleger princípios de distribuição, classificar pessoas ou populações e estabelecer estratégias de distinção.

Integralidade

A integralidade pode apresentar diversos sentidos no campo da saúde (Pinheiro et al., 2003). No primeiro deles, presente no texto constitucional, a integralidade pode ser entendida como uma ruptura histórica e institucional derivada da crítica à separação existente, desde a origem da formalização das políticas de saúde no Brasil, entre ações preventivas e curativas. A Constituição de 1988 afirma que o atendimento integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência. De acordo com essa concepção, o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam as suas necessidades, da vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. Por isso a denominação Sistema Único de Saúde. Não há dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas.

Num segundo sentido, a noção de atenção integral também aponta para a crítica da atenção à saúde como algo exclusivamente biológico, incorporando o conceito ampliado de saúde que compreende as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, e que envolvem o sujeito, seu corpo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente. Desta forma, as ações e serviços de saúde devem se organizar para atender as necessidades diversas das pessoas e dos grupos sociais.

Um terceiro sentido pode ser atribuído à integralidade: o de que as políticas de saúde devem ser formuladas tendo em vista tanto a atenção às necessidades de grupos especí-

ficos quanto a relação com outras políticas de saúde. A atenção dispensada a esses grupos não pode prescindir da articulação de ações de prevenção e assistência, bem como da articulação com as demais políticas no âmbito da saúde. São exemplos desse tipo de política a atenção integral à saúde da mulher e a política de atenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à AIDS.

Finalmente, um quarto sentido de integralidade enfoca a formação de trabalhadores e o processo de trabalho em saúde. Propõe-se que a formação desses profissionais seja concebida a partir de uma organização integradora dos conhecimentos e das práticas de trabalho como eixo norteador do processo educativo. Essa proposta guarda relação com a perspectiva da politecnia, na qual a compreensão das bases que fundamentam a prática profissional possibilita a reflexão sobre a produção do conhecimento, o processo de trabalho e o papel do trabalhador como sujeito político na luta pela consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Diretrizes do SUS

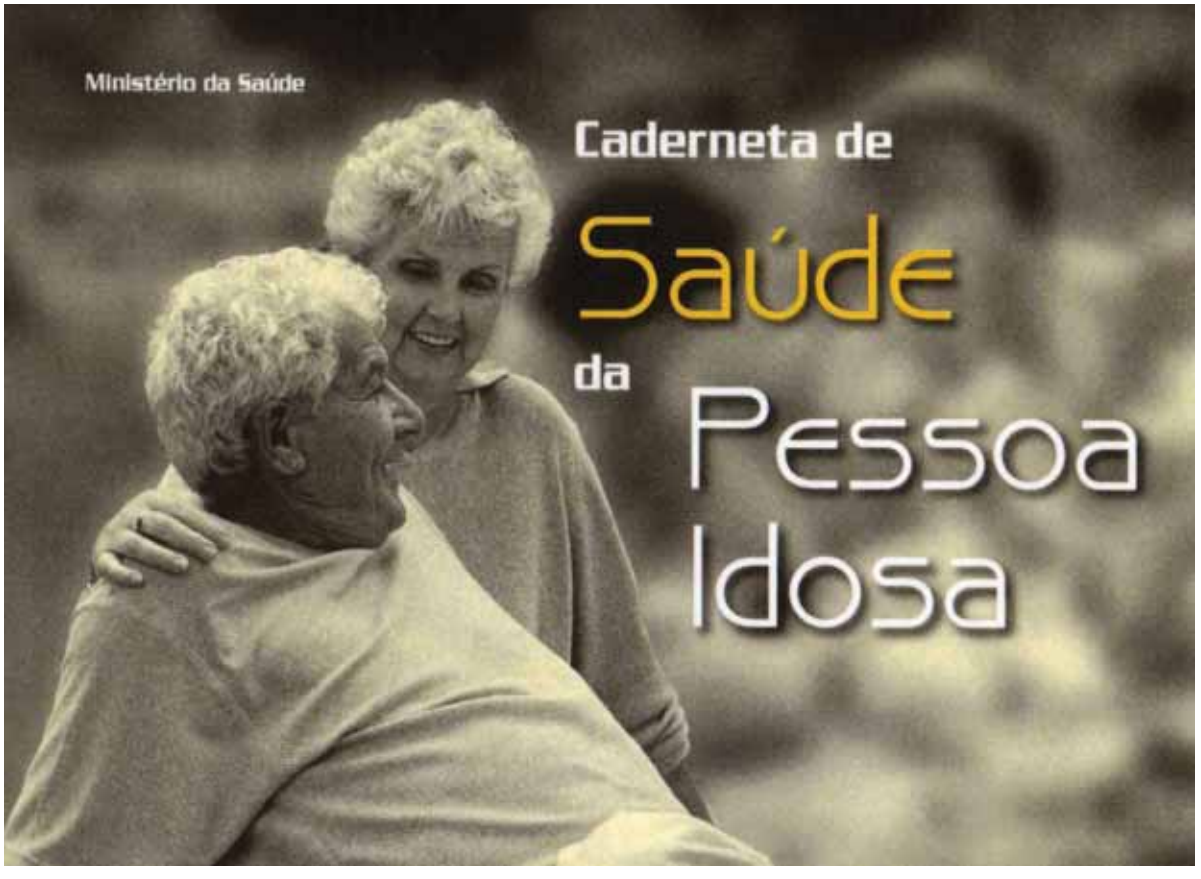
Descentralização

A diretriz de descentralização na agenda da reforma sanitária brasileira está ligada a questões abrangentes, como a estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais e a perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações entre instituições, entre níveis de governo e entre serviços. No SUS, a diretriz da descentralização corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e a municipal. Nesse sentido,

a descentralização por si não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, como seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como o aporte de recursos financeiros adequado, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabilidade das instituições do setor de saúde aos valores democráticos. Ou seja, é necessária a desconcentração do poder da União para os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Em cada esfera de governo há uma direção do SUS: na União, o Ministério da Saúde; nos estados e Distrito Federal, as secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente; e nos municípios, as secretarias municipais de saúde.

A legislação do SUS e suas Normas Operacionais (NOB-SUS) definem as atribuições comuns da União, Distrito Federal, estados e municípios, bem como o papel e as responsabilidades de cada esfera do governo na organização e operacionalização do SUS. A lei n. 8.080, de 1990, descreve as atribuições e competências dessas instâncias de forma genérica e abrangente, muitas vezes tornando difícil reconhecer as especificidades de cada uma. As NOB-SUS indicam com mais detalhes o processo de descentralização do SUS, estabelecendo as condições e estratégias necessárias para que os estados e municípios possam



Cartão de vacinação de usuário do SUS. O atendimento integral prevê a adoção de medidas preventivas, sem comprometimento das ações de caráter curativo

Foto: Peter Ilicciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Kit de exame para o diagnóstico da AIDS produzido pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) da Fiocruz

Foto: Ana Limp
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

A atenção aos idosos é uma das políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade

Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/jpg/capa_caderneta_idoso.jpg

assumir suas responsabilidades no processo de implantação e consolidação do SUS. A NOB-96 não só estabelece as funções e responsabilidades de cada esfera de governo, como determina o desenho de reorientação do modelo assistencial brasileiro.

É importante ressaltar que a descentralização é uma diretriz que incorpora em cada esfera de governo os princípios e objetivos do SUS, fortalecendo o federalismo político expresso na Constituição de 1988. Isso difere, em muito, da descentralização política proposta pelo ideário neoliberal, que preconiza a redução do papel do Estado, a transferência para a iniciativa privada de serviços e atividades originalmente estatais, como a saúde e a educação, e a desconcentração do poder regulatório do Estado em favor das leis de mercado.

Os mecanismos e estratégias que organizam e regulam a descentralização como diretriz do SUS estabelecem instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo. Essas instâncias são: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que estabelece pactos entre os municípios com a coordenação da gestão estadual; Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems.

VII Encontro Nacional de secretários municipais de Saúde. Com a implantação do SUS, os municípios assumiram papel relevante na administração dos serviços de saúde do país. Fortaleza, dez. 1990

Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

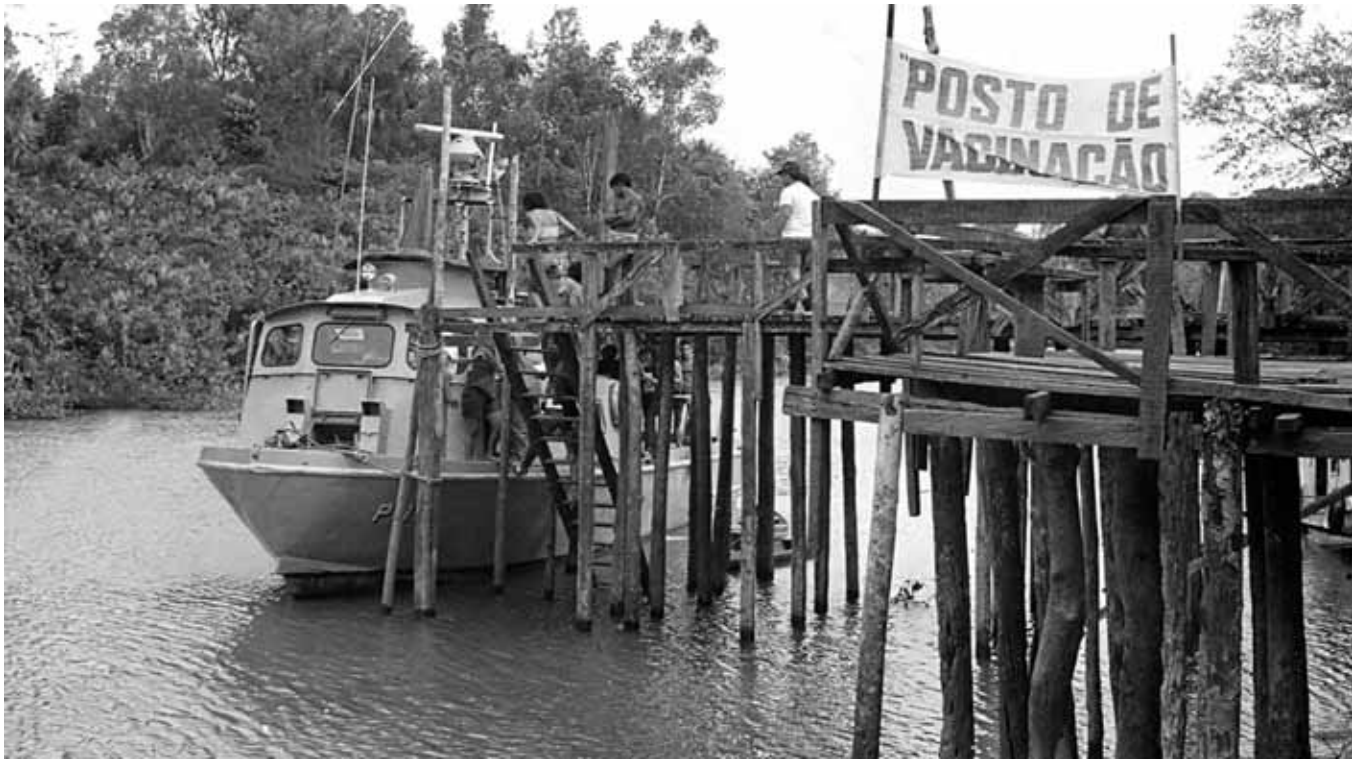
Muitos estudiosos têm analisado o processo de descentralização e municipalização do SUS. Até o ano 2000, 99% dos municípios haviam aderido ao sistema, consolidando o processo de formalização da gestão descentralizada. Apesar de todos os mecanismos de desconcentração política e administrativa do SUS, a União continua a centralizar poder e decisão em razão de seu papel na indução de políticas e organização do modelo de atenção, por meio, sobretudo, de incentivos financeiros. A atuação dos estados na gestão do processo de municipalização tem-se tornado mais burocrática do que aglutinadora de estratégias de negociação por meio de pactos e convênios que fortaleçam a rede de ações e serviços de seus munícipes.

Um dos principais desafios do SUS é garantir a oferta de serviços de saúde em todo o território nacional, tornando-os acessíveis também para as populações que vivem em regiões afastadas dos grandes centros urbanos

Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Regionalização e hierarquização

A lei n. 8.080 dispõe sobre a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Essa diretriz aponta para uma organização do sistema voltada para a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região. A lógica proposta é: quanto mais perto o sistema estiver, maior será sua capacidade de identificar as necessidades da população e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços de saúde a ela destinados. A regionalização deve ser norteada pela hierarquização



dos níveis de complexidade requeridos pelas necessidades de saúde das pessoas. A rede de ações e serviços de saúde, orientada pelo princípio da integralidade, deve se organizar para incluir desde ações de promoção e prevenção até aquelas de maior complexidade, como recursos diagnósticos, internação e cirurgias. A organização do sistema pode então requerer uma rede de serviços que extrapola os limites do município, tornando-se necessário o estabelecimento de convênios com outros municípios para atender as demandas de saúde de seus cidadãos. As instâncias de pactuação, como a CIB, participam na constituição dessa rede e no estabelecimento das estratégias de referência e contrarreferência (ou trânsito entre os níveis de complexidade da atenção à saúde) intermunicipais.

"Queremos saúde"

Súmula, n. 14, jun. 1986, p. 4
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Cartaz da prefeitura de Guarapari (ES) convocando a população para a Conferência Municipal de Saúde realizada em setembro de 2009

Disponível em http://www.guarapari.es.gov.br/ntmostra.php?id=1169

A participação popular no SUS remonta às lutas pela democratização e universalização dos serviços de saúde. Na foto, manifestação pró-Constituinte realizada por entidades do setor. Rio de Janeiro, 1987

Foto: Erik Pinto
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Participação da comunidade

Em 1990 foi aprovada a lei n. 8.142 – resultante da luta pela democratização dos serviços de saúde –, que instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instâncias de participação social do SUS nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal. Atualmente, passadas quase duas décadas da institucionalização efetiva do "controle social" por meio dos conselhos, estima-se que existam mais de cem mil conselheiros de saúde em todo o país.

A principal característica dos conselhos é o seu caráter deliberativo sobre a formulação das estratégias de atenção à saúde no país. Os conselhos são formados por representantes de usuários do SUS (50%), trabalhadores da saúde (25%) e prestadores e gestores (25%). O SUS garante aos estados, Distrito Federal e municípios a autonomia para administrar os recursos da saúde, de acordo com a sua condição de gestão (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal), mas para isso é preciso que cada região tenha seu conselho de saúde funcionando de forma adequada. As conferências de saúde devem se reunir em cada nível de governo a cada quatro anos com a representação dos diversos segmentos sociais, convocadas pelo poder executivo ou extraordinariamente pela própria conferência ou pelos conselhos. As conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde têm o objetivo de avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas. Como se vê, a participação da comunidade não só nasce colada à diretriz de universalização da saúde, como pretende funcionar como garantia de plenitude da mesma diretriz. Finalmente, se por um lado a participação popular tem origem em uma história de luta e mobilização e constitui-se, como vimos, em importante instrumento de afirmação do caráter público e universal do

SUS, por outro, a ocupação efetiva dos espaços e o exercício autônomo e soberano da política não estão automaticamente garantidos pela existência formal dessas instâncias.

Nesse sentido, a participação popular apresenta dois grandes desafios: primeiro, fazer com que a atuação dos conselhos e da sociedade não se reduza ao controle e monitoramento das ações do Estado na saúde, e se consolide efetivamente como uma instância participativa e deliberativa das políticas e ações de saúde em cada esfera de governo; segundo, não inibir a organização e reconhecimento de novos dispositivos de participação e controle social no SUS. Ou seja, se, por um lado, a conquista de uma instância de participação popular reconhecida e que faz parte legalmente do sistema de saúde brasileiro indica a democratização do SUS, por outro, a formalização de uma única instância representativa da sociedade como lugar de discussão e proposição das políticas de saúde burocratiza e limita as ações da sociedade civil nas suas formas de luta, expressão, participação e controle sociais. Como se vê, este é um tema muito caro para a discussão das origens e do futuro da reforma sanitária brasileira e de seu caráter político e democrático em nosso país.

8

A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Ana Lúcia de Moura Pontes, Márcia Cavalcanti Raposo Lopes, Márcia Valéria Cardoso Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo

A lei n. 8.080, de 1990, institucionalizou o Sistema Único de Saúde, que tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a participação popular e a equidade. A proposta desse sistema é romper com o modelo de atenção predominante hoje, caracterizado pela centralidade no trabalho médico e no hospital, e voltado para o tratamento de doenças com forte uso de tecnologias e medicamentos. Ou seja, procura-se construir um sistema baseado na defesa da saúde como um direito, entendendo-a como resultante das condições de vida da população. Para isso, propõe-se um sistema pautado nas ações de promoção, prevenção e tratamento nos diversos níveis de atenção (dos postos de saúde até o hospital especializado), e na participação popular na gestão do sistema e do cuidado.

Posto de saúde em Rondonópolis (MT)
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Assim, no decorrer de mais de vinte anos de construção do SUS, observa-se que a real conquista desses princípios é um desafio. Pode-se dizer que ainda hoje o sistema não garante a universalidade do acesso à atenção em saúde. Como veremos a seguir, o investimento na expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) vem gradativamente garantindo o acesso das comunidades mais pobres do país às ações básicas de saúde. Entretanto, embora seja evidente a inserção cada vez maior da população nos serviços de saúde, o acesso e a qualidade dos procedimentos de maior complexidade ainda são extremamente precários.

Além disso, segundo pesquisa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) de 2002, apenas 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos e 8,7% não são usuários. Ou seja, esses dois últimos grupos utilizam o Sistema de Saúde Suplementar, que cobria, em 2006, uma população de 42,5 milhões de brasileiros (ANS, 2006). Longe de garantir o direito igualmente atribuído à população brasileira de ter suas necessidades de saúde atendidas, essa situação contribui para a

Em 1910, o educador norte-americano Abraham Flexner publicou um alentado estudo sobre a situação do ensino médico nos Estados Unidos e no Canadá, concluindo que mais de 90% das faculdades de medicina avaliadas apresentavam sérias limitações em seu funcionamento. Frente a esse diagnóstico, Flexner propôs a adoção de um modelo de educação médica centrado na pesquisa biológica e na especialização profissional, vistas como alternativa ao empirismo predominante no ensino da época. Suas recomendações foram amplamente adotadas pelas instituições norte-americanas e influenciaram a reforma dos currículos de medicina em várias partes do mundo nas décadas seguintes

Acervo Fundação Rockefeller Disponível em http://en.wikipedia.org/wiki/File:Aflexner21.jpg

O MODELO ASSISTENCIAL OU MODELO DE ATENÇÃO

O modelo assistencial ou modelo de atenção diz respeito ao modo como são organizadas, numa dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. Consideramos que no mundo existam diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na Saúde e na Doença, e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde (Silva Junior e Alves, 2007). O modelo hegemônico da medicina científica tem sua base no fortalecimento das ciências biológicas – com destaque para a patologia e a fisiopatologia – no estudo das doenças e tem como um marco para sua consolidação os impactos produzidos pelo relatório Flexner (1910). Suas características são: biologicismo, mecanicismo, individualismo, especialização, tecnificação do ato médico, exclusão das práticas alternativas, ênfase na medicina curativa (Corbo et al, 2007). A partir da década de 1970, esse modelo configura-se como um modelo em crise, pois o que se observa são profundas desigualdades das condições de saúde da população e na oferta de serviços de saúde. O principal marco para a mudança de modelo foram as discussões da década de 70 sobre a Atenção Primária, definidas na Conferência de Alma-Ata. Dessa forma, a proposição do Sistema Único de Saúde se dá nos marcos desse debate, e busca responder às questões postas pela necessidade de mudança do modelo de atenção brasileiro construído nas décadas anteriores, denominado modelo previdenciário.

manutenção e ampliação das desigualdades sociais. Entretanto, vale lembrar que alguns serviços especializados de saúde, como transplantes, medicamentos antirretrovirais, serviços oncológicos, em geral não cobertos pelos planos de saúde, muitas vezes atingem níveis de excelência na rede do SUS e são o único recurso disponível para toda a população.

Do ponto de vista da integralidade, o SUS preconiza a integração entre as ações de promoção e prevenção da saúde e as de assistência, e a construção de projetos de cuidado que articulem, de acordo com a necessidade do usuário, desde os serviços de atenção básica (baixa densidade tecnológica) até os de atenção quaternária (alta densidade tecnológica).

Neste sentido, pensar em serviços de saúde que incorporem a diretriz da integralidade implica, quase sempre, a reestruturação dos processos de trabalho tradicionais, centrados no médico, no uso excessivo de tecnologias, desvinculados de ações de vigilância e educação em saúde e sem qualquer preocupação político-social em relação ao processo de adoecimento dos sujeitos. A organização da atenção pautada na integralidade torna necessário, por exemplo, o maior conhecimento da realidade dos sujeitos atendidos,

a redefinição da recepção/acolhimento dos usuários, a discussão do vínculo e responsabilidade dos profissionais com os usuários/comunidade, o fortalecimento da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, assim como a articulação dos diversos níveis de atenção. Evidentemente, essas transformações da atenção apontam para a necessidade de incorporar profissionais de diferentes áreas aos serviços e também de investir na mudança do perfil dos profissionais de saúde. A formação desses profissionais costuma estar centrada no estudo de sintomas e tratamentos específicos e, quase sempre, não favorece o desenvolvimento da percepção e análise das necessidades de saúde dos usuários e do contexto em que eles vivem. Em virtude disso, novas políticas de formação foram implementadas no período.[4] Vale destacar, entretanto, que, embora amplamente discutidas, e quase sempre reconhecidas também como fundamentais para a transformação da atenção pública em saúde, questões como condições de trabalho, valorização profissional e remuneração digna parecem não compor mais, de fato, as ações propostas neste sentido.

O objetivo deste texto é identificar algumas das estratégias adotadas para garantir a universalidade, integralidade e equidade do sistema, tomando como eixo as transformações nas políticas relacionadas com a organização da atenção básica. Esse recorte apresenta alguns limites, mas pode contribuir para a análise desses princípios do SUS, pois a atenção básica, além de ser a "porta de entrada" ou o primeiro contato do usuário com o sistema, é também onde se resolveria a maior parte dos problemas de saúde da população. Ademais, é a atenção básica que deveria acompanhar os indivíduos e a comunidade, e que articula o processo de cuidado com os demais níveis de atenção.

Entretanto, cabe ressaltar que em torno da discussão sobre a atenção básica à saúde existem alguns projetos e concepções diferenciados (Corbo et al, 2007). Em uma conjuntura neoliberal, numa perspectiva de redução de custos e da reforma do Estado, proposta apoiada pelos organismos internacionais, a atenção básica seria uma atenção de baixo custo, concebida como um programa direcionado para populações empobrecidas. Nesse caso, observa-se uma atenção com baixa incorporação tecnológica, utilização de força de trabalho pouco qualificada, e voltada para resolução de algumas doenças prevalentes e/ou preveníveis (Corbo et al., 2007). Em contrapartida, o movimento da reforma sanitária e da defesa da saúde como direito concebe a atenção básica como um modelo de reorganização dos sistemas de saúde, que

Linha de produção do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) da Fiocruz. O laboratório tem como finalidade o desenvolvimento e fabricação de medicamentos considerados essenciais para a população brasileira, sendo o principal produtor de antirretrovirais do país

Foto: Rogério Reis
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Paciente recebendo atendimento no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), unidade vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz. É na atenção básica que se dá o primeiro contato do usuário com o SUS

Foto: Cid Fayão
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

se estrutura e se operacionaliza de forma a atender às necessidades da população, envolvendo a sua articulação com os outros níveis do sistema. Desse modo, o sistema de saúde é concebido como uma rede integrada de serviços de atenção à saúde que funciona de forma articulada na promoção de uma atenção continuada e integral.

Até a década de 1990, predominantemente, a organização da atenção básica no Brasil se dava por meio de centros de saúde e de postos de saúde, que respondiam a demandas espontâneas da população. Esses serviços contavam com atividades de prevenção, como vacinação e realização de campanhas, e atividades de assistência, estruturadas em torno do atendimento médico (de clínicos, ginecologistas e pediatras). Entretanto, é importante ressaltar que, desde a década de 1970, podem-se observar diversas experiências e inovações na forma de organização da atenção básica no país.

Em 1994 inicia-se a implantação nacional do Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvido com base na experiência bem-sucedida no Nordeste do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que conseguiu reduzir a mortalidade materna e infantil. Nos primeiros anos de implantação do PSF, foram priorizadas as áreas delimitadas no Mapa da Fome do Ipea, ou seja, buscava-se expandir a cobertura dos serviços de saúde, por meio do programa, para áreas com populações empobrecidas.

Desde 1996, esse programa passou a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, e posteriormente se consolidou a denominação Estratégia de Saúde da Família. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 1998, p. 1), o objetivo da saúde da família seria:

Pacientes aguardam atendimento em posto de saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

Foto: Cid Fayão
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Lançado em 1994, o Programa Saúde da Família alterou a forma de organização da atenção básica no Brasil

Súmula, nº 48, maio 1994, p.5
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

> a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

As equipes de saúde da família são responsáveis por uma área geográfica que possui de três mil até quatro mil habitantes (portaria 648, 2006). A equipe mínima é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo também integrar-se a equipe de saúde bucal (ESB). Cada equipe conta com até 12 ACS que acompanham de cem a 250 famílias da sua área de atuação, atendendo a um número máximo de 750 pessoas.

A saúde da família possui um sistema de informação específico, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com registro das atividades cotidianas dos agentes comunitários e da equipe, além de alguns dados sobre morbidade e mortalidade.

Corbo et al (2007) analisam que, com base nos princípios do SUS e nas concepções da atenção primária à saúde, o ESF incorpora as noções de 'integralidade' e 'universalidade' da assistência, 'equidade', e estímulo à 'participação comunitária', com o objetivo de corrigir as diversas distorções apresentadas pelos modelos de assistência à saúde no decorrer dos anos.

Para a sua implantação e expansão, o programa valeu-se, principalmente, de duas estratégias: de um lado, induziu a implantação de equipes de saúde da família por meio de incentivos financeiros; de outro, realizou investimentos significativos na mudança da formação de profissionais de saúde para atuarem segundo a lógica desse novo modelo.

A forma de financiamento da expansão da saúde da família foi reformulada algumas vezes. Inicialmente, por meio da portaria n. 157, de 1998, estabeleceu-se um valor

MÉDICO DE FAMÍLIA

MODELO CUBANO VAI ATINGIR 14 CIDADES

Com previsão de atender inicialmente a 32 milhões de pessoas em 14 municípios brasileiros, o Governo Federal lançou o Programa Saúde da Família, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que garantirá assistência médica em período integral e continuado a todos os integrantes de uma família. Nos dois primeiros meses, serão destinados cerca de US$ 200 milhões para custear 50 equipes de saúde, que atuarão em todas as regiões do País.

Aproveitando o tema da Campanha da Fraternidade de 94 - "A família como vai? -, o governo federal adotou o modelo que a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (RJ) importou de Cuba, onde o acompanhamento médico do paciente é feito na própria comunidade. Segundo o secretário Gilson Cantarino, o projeto já beneficiou cerca de 17 mil pessoas daquele município.

específico para cada equipe de saúde da família implantada, repassado do fundo federal para o fundo municipal, em função do Piso da Atenção Básica (PAB, criado pela NOB 96) fixo do município. Em 1999, por meio da portaria n. 1.329, o financiamento do PSF passou a ser definido com base no percentual de cobertura populacional realizado pelas equipes de saúde da família. A portaria instituiu também o valor de dez mil reais, como incentivo adicional, por equipe implantada.

O governo federal mais do que duplicou os recursos destinados à saúde da família entre 1999 e 2000, o que correspondeu a uma decisão política de despertar maior interesse dos gestores municipais pela expansão deste programa (Mattos, 2002). Entretanto, na portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o financiamento das equipes de saúde da família volta a ser repassado aos municípios, levando-se em consideração o número de equipes implantadas. A transferência de recursos fica vinculada à alimentação obrigatória dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

No que diz respeito à formação profissional, foram criados os polos de capacitação em saúde da família, que instituíram o treinamento introdutório. A criação e realização de cursos de residência e especialização em saúde da família também foram incentivadas, assim como os movimentos de reforma no currículo das profissões. Note-se, porém, que os investimentos listados têm focalizado os trabalhadores de nível superior, notadamente o médico e o enfermeiro.

8

Equipe de saúde da família em visita a comunidade no Rio de Janeiro

Foto: Peter Ilicciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Publicação do Ministério da Saúde que avalia a situação da Atenção Básica no Brasil a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasília, 2008

Acervo Ministério da Saúde

Capa da *Revista Brasileira de Saúde da Família*, publicação periódica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

Acervo Ministério da Saúde

É importante destacar que a força de trabalho de maior expressão numérica na saúde da família são os agentes comunitários de saúde. Em maio de 2003, quando se discutiam no âmbito do Ministério da Saúde as bases da formação dos ACS, havia 170.423 agentes, constituindo um conjunto muito significativo de trabalhadores em situação precária (76,7%), uma vez que somente 23,3% deles tinham contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Já em março de 2010 observamos um crescimento significativo no número de agentes, que totalizam 236.399 trabalhadores, cobrindo 61,11% da população brasileira (MS/SAS/DAB). Esse quadro precário em relação ao vínculo empregatício teve, entretanto, mudanças positivas com a luta dos trabalhadores e as novas regulamentações da profissão.

No que se refere à profissionalização dos agentes, sugerimos a leitura do "Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde em julho de 2004", que define conteúdo, carga horária e as condições mínimas para a formação dos ACS, indicando as etapas de um itinerário preparatório composto de três módulos. E sobre a regulamentação da profissão, a lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, que estabelece os requisitos para o seu exercício, a escolaridade de nível fundamental e a qualificação básica. Ademais, essa lei fortalece profissionalmente os ACS ao submetê-los ao regime jurídico da CLT e prever a realização de concurso público para sua admissão e dos agentes de endemias.[5] Vale destacar que

Equipe de saúde da família realiza atendimento domiciliar em Salvador

Disponível em http://caldeiraodenovidadessaude.blogspot.com/2008_04_01_archive.html

Agentes de saúde do município de Aracaju durante protesto por aumento de salário e melhores condições de trabalho. Aracaju, 15 dez. 2009

Disponível em http://www.infonet.com.br/saude/ler.asp?id=92931&titulo=saude

Agentes comunitários de saúde entrevistam moradora em comunidade no Rio de Janeiro. Os ACS formam o maior contingente de trabalhadores do Saúde da Família

Foto: Peter Ilicciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

a profissionalização dos agentes comunitários de saúde é ainda um desafio, assim como a melhor definição da atuação dos auxiliares de enfermagem, cuja formação é frequentemente voltada para o atendimento hospitalar, centrada na doença e na realização de procedimentos técnicos.

Assim, a saúde da família reitera na atenção básica a tentativa de facilitar o acesso da população ao sistema de saúde, constituindo um conjunto de ações e práticas que têm como objetivo incorporar ou reincorporar parcelas da população historicamente apartadas dos serviços de saúde. A Atenção Básica (Brasil, 2006b, p. 10) é definida como "o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde", e tem um caráter de reorganização de todo o sistema. Segundo dados do MS/SAS/DAB, em março de 2010 havia em atuação 236.399 agentes comunitários de saúde e 30.782 equipes de saúde da família no Brasil, garantindo o acompanhamento de 115.922.534 (61,11% da população) e 97.352.949 pessoas (51,32 % da população), respectivamente. Em relação à implantação das equipes de saúde bucal, observou-se, em 2008 (MS/SAS/DAB), uma cobertura de 45,3% da população, por meio de 17.807 equipes.

Esses avanços têm sido impulsionados por estratégias como o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), que o Ministério da Saúde desenvolveu em 2002 com o apoio do Banco Mundial. O volume total de recursos para os sete anos de vigência do programa (2002-2009) foi de 550 milhões de dólares, sendo 50% financiados pelo Banco Mundial e 50% como contrapartida do governo brasileiro. O Proesf tem como objetivo o apoio à organização e ao fortalecimento da atenção básica no país por meio do investimento em estratégias de qualificação dos trabalhadores e de monitoramento e avaliação da atenção básica.

A saúde da família, ao pautar-se pelo princípio da integralidade, está se comprometendo na busca da organização dos serviços, ações e práticas de saúde, de forma a garantir à população o atendimento mais abrangente

de suas necessidades. Essa atitude implica a compreensão ampliada do sofrimento e dos problemas de saúde dos indivíduos e populações, e envolve um conjunto de práticas e saberes para além dos tradicionais da biomedicina. Assim, aponta para a incorporação de novos profissionais nos serviços, ações articuladas com outros setores – como habitação, educação e assistência social – e, dessa forma, para a centralidade do trabalho em equipe no processo de cuidado. Esses são desafios diante do atual quadro de formação profissional e do corporativismo de algumas categorias.

Na mesma medida, esse compromisso implica o estreitamento da relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde. A atenção básica deve ter uma alta capacidade de resolução dos problemas da população, porém é insuficiente para responder ao cuidado integral das necessidades de saúde. Assim, a atenção básica deve atuar de forma complementar e contínua com ambulatórios e hospitais gerais e de especialidades. Por isso, é fundamental a garantia de sistemas de encaminhamento para outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como o retorno e continuidade do cuidado na atenção básica (fluxos de referência e contrarreferência). Da mesma forma, devem ser contínuos e integrados os componentes preventivo e curativo das práticas desenvolvidas nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a atenção à saúde.

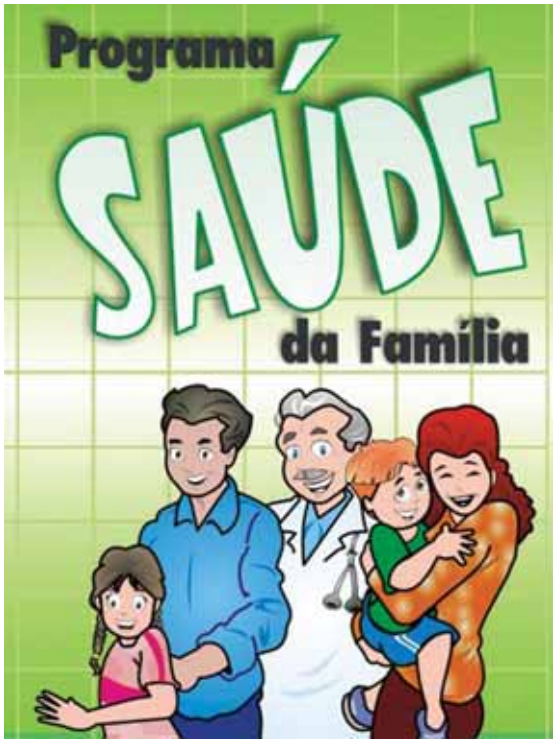
Entretanto, a relação entre esses diversos níveis de atenção (básica e especializada) precisa avançar muito. A população busca e valoriza, sobretudo, o atendimento hospitalar, justificado pela dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica e pela baixa capacidade desses serviços responderem de forma adequada às necessidades da população. Ao mesmo tempo, não são raros os relatos das equipes de ESF a respeito da dificuldade de marcação de consultas e exames nos serviços especializados e da ausência de retorno sobre os procedimentos e atendimentos realizados nesses serviços. Algumas questões relacionadas à organização dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatoriais e hospitalares devem ser lembradas, como: concentração desses serviços em grandes centros e nas regiões sul e sudeste; baixa responsabilização e resolutividade desses serviços; falta de políticas de qualificação desses trabalhadores; predominância de prestadores do setor privado; financiamento baseado na produtividade com baixo controle de qualidade; e incipiente política de regionalização e articulação com a rede básica.

Alguns dados sobre o setor hospitalar e ambulatorial, encontrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES, www.datasus.gov.br), contribuem para a compreensão dessa análise. Em janeiro de 2008 estavam registrados: a) 1.259 hospitais especializados, distribuídos 42% na região Sudeste, 30% na região Nordeste, 11% na região Centro-Oeste; 9% na região Sul e 7% na região Norte; b) dos 5.185 hospitais gerais, 34% estão na região Sudeste, 27% na região Nordeste, 19% na região Sul, 13% na região Centro-Oeste e 7% na região Norte; c) das 14. 382 unidades de apoio a diagnose e terapêutica, 44% estão na região Sudeste, 24% na região Sul, 18% no Nordeste, 9% no Centro-Oeste e 4% na Norte. Quanto à esfera administrativa, pertencem ao setor privado 77% dos hospitais especializados, 68% dos hospitais gerais e 93% das unidades de serviços de apoio a diagnose e terapêutica.

Considerando que a equidade é outro princípio estruturante do SUS, a saúde da família orienta-se pelo respeito ao direito igualmente atribuído à população brasileira em ter suas necessidades de saúde atendidas. Compromete-se também a considerar as diferenças e desigualdades historicamente instituídas e que se expressam, por exemplo, em indicadores sociais diferenciados segundo regiões, estratos sociais, etários, étnicos, de gênero etc., que geram necessidades distintas e, consequentemente, exigem uma

Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde, manual produzido pelo Ministério da Saúde para a formação de agentes comunitários. Brasília, 2004

Acervo Ministério da Saúde



Equipe de saúde bucal realiza atendimento na comunidade do Perpétuo, em Teresópolis (RJ). 25 mar. 2010

Disponível em http://psfperpetuo.blogspot.com/

Cartaz de divulgação do Programa Saúde da Família

Disponível em http://karinanutricao2.wordpress.com/2009/11/12/o-programa-saude-da-familia/

8

Hospital Anália Franco, em São Paulo. A grande maioria dos estabelecimentos de saúde no Brasil pertence à rede privada

Foto: Lukaaz
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hospital_An%C3%A1lia_Franco_-_by_Lucas.jpg

Família indígena da região amazônica. A grande heterogeneidade da população brasileira exige do SUS uma política de saúde capaz de dar conta das diversas realidades sociais encontradas no país

Foto: Rogério Reis
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

política de saúde capaz de se organizar e responder de forma apropriada a essas múltiplas questões e de contribuir para a redução das desigualdades.

Nesse sentido, por um lado podemos apontar que a territorialização e a inserção dos agentes comunitários de saúde (enquanto trabalhadores e moradores das comunidades) favorecem a aproximação com o contexto e as especificidades epidemiológicas, sociais e culturais do local; por outro, percebe-se ainda a dificuldade das equipes em inserir esses aspectos na organização de seus trabalhos. Ainda é um desafio para elas adequar e superar as metas estabelecidas pelos programas de atenção que organizam e avaliam o trabalho da equipe, e são baseadas em critérios de produtividade relacionados principalmente às execuções de consultas, visitas domiciliares e procedimentos, sendo pouco valorizada a dimensão qualitativa do cuidado e da educação em saúde. Assim, pode-se dizer que as equipes ainda encontram enormes problemas para integrar ao serviço os usuários com demandas e necessidades fora de padrões previamente estabelecidos.

O atendimento aos idosos e a outros grupos sociais com necessidades específicas é uma das mais importantes atividades desenvolvidas pelo SUS. Na foto, médico e agente comunitária do Programa Saúde da Família realizam atendimento em residência no Rio de Janeiro

Foto: Peter Ilicciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Outro desafio para a transformação do modelo de atenção que a Estratégia de Saúde da Família adota é a "promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, planejamento, execução e avaliação das ações" (Brasil, 2006). Assim, as equipes perseguem a aproximação entre as ações e as necessidades da população e buscam compreender que a população pode qualificar e modificar a definição e a execução das políticas públicas, no sentido de sua maior democratização. Destacam-se, principalmente, as instâncias participativas previstas no setor saúde – conselhos e conferências –, além de outros meios de mobilização e organização, como as associações de moradores e os sindicatos. Instâncias essas nas quais os próprios trabalhadores de saúde também devem participar ativamente enquanto categoria profissional. Nesse aspecto, entretanto, podemos apontar a heterogeneidade das ações das equipes e da organização do controle social, uma vez que em algumas comunidades existem associações e conselhos locais ativos, e em outras essa participação ocorre pontualmente (Corbo et al, 2007).

A participação da comunidade é fundamental para o sucesso das ações do Saúde da Família

Foto: Cid Fayão
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

O trabalho dos agentes comunitários de saúde constitui um elo fundamental para o bom relacionamento da população com os outros profissionais envolvidos no PSF

Foto: Peter Ilicciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Logomarca criada pelo Ministério da Saúde em comemoração aos 20 anos do SUS

Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/sus_20anos_jpeg.jpg
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

A produção de genéricos, de custo mais barato que os remédios fabricados pelos laboratórios privados, tem sido uma das principias iniciativas do governo para universalizar o acesso da população brasileira a medicamentos

Foto: Peter Ilicciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Vale destacar, por fim, que a proposta deste novo "serviço", a Estratégia de Saúde da Família, implica uma importante transformação na estrutura tradicional do trabalho em saúde, afetando diretamente as práticas e as relações cotidianas dos trabalhadores. Os profissionais de saúde não têm mais como referência principal para suas práticas o contexto das unidades de saúde. Seu trabalho deve ser centrado no território e, mais especificamente, nas famílias adstritas. A ideia da equipe de saúde aparece ainda com mais força, valorizando-se a troca entre os diferentes profissionais e o trabalho coletivo. Os agentes comunitários de saúde são incorporados como ponto fundamental desta nova forma de organização do trabalho em saúde, por sua capacidade de ampliar o diálogo com a população e de compreender o contexto local, favorecendo a efetiva mudança da noção de saúde no interior do sistema.

SUS 20 ANOS Sistema Único de Saúde

8

É inegável que todo esse processo efetivamente impulsiona certa reordenação do trabalho em saúde na atenção básica e coloca em questão o papel e as práticas dos profissionais envolvidos. É preciso analisar com cuidado, entretanto, os variados formatos que essas propostas adquirem nos diferentes contextos em que se constroem, e as enormes dificuldades que envolvem a reorientação de modelos de atenção arraigados não só nos profissionais como nos usuários. Assim, frequentemente ouvem-se relatos de uma reprodução do modelo de atenção tradicional e da hierarquização das profissões de saúde. Na realidade, é possível constatar múltiplos conflitos na organização do trabalho na Saúde da Família, na maioria dos casos, a ESF repete o modelo médico-biológico hegemônico: médicos mandam, enfermeiros obedecem e agentes comunitários ou técnicos cumprem (Sávio, 2003).

A divisão social do trabalho típica da nossa sociedade não parece desestruturar-se concretamente. Permanece a tentativa de reduzir a complexidade do processo de trabalho, ao se prescreverem tarefas *aparentemente* simples para os trabalhadores com menor escolarização e retirar deles a possibilidade de compreensão do processo mais amplo da produção, dificultando a construção de uma nova lógica de trabalho em saúde e a inserção diferenciada de trabalhadores e usuários neste processo. A Saúde da Família, em muitos casos, mantém os trabalhadores de nível médio isolados do trabalho da equipe, sem participação ativa no planejamento e avaliação dos processos, com remuneração muito inferior à do restante da equipe e sem qualificação para o trabalho.

Plenária da IV Conferência Municipal de Saúde de Itabuna (BA). 13 abr. 2010

Disponível em http://www.redebrasildenoticias.com/2010/04/secretario-anuncia-novo-pacto-com.html

Por fim, pode-se dizer que a reorganização da atenção básica na década de 1990 evidencia as dificuldades de concretizar, nesses vinte anos, os princípios do SUS de universalidade do acesso à saúde e da integralidade da atenção, e de contribuir, dessa forma, para um projeto de sociedade que supere as desigualdades sociais.

Vale apontar também que o crescimento do número de profissionais não médicos no sistema, atuando de formas diversas nos serviços de atenção à saúde, vem favorecendo o surgimento de novas perspectivas a respeito dos usuários e de suas demandas de saúde. A municipalização da gestão do sistema propicia, ainda, experimentações interessantes em relação à constituição de novas práticas de saúde que, no entanto, nem sempre parecem ter continuidade. Apresenta-se, então, para o SUS, a importante questão de pensar estratégias de fortalecimento dessas propostas.

Como desafios ainda enfrentados pelos profissionais de nível técnico, podemos apontar a necessidade da realização de uma política de gestão que possibilite a conquista de vínculos de trabalho pautados pelas premissas básicas de cidadania, e a efetivação de uma política de educação em saúde que permita uma formação profissional, tanto teórica e prática quanto política, para os trabalhadores do SUS.

8

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

A garantia dos direitos humanos básicos (sendo o principal o direito à vida) é premissa para qualquer sociedade que se suponha minimamente democrática. Nesse sentido, o direito à saúde se revela como condição fundamental para o exercício dos outros direitos sociais; sua garantia, conforme versa a Constituição, é referencial de desenvolvimento econômico e social do país. Ao adotarmos o direito à vida como um valor a ser defendido, assumimos o direito à saúde como ponto indiscutível das políticas sociais, como característica *indispensável* no exercício da cidadania. Tal exercício pode ser desempenhado de diversas formas, mas, sobretudo, pelos espaços institucionais previstos na Constituição, entre os quais se inscrevem os conselhos de saúde. No mesmo ano em que o SUS foi regulamentado (lei n. 8080/90), criou-se a lei n. 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamenta a realização das conferências de saúde. De acordo com esta lei, os conselhos de saúde têm um caráter permanente e deliberativo, ou seja, suas reuniões acontecem independentemente da vontade dos governos e constituem-se como a última instância de decisão do SUS, pois todas as propostas de ação dos estados e municípios devem ser por eles aprovadas. A atuação dos conselhos volta-se para a "formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo". Para cada esfera de governo existe um conselho de saúde correspondente.

Assim temos, no nível federal, o Conselho Nacional de Saúde; no estadual, os conselhos estaduais de Saúde e no municipal, os conselhos municipais de Saúde. A composição dos conselhos é repartida entre gestão e usuários, de forma que 50% das vagas são destinadas aos usuários do SUS e as outras 50% são ocupadas por representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde.

Assim como os conselhos, as conferências de saúde também existem em todas as esferas de governo. Elas se realizam a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, e seu objetivo é "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde". Mas, qual a importância dos conselhos e das conferências para os trabalhadores do SUS? A resposta a esta questão pode ser encontrada no texto da própria lei. Nela podemos perceber que essas instâncias podem ser espaços de luta para os trabalhadores de saúde (vide a quantidade de trabalhadores do SUS), sobretudo se seus pleitos forem congruentes com os dos usuários.

A inserção dos trabalhadores do SUS na discussão das políticas públicas para o setor significa a responsabilidade de defesa do SUS também por esta parcela da sociedade. Não custa lembrar que o SUS foi uma conquista de toda a sociedade e é essencial para esta sociedade manter as conquistas anteriores e avançar na luta pela melhora do sistema. É possível dizer que parte das dificuldades e iniquidades da saúde em nosso país podem ser creditadas, em alguma medida, ao abandono das instâncias públicas de discussão, como os conselhos de saúde. Na ausência de uma representação forte da sociedade, esses espaços em geral são ocupados por grupos que têm interesses estritamente pessoais no setor de saúde ou por segmentos que não são sensíveis às questões sociais. Diversos trabalhos têm indicado os dilemas fundamentais que permeiam a atuação dos conselhos.

Algumas pessoas – usuários, conselheiros e mesmo pesquisadores – admitem até uma ineficácia intrínseca a esta instituição em razão de dois fatores principais: conflito entre a linguagem técnica exigida e a linguagem leiga do conselheiro nesse órgão e, sobretudo, tutela excessiva das instâncias governamentais sobre os conselhos, tornando-os meros "aprovadores" de suas políticas. Embora tais críticas devam ser consideradas, a experiência tem demonstrado justamente o oposto: que a utilização, pela sociedade, das prerrogativas constitucionais dos conselhos faz com que estas instâncias atuem como instrumentos políticos eficazes na luta pelo direito à saúde. Exemplo disso pode ser encontrado na associação entre conselhos de saúde e Ministério Público, como vem acontecendo em algumas localidades no Brasil. Essa parceria qualifica a atuação dos conselhos, que não apenas alteram seu modo de abordar problemas e de propor soluções, mas se tornam principalmente aptos a criar oportunidade para novas questões na área, tanto do direito quanto da saúde.

Felipe Rangel S. Machado

Notas

[1] Art. 199. "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. §1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. §2º – É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. §3º – É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei." (CF, 1988)

[2]Além dessa base legal, existem diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do SUS. Neste texto, no entanto, nos centraremos na sua estrutura formal, disposta nos três documentos citados.

[3] Segundo a lei 8.080, de 1999, os objetivos do SUS são: "I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas." (Brasil, 1988, p. 66)

[4] Algumas políticas de mudança e investimento na formação profissional foram propostas, entretanto, quase todas visam apenas aos trabalhadores de nível superior, deixando um importante vazio no campo da educação de nível médio.

[5] Sobre o trabalho dos ACS, ver Morosini, Corbo e Guimarães, O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde: concepções do trabalho e da formação profissional, no livro *O processo histórico do trabalho em saúde* (2007).

Referências bibliográficas

Saúde como direito de todos e dever do Estado

BAHIA, Ligia. A *démarche* do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1998-2008. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde*: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 123-185.

ESCOREL, Sara. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde*: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (Coord.). *Antecedentes da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: ENSP, 1988.

Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

_____. Lei n. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 dez. 1990.

PINHEIRO, R., MATTOS, R., CAMARGO, K. R. Jr. (Org.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Uerj-IMS-Abrasco, 2003.

A reorganização da Atenção Básica no Brasil

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p.11-41.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). *SUS*: avanços e desafios. Brasília: Conass, 2006.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 69-106.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C., CORBO, Anamaria D'Andrea e GUIMARÃES, Cátia. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde: concepções

do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 189-211.

SÁVIO, D. *Atenção básica e as políticas específicas*: desafios para a construção da integralidade e da atenção à saúde. In: III SEMINÁRIO do Projeto de Integralidade, Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde. Rio de Janeiro, jun. 2003 (comunicação oral).

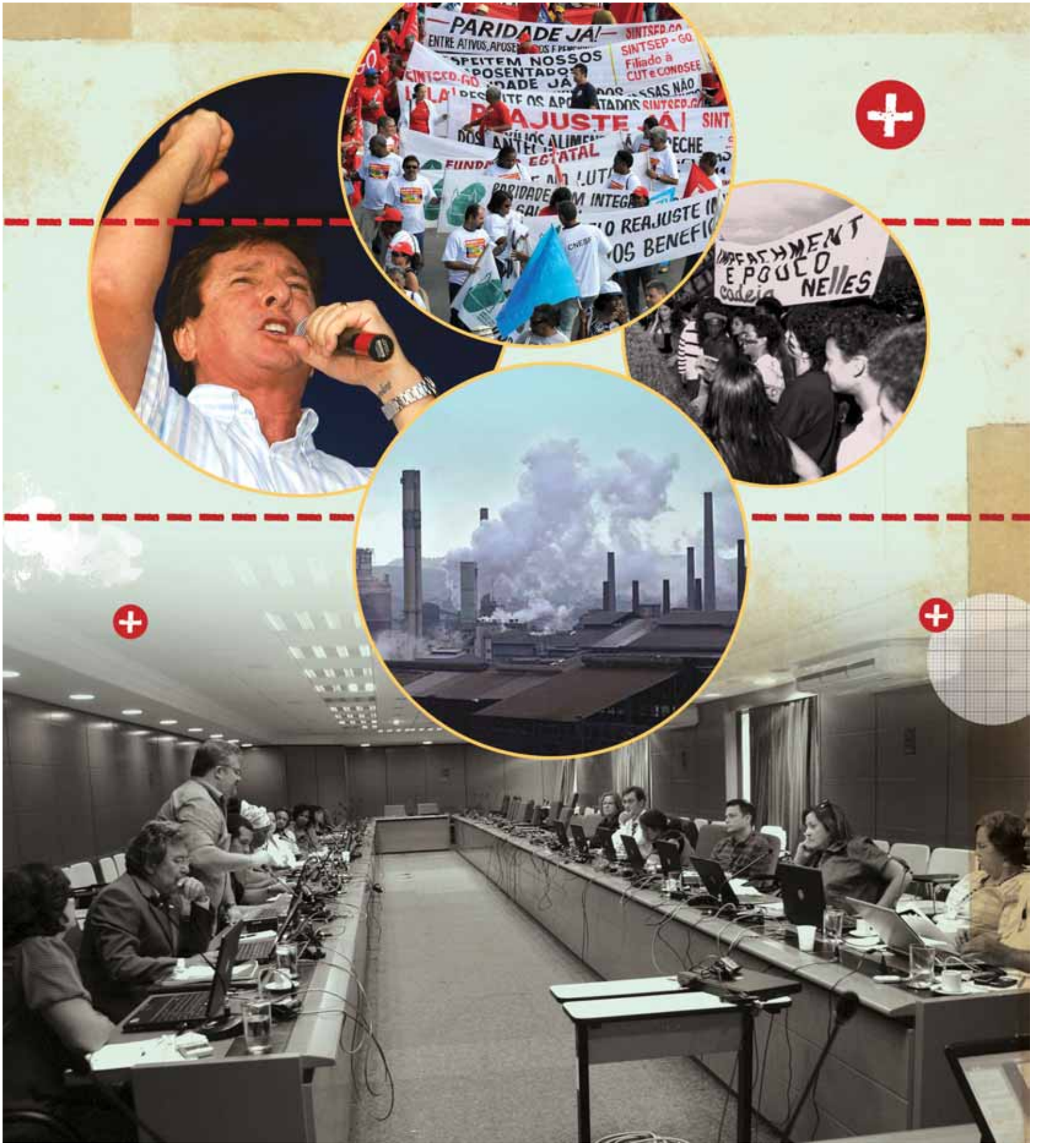
SILVA, J. P. V., LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 43-73.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

9

A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?

JÚLIO CÉSAR FRANÇA LIMA


PARIDADE JÁ!
SINTSEP-GO
SINTSEP - GO
Filiado à
CUT e CONDSEF
AJUSTE JÁ!
EGTATAL
IMPEACHMENT
E POUCO
NELLES

Desmontagem da seguridade social e recomposição das relações público-privadas de atenção à saúde

> "Traidor da Constituição é traidor da Pátria! Conhecemos o caminho maldito: rasgar a Constituição, trancar as portas do parlamento, garrotear a liberdade, mandar os patriotas para a cadeia, o exílio e o cemitério.
>
> Quando, após tantos anos de lutas e sacrifícios, promulgamos o estatuto do homem, da liberdade e da democracia, bradamos por imposição de sua honra, temos ódio à ditadura! Ódio e nojo! Amaldiçoamos a tirania, onde quer que ela desgrace homens e nações..."
>
> *Ulysses Guimarães*, 5 de outubro de 1988

9

> "A década de 80 é importante ser pensada como um divisor de águas. Voltar a ela é voltar ao novo. Ser conivente e ser adesivo ao que implantou a década de 90 é o velhíssimo. É o mais velho porque é o hiperindividualismo do início do capitalismo selvagem em tempos do século XXI. [...] Os circuitos da história estão por ser abertos."
>
> *Gaudêncio Frigotto*, 16 de junho de 2010

A organização do Sistema Único de Saúde como política nacional de saúde após árdua negociação pode ser considerada consequência das profundas mudanças que marcaram a sociedade brasileira nos últimos vinte anos, sobretudo das disputas políticas entre os defensores de um Sistema Único de Saúde público, universal e participativo, e grupos identificados com interesses privados e corporativos.

A década de 1990, no Brasil, caminha no sentido de um amplo consenso neoliberal, favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, assim como de suas diretrizes de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, com a privatização das empresas estatais e demissões em massa. Trata-de de um processo concomitante ao avanço da globalização e da mudança do padrão de acumulação capitalista, que desde os anos 1980 passa a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira (Chesnais, 1996). A globalização neoliberal se caracteriza pela violenta reconcentração de capital mediante a privatização do patrimônio público, barateamento da força de trabalho e subsídios ao capital, levando o sistema

financeiro a ocupar um lugar hegemônico no processo de acumulação. Do ponto de vista social, assiste-se à privatização do financiamento e da produção dos serviços, à precarização das políticas públicas, com o corte dos gastos sociais, à concentração dos investimentos nos grupos mais carentes e à descentralização para o nível local. Essas mudanças se fizeram paulatinamente e interferiram nos rumos do Sistema Único de Saúde.

Após o governo Collor (março de 1990 a dezembro de 1992), a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990), de natureza abrangente e progressista, no início dos anos 1990, só foi possível porque o Congresso Nacional tinha a mesma composição da Assembleia Nacional Constituinte (Rodriguez Neto, 2003). Entretanto, a despeito da Lei Magna e das Leis Orgânicas da Saúde, a restrição orçamentária a que foi submetido o gasto social nega base fiscal à seguridade social, política mais ampla na qual a área da saúde foi incorporada pela Constituição Federal. O debate sobre o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde está vinculado à desconstrução do conceito de seguridade social, que começa a se operar naquele momento, e à lógica de acumulação de capital baseada na reprodução ampliada do capital fictício, que se implantou de maneira definitiva com o governo Fernando Henrique Cardoso.

"Unemployed" (desempregado), aquarela do pintor alemão Georg Groz, 1934. A globalização neoliberal trouxe consigo o aumento do desemprego e a desregulamentação do mercado de trabalho

Disponível em http://ruadopatrocinio.wordpress.com/2009/07/page/3/

Werneck Vianna (2005), tomando o ano de 2002 como base de cálculo, demonstra que a seguridade social, tal como foi constitucionalmente pensada, não é deficitária, apesar dos insistentes apelos dos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva quanto à sua inviabilidade, particularmente no que diz respeito aos gastos com a previdência social. Por meio de um exercício virtual, feito a partir dos montantes de arrecadação das receitas previstas para o sistema, estabelecidas na Constituição Federal, e considerando as despesas realizadas, Vianna diz que o total arrecadado em 2002, se fosse rigorosamente aplicado, o que nunca aconteceu, cobriria com folga os gastos de seguridade, mesmo incluindo-se no cálculo os gastos específicos da área da saúde. Nessa perspectiva, pode-se dizer que o *deficit* previdenciário e o desfinanciamento da saúde foram construídos em nome do *superavit* primário, como forma de submeter o orçamento da seguridade social à lógica da financeirização do orçamento público.

O golpe mortal, porém, veio em 1993, no governo Itamar Franco, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o apoio do então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, retirou a participação da contribuição previdenciária da base de cálculo do financiamento do Sistema Único de Saúde, em decorrência do aumento do desemprego e da consequente redução das contribuições compulsórias, para fazer frente às despesas previdenciárias. Isso diminuiu, substantivamente, os recursos destinados ao pagamento dos procedimentos realizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica

9

Concentração em Brasília exige mais verbas e fim do boicote ao SUS

O Presidente do Conasems, Raimundo Bezerra, discursa durante a manifestação em frente ao Congresso Nacional.

A proposta contida no Orçamento da União para a saúde - de US$ 9 bilhões - não garante sequer o pagamento d' as internações e atendimentos ambulatoriais. Além disso, ela imobiliza o setor, pois inviabiliza a execução descentralizada de programas como a interiorização do SUS, a nova política de medicamentos e a auto-suficiência em sangue, hemoderivados e imunobiológicos.

Diante disso, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), realizou entre os dias 8 e 9 de março, em Brasília, uma concentração nacional em defesa do SUS. Com a presença de mais de 500 pessoas, a manifestação contou com cerca de 200 secretários estaduais e municipais de saúde, prefeitos de várias regiões, parlamentares de diferentes partidos, representantes de associações de moradores e caravanas de usuários de vários municípios.

Com faixas e cartazes exigindo mais verbas e denunciando o **estado de calamidade pública** em que se encontra o setor, os manifestantes se concentraram em frente ao Ministério da Saúde e, em seguida, realizaram uma passeata até o Congresso Nacional, onde discursaram o Presidente do Conasems, Raimundo Bezerra; representantes da Frente Nacional de Prefeitos, Rafael Greca (Prefeito de Curitiba) e da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), Mário Barcelar. Todos os oradores reivindicaram que o Orçamento da União mantenha para o setor os US$ 14 bilhões anteriormente previstos, considerando este montante indispensável à manutenção do nível mínimo necessário de ações de proteção, promoção e assistência à saúde em todo o País.

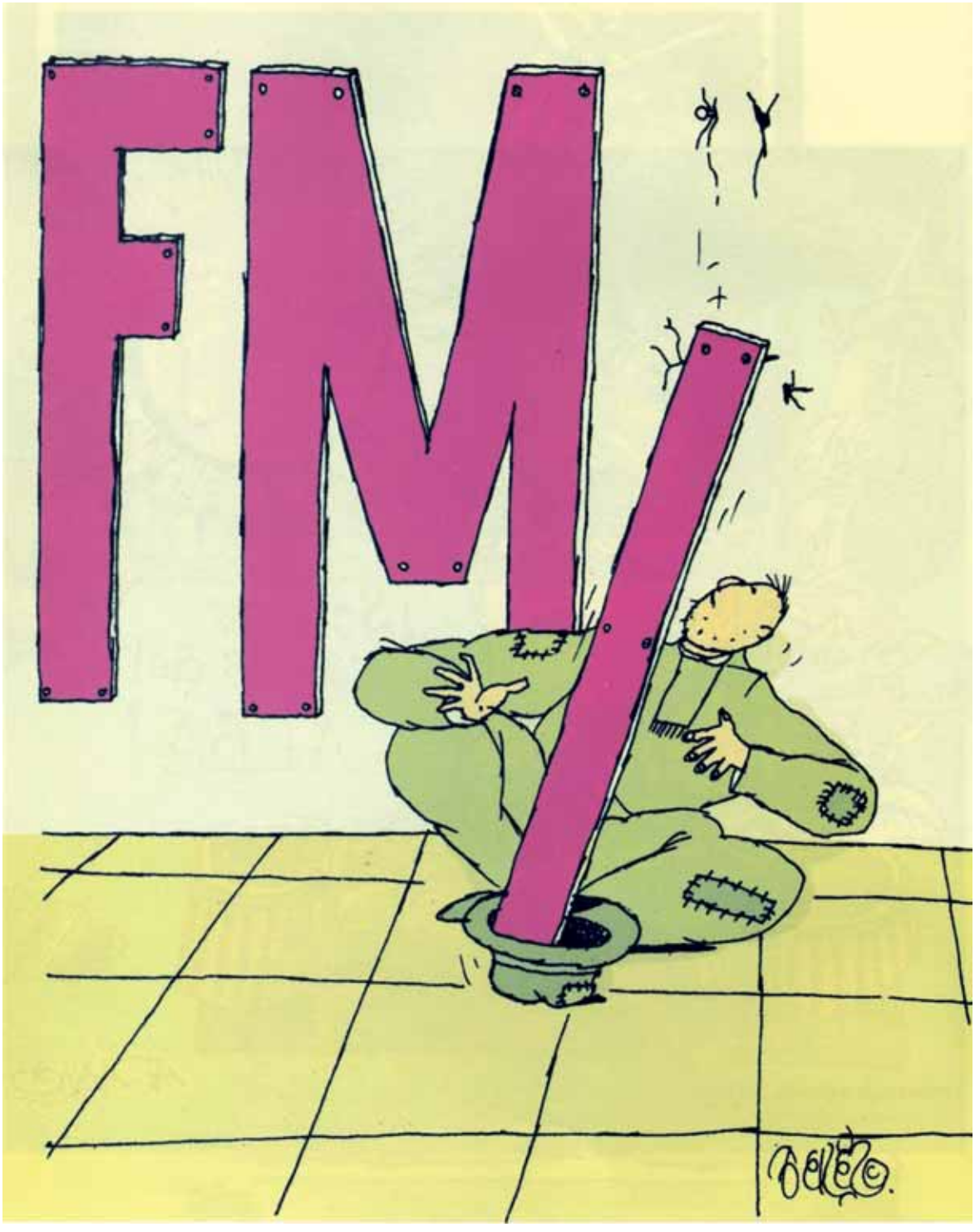
As atividades da concentração nacional em defesa do SUS começaram no dia 8, na sede do Conasems, com uma reunião do seu Conselho Deliberativo, cuja abertura contou com a presença do Ministro da Saúde, Henrique Santillo.

No dia seguinte, os secretários municipais reuniram-se no Auditório Petrônio Portela para disscutir e aprovar o manifesto "**Saúde em Estado de Alerta - Cidadania Ameaçada**". A reunião, que recebeu mensagens de apoio de governadores de estado, contou com a participação de vários prefeitos, representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e da Conam. Também estiveram presentes parlamentares de diversos partidos políticos, como os deputados Sérgio Arouca (PPS-RJ), Vivaldo Barbosa (PDT-RJ), Jandira Feghali (PC do B-RJ), Lairo Rosado (PMDB-RN), Eduardo Jorge e Aloísio Mercadante (PT-SP), o Senador Eduardo Suplicy (PT-SP) e o Presidente Nacional do Partido dos Trabalhadores, Luís Ignácio Lula da Silva.

Na maioria dos discursos ficou patente a relação entre a falta de recurssos para a saúde e os avanços conquistados na Constituição de 1988, com o reconhecimento oficial da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Segundo os participantes dos debates, os avanços contidos na Carta feriram interesses econômicos, corporativos e ideológicos, desencadeando a reação dos inimigos da saúde e do bem estar da população. Para eles, esta situação foi sendo agravada pela crescente redução dos recursos alocados no setor em termos reais, independentemente do comportamento real das receitas públicas.

Manifestação realizada durante o governo Itamar Franco em protesto contra o corte de verbas para a saúde

Jornal do Radis, nº 35, abr. 1994, p. 4
Acervo Programa Radis/Fiocruz



As políticas de ajuste preconizadas pelo FMI e pelo Banco Mundial reduziram consideravelmente os investimentos sociais nos países em desenvolvimento durante os anos 1990

Charge: Jeréz GUERRERO, Arístides Esteban Hernández. *Ande el sur: caricaturas*. Havana: Pablo de la Torriente Editorial, 2005, p. 6

Capa de *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.* O documento referendou propostas do Conselho Nacional de Saúde visando à efetiva implantação do SUS e à defesa dos preceitos constitucionais que presidiram a criação do sistema

Acervo Ministério da Saúde

da Previdência Social, desde 1990 sob a administração do Ministério da Saúde. Além disso, a Secretaria da Receita Federal também não repassa recursos da Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), em razão da redução da disponibilidade geral de recursos orçamentários e dos compromissos assumidos com o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial em termos de ajuste fiscal e contenção de gastos na área social.

Daí em diante, o que se verifica é a diminuição/contingenciamento e a utilização dos recursos da seguridade – especificamente da área de saúde – para outros fins. Ao mesmo tempo, passa a ocorrer o que Paim (2008, p. 184) chama de "sanitarismo de resultados", isto é, a ênfase em políticas governamentais "capazes de oferecer, num período recessivo e marcado pela ideologia neoliberal, (...) uma medicina simplificada para pobres e 'descamisados', excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto". O autor se refere aqui às ações diretas do Ministério da Saúde após a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, e do Programa de Saúde da Família, em 1994, ao qual o primeiro seria incorporado mais tarde.

Essa conjuntura absolutamente desfavorável para a implementação da reforma setorial, particularmente no que diz respeito ao financiamento do Sistema Único de Saúde, foi marcada por movimentos de oposição e resistência, como a reação do Conselho Nacional de Saúde expressa no documento "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" (Brasil, 1993). Da mesma forma, Rizzotto (2000) enumera as críticas de alguns setores do Ministério da Saúde ao documento do Banco Mundial que abordava, especificamente, o Sistema Único de Saúde, intitulado *The organization, delivery and financing of health care in Brazil: agenda for the 90s* (Organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90), divulgado em 1993, não por coincidência num momento de revisão constitucional, com propostas que só seriam contempladas, embora não em sua totalidade, nas reformas promovidas pelo governo Fernando Henrique Cardoso.

Concomitantemente ao processo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde e de deterioração dos serviços públicos, observa-se a reconfiguração da relação público-privada. Por determinação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos passam a ser privilegiadas em detrimento dos hospitais contratados, uma tendência que já vinha sendo operacionalizada desde os anos 1980 e se acentua ao longo da década de 1990. A assistência médica suplementar, isto é, o segmento de planos e seguros de saúde privados também começa a reestruturar e diversificar suas ações empresariais, ao mesmo tempo em que o Estado elabora políticas públicas de apoio a esse setor, que irão competir com as instituições públicas. Isso acontece, particularmente, nas políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, que, ao substituírem as relações diretas entre a previdência social e as empresas empregadoras, irão subsidiar, indiretamente, as empresas médicas, contribuindo para o aprofundamento e a cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços de acordo com o *status* socioeconômico das demandas.

Com base na análise das diversas políticas governamentais de apoio à privatização, dirigidas tanto aos hospitais filantrópicos e privados como ao segmento das empresas médicas de planos e seguros de saúde, Bahia (2005, 2008) rejeita a tese de autonomia do privado (ou do mercado) em relação ao público, apresentada por diversos autores.

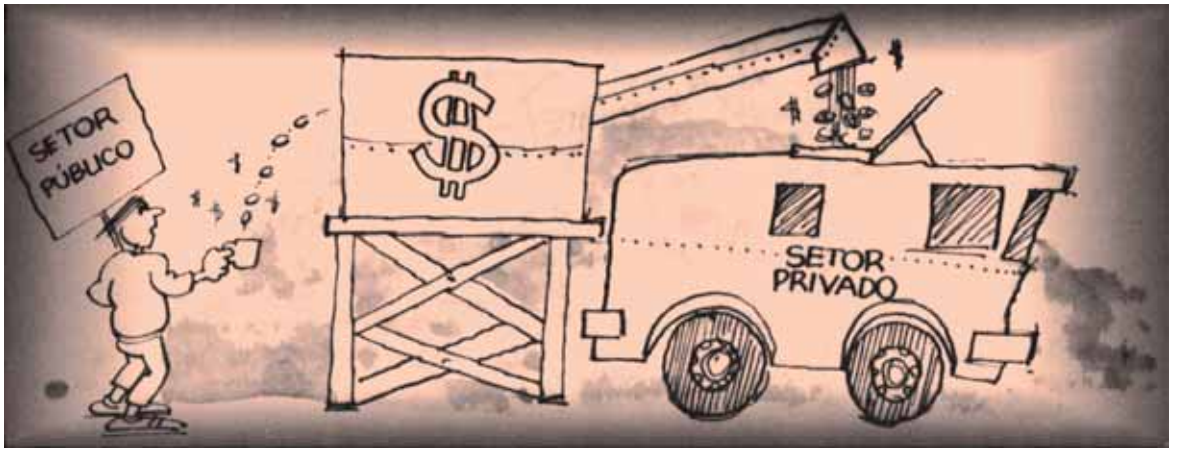
> A interpretação do fim do convênio-empresa da Previdência Social como encerramento das relações entre o público e o privado no mercado de planos e seguros de saúde emprestou um tom sofisticado à tese do divórcio entre a tecnoburocracia estatal e os setores empresariais (empresários do setor produtivo e empresas especializadas na comercialização de planos privados de saúde). Seria como se, após a devolução das alianças (dos anéis "burocráticos"), o privado, no contexto da libertação das forças vivas do mercado, instado a caminhar com as próprias pernas, cresceu. Ou em termos mais prosaicos (...): a demanda ascendente (conformada por setores insatisfeitos com as restrições do SUS) deslanchou as relações 'puras' de compra e venda de planos privados de saúde (Bahia, 2008, p. 156).

Para essa autora, ao contrário da tese de autonomia, praticamente inexistem relações "puras", tanto do ponto de vista dos planos privados de saúde como da rede assistencial do Sistema Único de Saúde. No primeiro caso, na medida em que o Estado exerce um protagonismo importante para assegurar o funcionamento desse mercado de saúde, por meio de incentivos governamentais que subsidiam as empresas de planos e seguros de saúde; no segundo, porque existem estabelecimentos públicos que possuem vínculos com empresas privadas de planos e seguros de saúde, e por não haver, necessariamente, uma relação entre a natureza pública ou privada do estabelecimento e a existência de serviços "próprios", característica que se aprofundou na segunda metade dos anos 1990.

Da mesma forma, Bahia (2005, 2008) rejeita a ideia de "universalização excludente" tão em voga a partir de 1990. Isso porque, na prática, os planos privados de saúde, além de não prescindirem dos subsídios governamentais, não abrem mão do uso comum de parte da oferta de recursos físicos e equipamentos públicos. Para a autora, não existe uma oposição entre ser portador de plano ou seguro privado e fazer uso do Sistema Único de Saúde.

Radis, ago. 1987
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Charge de Carlos Xavier (Caco) alusiva à diminuição de recursos para o SUS
Súmula, n. 50, mar. 1995, p. 5
Acervo Programa Radis/ Fiocruz



É a partir desse quadro de asfixia financeira e desmonte do SUS, estimulado pelo Estado, que se pode entender, por exemplo, a criação da Frente Parlamentar da Saúde, em 1993. Reunindo diversos interesses, a constituição dessa frente suprapartidária no Congresso Nacional parece ser determinada pela discussão, travada naquele momento, sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, pelo risco de desconstitucionalização do Sistema Único de Saúde com a instalação do Congresso Revisor em 1993, mas, principalmente, pela importante asfixia financeira a que o sistema estava sendo submetido. Se por um lado essa situação precarizava os serviços públicos de saúde e impedia a ampliação da capacidade pública instalada, por outro colocava em risco a sobrevivência das próprias instituições privadas, particularmente os hospitais de pequeno e médio portes e o setor filantrópico, dependentes dos recursos públicos, em virtude da degradação dos valores de pagamento dos serviços.

A discussão sobre o financiamento, a criação de fontes de receita e a manutenção do orçamento público para o Sistema Único de Saúde constituíram a base para a organização da Frente Parlamentar de Saúde, compondo uma rede de interesses e negociações no próprio Estado e no âmbito do Poder Legislativo, com crescente poder de pressão. A partir de 1993, a Frente passou a apoiar a tramitação da proposta de emenda constitucional 169, atual emenda constitucional 29, que estabelece, na Constituição Federal, recursos definidos e permanentes para a saúde. Por outro lado, a atuação da Frente Parlamentar expressa uma contradição, no que se refere à intenção do movimento da reforma sanitária de implementar uma mudança no modelo médico-assistencial centrado no hospital, objetivo materializado na extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social em 1993, na medida em que o Ministério da Saúde se tornou o grande comprador de serviços médicos do setor privado, na antiga forma de pagamento por produção, ainda vigente. Para Paim (2008, p. 198), a reestruturação do ministério, com a criação da Secretaria de Assistência à Saúde – denominada, posteriormente, Secretaria de Atenção à Saúde –, que assumiu as atribuições do Inamps, demonstra "a persistência desse 'morto vivo' na conformação dos modelos assistenciais do SUS" nos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva.

Outro movimento que se observa no período é a (re)organização política dos prestadores privados de saúde no país. Em 1994, foi criada a Confederação Nacional de Saúde, uma entidade sindical de terceiro grau que reúne todos os hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia (lucrativos e filantrópicos), e operadoras de planos de saúde. Embora tardia, se comparada a suas congêneres,[1] sua criação representa a convergência de interesses tecida nesse período entre prestadores privados, empresas médicas e seguradoras contra uma possível "estatização progressiva" da área de saúde e em prol da manutenção da "saúde financeira" das empresas. Mais especificamente, a Confederação Nacional de Saúde representa o esforço dos grupos privados de superar antigas disputas de interesses que marcaram a trajetória de entidades como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, a Federação Brasileira de Hospitais e as cooperativas médicas.

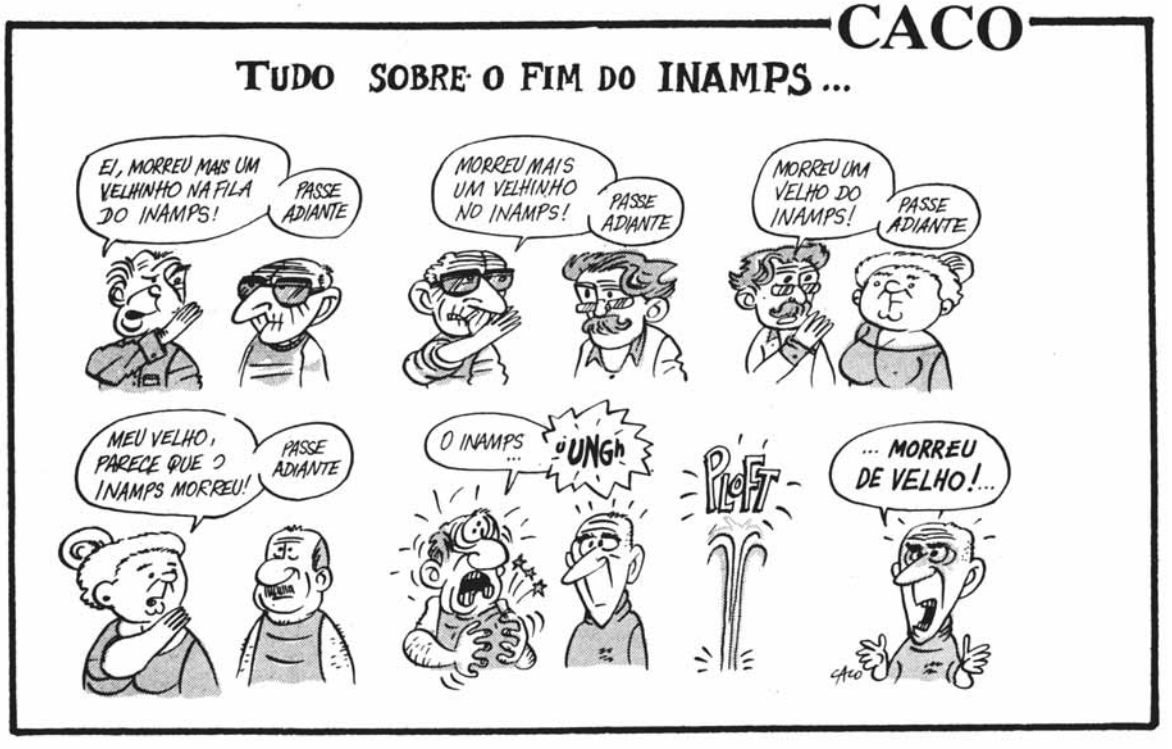
A “hegemonia do privado” foi uma tendência que se observou em vários setores da economia e da sociedade brasileira durante os anos do neoliberalismo; na saúde, significou a adoção de políticas oficias em apoio ao mercado de planos e seguros de saúde e à expansão da rede de hospitais particulares e filantrópicos

Charge: Ares
GUERRERO, Arístides Esteban Hernández. *Ande el sur: caricaturas*. Havana: Pablo de la Torriente Editorial, 2005, p. 30

Cartaz de divulgação do movimento pela regulamentação da emenda constitucional 29. A emenda estabeleceu a destinação obrigatória, pelos três níveis de governo, de valores percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde

Disponível em http://www.apm.org.br/aberto/noticias_conteudo.aspx?id=5337

Cartum de Carlos Xavier (Caco) sobre o fim do Inamps. Criado durante o regime militar em 1974, o Inamps tinha por finalidade a assistência médica dos trabalhadores que contribuíam para a previdência social, ou seja, todos aqueles que estavam submetidos ao regime da CLT. Ficavam de fora os indigentes e as pessoas sem carteira assinada, que buscavam atendimento em instituições filantrópicas ou em unidades administradas pelo Ministério da Saúde. O fechamento do órgão foi uma das principais bandeiras do movimento da reforma sanitária, que lutava pela criação de um sistema unificado de saúde pública no país. Em julho de 1993, depois de um longo processo de esvaziamento de suas funções, o Inamps foi oficialmente extinto, passando suas atribuições a ser geridas pelo SUS



Proposta - Jornal da Reforma Sanitária, n. 32, maio 1993, p. 2
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

Anos 1990: neoliberalismo de terceira via na reforma do Estado e na reforma setorial da saúde

O período 1990-1994 foi marcado por tensão política e pela crise do modelo desenvolvimentista e da hegemonia burguesa no país. O governo Collor (1990-1992) não foi capaz de preparar o país para desempenhar o papel de economia financeira emergente. Nesse sentido, concomitantemente à crise política e econômica do início dos anos 90, cujo ápice foi o processo de *impeachment* de Fernando Collor, os hospitais filantrópico-privados e privado-privados e, principalmente, as empresas médicas de planos e seguros de saúde avançaram na reestruturação e diversificação de suas atividades, acompanhando o movimento mais amplo do setor industrial em resposta à abertura do mercado e ao aumento da concorrência internacional.

As mudanças de peso começaram a ocorrer no governo Itamar Franco (1992-1994), sob o comando do então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso. Entre as primeiras medidas tomadas estão a desregulamentação do mercado financeiro, a abertura do fluxo internacional de capitais e o lançamento de títulos da dívida brasileira no exterior, atribuindo ao país o papel de emissor de capital fictício (Paulani, 2006).

Do ponto de vista econômico, mais que um plano de estabilização, o Plano Real consolidou a inserção do Brasil no circuito internacional de valorização financeira, ao permitir a atração de capitais externos de curto prazo com o controle do processo inflacionário, além de abrir espaço para aprofundar medidas anteriores, como a abertura econômica e financeira e a privatização de empresas e serviços públicos. Com o Plano Real, Fernando Henrique Cardoso passou a conduzir a coalizão de poder capaz de superar a crise de hegemonia no país, por meio da adoção do programa de estabilização do Fundo Monetário Internacional e das reformas preconizadas pelo Banco Mundial.

Seus dois mandatos (1995-1998 e 1999-2002) foram marcados, principalmente, pela sobrevalorização da moeda, elevação inédita da taxa de juros, redução dos gastos públicos na área social, dependência científica e tecnológica e reforma da aparelhagem estatal. O governo Fernando Henrique Cardoso reuniu as forças internas defensoras do projeto neoliberal (Coutinho, 2006), ao mesmo tempo em que incorporou os postulados da Terceira Via,[2] recém-adotados nos países europeus da social-democracia. Afirmando-se para além da esquerda (ou *welfare state*) e da direita (ou neoliberalismo ortodoxo), a Terceira Via, sistematizada por Anthony Giddens, tem como proposta central "radicalizar a democracia" por meio da construção de uma sociedade civil "ativa" (parceira do Estado na execução das políticas sociais) e da concertação social (colaboração entre os diferentes grupos sociais em

Fernando Collor de Mello foi o primeiro presidente eleito por voto direto após o fim do regime militar, em dezembro de 1989. Seu governo foi marcado pela abertura da economia às importações, pelo início do processo de privatização das empresas estatais e pela adoção de um polêmico programa de estabilização econômica destinado ao controle da inflação. Collor renunciou ao cargo em dezembro de 1992, após ter seu nome envolvido em denúncias de corrupção que resultaram na abertura de um processo de *impeachment* no Congresso Nacional. Com os direitos políticos cassados por oito anos, foi sucedido na presidência por seu vice Itamar Franco

Foto: Valter Campanato Acervo Agência Brasil Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Fernandocollor2006.jpg

prol da equidade). Essa abordagem vem sendo criticada por autores que a compreendem como uma roupagem mais sofisticada para o ideário neoliberal da vida em sociedade, uma vez que não questiona as causas das desigualdades sociais e dos problemas que afligem os grandes contingentes populacionais. A Terceira Via, nessa perspectiva, tem fortalecido o Estado, enquanto mantenedor do equilíbrio fiscal, e as fundações empresariais, como prestadoras de serviços sociais, e atribui, em última instância, aos indivíduos a responsabilidade pela satisfação de suas necessidades – educacionais, de saúde, saneamento, moradia, lazer, emprego (Neves, 2005).

Em confluência com o ideário da Terceira Via, inaugurou-se no país o discurso da governança, produzido pela social-democracia inglesa sob o comando de Tony Blair, e o da competição administrada, conforme o modelo inglês, mesclado com o americano. As duas concepções estavam implicadas na reforma da aparelhagem estatal que teve início no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. O primeiro discurso, da governança, contribuiu para se justificar a redefinição do papel do Estado, que deixava de ser o responsável direto pela produção de bens e serviços, para exercer as funções de regulação e coordenação das políticas econômicas e sociais, na medida em que transferia para o setor privado as atividades que podiam ser controladas pelo

Manifestação pelo *impeachment* de Fernando Collor em Brasília. O movimento contou com uma intensa participação de jovens e estudantes, que criaram uma irreverente forma de protesto: os rostos pintados com as cores verde e amarelo, forma de expressão que tomou conta dos comícios e passeatas por todo o país

Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Livro do sociólogo britânico Anthony Giddens contendo as propostas da Terceira Via para a modernização da social-democracia contemporânea

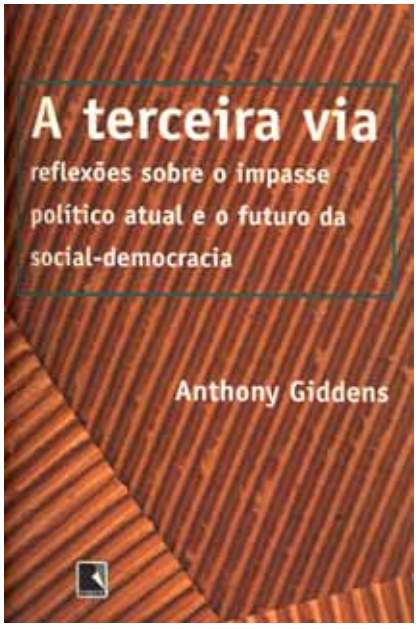
Acervo particular

Lançado em fevereiro de 1994, o Plano Real garantiu a estabilização dos preços e foi fundamental para a eleição de Fernando Henrique Cardoso à presidência da República em sucessão a Itamar Franco. Além de debelar a inflação, o plano ajudou a consolidar o processo de reestruturação da economia brasileira com base na agenda neoliberal

Disponível em http://www.nublog.com.br/index.php?data=2009-03-01%2000:00:00

O primeiro-ministro do Reino Unido, Tony Blair, durante reunião do Fórum Econômico Mundial, em Davos, Suíça, em 2005. Blair chefiou o governo britânico por dez anos, de maio de 1997 a junho de 2007, e em sua administração buscou pôr em prática a agenda da Terceira Via

Foto: Remy Steinegger
Acervo Fórum Econômico Mundial
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tony_Blair_at_the_World_Economic_Forum.jpg



mercado e descentralizava as atribuições executivas para as esferas estadual e municipal. O segundo discurso, da competição administrada, ajudou a viabilizar a transformação dos serviços públicos em organizações públicas de um novo tipo: as organizações sociais.

Para estabelecer essas condições, foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, com a missão específica de orientar e instrumentalizar a reforma da aparelhagem estatal. Para este ministério, a crise do Estado brasileiro era uma crise do modelo desenvolvimentista, visto que, ao ampliar sua intervenção na esfera produtiva, o Estado se afastara de suas funções básicas, levando à deterioração dos serviços públicos, crise fiscal e inflação. Nessa perspectiva, a crise não se explicava pelas inovações no modo de acumulação do capital, mas sim pela inadequação da atuação do Estado na economia e na área social, ignorando a crise e subestimando o desequilíbrio econômico-financeiro, na década de 1980, e desconsiderando, no início dos anos 1990, seu papel complementar ao mercado na coordenação da economia e na busca da redução das desigualdades sociais.

"Só em meados dos anos 1990 surge uma resposta consistente com o desafio de superação da crise: a ideia da reforma ou *reconstrução do Estado*, de forma a resgatar sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas" (Brasil, 1995, p. 16, grifo nosso). Ou seja, a proposta não é *minimizar o Estado*, como pretendem os neoliberais, nem expandi-lo, conforme a política anterior da social-democracia mundial, mas *reconstruir o Estado*, estruturando-o como um *Estado necessário* para gerenciar a transferência das empresas estatais e serviços públicos para o mercado e delegar à sociedade civil a execução de algumas políticas, enquanto realiza outras de caráter pontual.

Os ajustes necessários às mudanças não se fizeram por meio de políticas de proteção social. Ao contrário, deram-se de acordo com as leis da competitividade do mercado mundial e da "globalização". As ações governamentais diretas foram orientadas para o combate à pobreza, para aumentar a "competência" da força de trabalho e a produtividade. Nesse cenário, as políticas sociais, especialmente nas áreas de saúde e educação, adquiriram novos contornos, desempenhando um papel compensatório, assumindo um caráter focalizado, seletivo e voltado aos grupos mais vulneráveis.

O Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995, expõe de forma clara os pressupostos dessa proposta ao apontar, em primeiro lugar, a necessidade de se promover um ajuste fiscal duradouro, leia-se uma política de *superavit* primário e sua contrapartida, a redução dos gastos públicos na área social, o aumento da pobreza e da desigualdade social, a fim de gerar receita para o pagamento dos juros e a rolagem da dívida externa junto ao Fundo Monetário Internacional. Em segundo lugar, estava a necessidade de realizar reformas econômicas orientadas para o mercado, supondo que essa medida aumentaria a concorrência interna e criaria condições para o país enfrentar a competição internacional.

A reforma da previdência social foi outra medida apresentada como fundamental para enfrentar a crise fiscal, além da necessidade de inovações nos instrumentos de política social. Aqui se incluem os novos mecanismos de privatização dos serviços sociais públicos, com a criação da figura jurídica das organizações sociais, a focalização das ações do Estado no atendimento das demandas sociais básicas e a construção da chamada "sociedade civil ativa", cujo melhor exemplo foi a criação do Programa Comunidade Solidária, em 1995 (Melo e Falleiros, 2005).

Finalmente, apregoava-se a necessidade de realizar a reforma da aparelhagem estatal, visando aumentar a governança, o que implicava superar o chamado "retrocesso de 1988", representado pela Constituição – já que, de acordo com essa visão, a nova Carta havia engessado o poder público e produzido "um novo populismo patrimonialista" (Brasil, 1995, p. 27). Além disso, pretendia-se substituir a administração pública burocrática, considerada rígida, ineficiente, centralizada e baseada no controle interno de processos e procedimentos, por uma administração pública gerencial, capaz de garantir a eficiência (redução de custos) e a flexibilidade do setor público (leia-se: abertura para a privatização e extinção do instituto da estabilidade; desenvolvimento de uma cultura gerencial baseada na avaliação do desempenho, controle dos resultados, descentralização dos serviços e competição administrada).

> Na administração pública gerencial a estratégia volta-se: (1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade; (2) para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados; e (3) para o controle ou cobrança *a posteriori* dos resultados. Adicionalmente, *pratica-se a competição administrada no interior do próprio Estado*, quando há a possibilidade de estabelecer concorrência entre unidades internas. No plano da estrutura organizacional, a descentralização e a redução dos níveis hierárquicos tornam-se essenciais. Em suma, afirma-se que *a administração*

Para os críticos da globalização neoliberal, os pobres foram as grandes vítimas da integração dos mercados regionais e da internacionalização da economia capitalista, processo que se intensificou a partir do final do século XX. Nesse novo cenário, as políticas sociais perderiam o caráter universalizante e seriam redirecionadas para o atendimento das necessidades básicas dos grupos menos favorecidos

Charge: Ares
GUERRERO, Arístides Esteban Hernández. Ande el sur: caricaturas. Havana: Pablo de la Torriente Editorial, 2005, p. 30

Charge: Mayrink
Boletim Abrasco, n. 18, abr.-jun. 1986, p. 2
Acervo Abrasco

A reforma do Estado brasileiro nos anos 1990 agravou o problema da desigualdade social no país

Foto: Henrique Pinto
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:HomelessSleeping.jpg

¿EN LA GLOBALIZACIÓN NEOLIBERAL QUE PAPEL JUEGAN LOS POBRES?
SIRVEN DE LASTRE
ARES.

MEU FILHO, DE QUE VOCÊ ESTÁ SOFRENDO?
DE SALÁRIO MÍNIMO!
MAYRINK

> *pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil* e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins) (Brasil, 1995, p. 22, grifos nossos).

Para representar a "modernização" e privatização do setor público, o Plano Diretor apresentou um modelo conceitual caracterizado por três formas de propriedade: pública, pública não estatal e privada, que se relacionam com quatro setores do aparelho do Estado identificados naquele momento: Núcleo Estratégico, Atividades Exclusivas, Serviços Não Exclusivos e de Produção de Bens e Serviços para o Mercado. O primeiro setor teria como atribuições a definição das leis, a formulação de políticas públicas e a cobrança de resultados. De acordo com o modelo inglês, esse Núcleo Estratégico pode ser compreendido como o setor responsável pela organização do sistema de competição administrada, que direciona a demanda e o financiamento por meio de contratos de gestão com instituições públicas e/ou privadas, e, igualmente, como o terceiro elemento (também chamado "terceiro pagador" ou *sponsor*) que assume o papel de regulador da relação Estado-mercado-sociedade civil, vistos como instâncias independentes e separadas.

Para além da separação das funções de formulação/financiamento e execução, ou entre demanda e oferta, explicitada por esse modelo conceitual, o que se definiu foi uma concepção em que o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social e passa a se concentrar na tarefa de promover e regular esse desenvolvimento. Este seria realizado pelo mercado, considerado mais eficaz no desenvolvimento da economia e no gerenciamento das empresas estatais, a serem privatizadas, e pelas organizações da sociedade civil, consideradas mais eficientes na realização de políticas sociais. Conforme Pereira (1997, apud Melo e Falleiros, 2005, p. 180), esse modelo de Estado apresenta-se

> menos voltado para a proteção e mais para a promoção da capacidade de competição. Será um Estado que não utilizará burocratas estatais para executar os serviços sociais e científicos, mas contratará competitivamente organizações públicas não estatais. Será o que propusemos chamar de Estado social-liberal, em substituição ao Estado social burocrático do século XX. Um Estado certamente democrático, porque o grande feito do século XX foi ter consolidado a democracia.

Leilão de privatização da Companhia Vale do Rio Doce. Rio de Janeiro, 6 maio 1997
Foto: Paulo Nicolella
Acervo Agência JB

Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em Volta Redonda (RJ). Para o governo Fernando Henrique, as empresas do setor de Produção de Bens e Serviços deveriam ser entregues à iniciativa privada
Foto: Wilton Junior
Acervo Agência Estado

Matéria da revista *Tema* na qual o então secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Antonio Werneck, defende a introdução de princípios gerenciais na gestão do SUS
Tema, n. 14, jul. 1997, p. 17
Acervo Programa Radis/Fiocruz

Nessa perspectiva, o Estado só deve atuar nas atividades consideradas exclusivas, isto é, nos setores que prestam serviços que só ele pode executar e tem o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar, tais como segurança pública, cobrança e fiscalização de impostos, previdência social básica, subsídio à educação básica e compra de serviços de saúde. As atividades desses dois setores, Núcleo Estratégico e Atividades Exclusivas, por serem, eminentemente, públicas, são administradas num misto de gestão burocrática e gerencial. O setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado, por sua vez, corresponde às empresas estatais situadas no interior do aparelho de Estado, mas dizem respeito a atividades econômicas tipicamente voltadas para o lucro, logo devem ser privatizadas e guiadas, fundamentalmente, pela administração gerencial.

Por fim, os Serviços Não Exclusivos estão envolvidos, diretamente, com as novas formas de privatização do setor saúde e, portanto, com o próprio desenvolvimento de uma *burguesia de serviços na área da saúde* e suas demandas de formação para o trabalho. Também denominados "serviços sociais competitivos" pelo Plano Diretor do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, referem-se aos setores em que o Estado atua em "parceria" com organizações da sociedade civil, tais como ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde. Nesse caso, a melhor forma de propriedade seria a "pública não estatal", porque nem é propriedade estatal, já que as instituições não exercem poder de Estado, nem propriedade privada, pois, como oferecem serviços que envolvem direitos humanos fundamentais, como educação e saúde, o Estado participa por meio de subsídio. E, sendo estes serviços "competitivos", a maneira mais adequada de administrá-los seria a gerencial.

> Deste modo o Estado abandona o papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano, para a democracia, na medida em que promovem cidadãos, e para uma distribuição de renda mais justa, que o mercado é incapaz de garantir, dada a oferta muito superior à demanda de mão de obra não especializada. Como promotor desses serviços o Estado continuará a subsidiá-los, buscando, ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade (Brasil, 1995, p. 18).

De acordo com esses pressupostos, ainda em 1995, Luiz Carlos Bresser-Pereira, então ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado, apresentou sua proposta

GESTÃO DO SISTEMA DE SERVIÇOS NO SUS

DESAFIO É DESCENTRALIZAR IMPLEMENTANDO MECANISMOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Implementar com maior vigor o processo de regionalização e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), introduzindo mecanismos modernos de controle e avaliação que possibilitem tanto ao gestor como à sociedade terem em mãos indicadores confiáveis para medir a performance do sistema.

Esta é a prioridade do responsável pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, Antonio Werneck, que ao assumir a função no início de 1997 buscou fazer um diagnóstico da SAS com vistas a acoplá-la à política de descentralização e controle dos serviços de saúde:

- Notei que a auto-estima da equipe de trabalho era muito baixa, que não havia grandes expectativas na busca de resultados e que o setor mantinha uma estrutura extremamente verticalizada e autoritária, dando motivos aos que ainda se referem a ela como o ex-Inamps.

Werneck diz que uma das prioridades da Secretaria é tornar mais eficaz sua relação com o sistema de saúde, de forma a criar critérios de maior controle das ações:

- O sistema de assistência ambulatorial, hoje, é descontrolado, funcionando na base do acesso espontâneo do cidadão. Não é exagero dizer que sua principal característica é a desorganização.

Ele cita uma exemplo deste descontrole:

- A autorização para a realização pelo sistema dos chamados procedimentos de alto custo, como o tratamento de doenças renais, ainda é extremamente centralizado, numa contradição clara com a nova realidade que se quer implementar na saúde.

Antonio Werneck defende "a criação de mecanismos gerenciais que assegurem um maior controle do sistema" e que ao mesmo tempo implementem a lógica da regionalização e descentralização das ações.

Entre as principais iniciativas já tomadas, ele cita a mudança ocorrida no dia-a-dia dos departamentos da Secretaria de Assistência à Saúde:

- Todos os departamentos estão trabalhando com a lógica da descentralização com avaliação de resultados.

Werneck defende a intervenção do sistema através de programas que definam claramente grupos populacionais por faixa etária, com o objetivo de identificar o campo de ação do sistema e a própria avaliação futura das iniciativas tomadas.

Em relação às unidades de

JULHO - 97 PÁGINA 17

de "Reforma administrativa do sistema de saúde" – na realidade, uma reorganização do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Esse sistema, na avaliação dele, precisava completar o processo de reforma no sentido de garantir melhor atendimento, mediante o controle mais adequado das ações, com menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado, além de racionalizar o acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames desnecessários. A contrapartida da racionalização do acesso e da redução dos custos da medicina curativa seria o aumento de recursos para a medicina preventiva, decorrente da economia e do controle das despesas dos hospitais.

A lógica subjacente era que o sistema vigente tinha um custo alto devido à tendência de elevação continuada dos gastos, em razão do aumento da complexidade e da sofisticação tecnológica do tratamento médico-hospitalar. Nesse sentido, a racionalização do acesso aos hospitais teria como contrapartida o estabelecimento de um pacote de benefícios na área de saúde pública, tais como o Programa Saúde da Família. Essa clivagem era, não por acaso, uma das ideias-força do receituário do Banco Mundial para a reforma do setor saúde no país, explicitada no documento de 1993 que, potencialmente, lançava por terra os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade e integralidade.

Para Bresser-Pereira, o principal problema da assistência médico-hospitalar do SUS era a baixa qualidade dos serviços oferecidos à população. Não era por outra razão que, de acordo com ele,

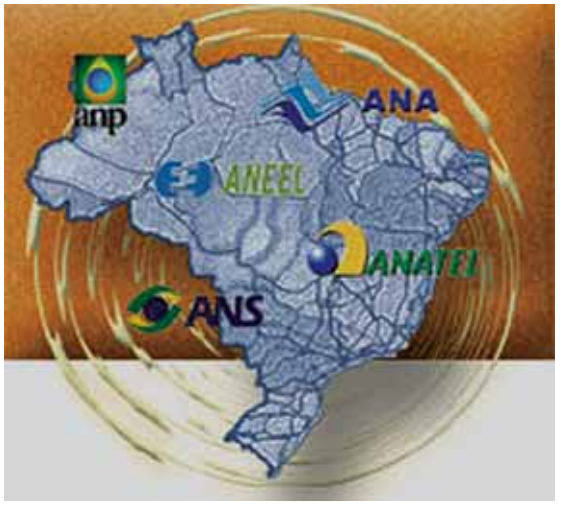
> os sistemas privados de medicina em grupo (...) florescem, financiados não apenas individualmente, mas principalmente pelas empresas. A grande massa da população brasileira, entretanto, continua a depender do SUS, que, carente de recursos, e com um sistema administrativo ainda indefinido, não atende aos princípios propostos.

A partir dos anos 1990, foram criadas no Brasil diversas agências com o papel de regular e fiscalizar os serviços que antes eram de responsabilidade exclusiva do Estado e que foram abertos à participação da iniciativa privada e das entidades de direito público não estatal. São exemplos desses organismos a Agência Nacional do Petróleo, a Agência Nacional de Águas, a Agência Nacional de Energia Elétrica, a Agência Nacional de Telecomunicações e a Agência Nacional de Saúde Suplementar

Disponível em http://www.tijolaco.com/?p=6673

Luiz Carlos Bresser-Pereira chefiou o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado durante todo o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998). No segundo mandato, ocupou a pasta da Ciência e Tecnologia (1999)

Foto: Valter Campanato
Acervo Agência Brasil
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bresser_Pereira.jpg



Logomarca do Programa Saúde da Família

Disponível em http://www.saude.al.gov.br/category/temas/atenosade/atenobsica/sadedafamlia

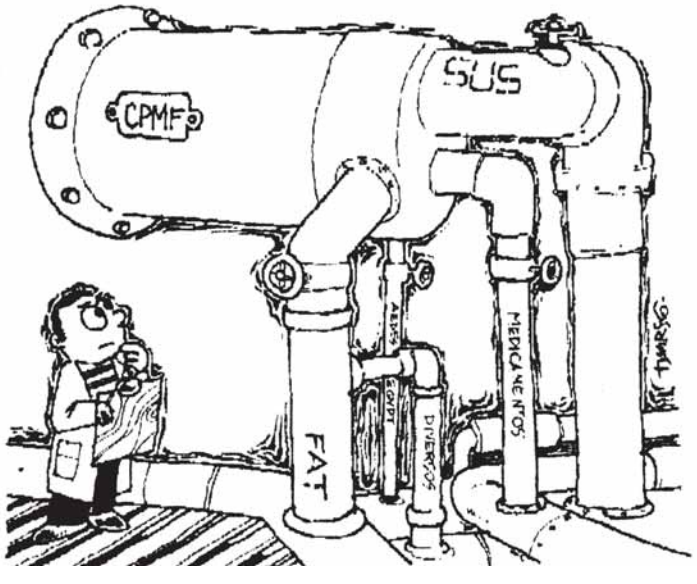
Charge de Tibúrcio relativa à criação da CPMF e ao financiamento do setor de saúde

Boletim Abrasco, n° 65, abr./jun. 1997
Acervo Abrasco

> Na prática, não é universal, não garante a equidade, a descentralização é limitada e não logrou eliminar completamente as competências concorrentes da União, dos estados e dos municípios. Além disso, favorece desnecessariamente as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde (Brasil, 1998, p. 13).

Portanto, além do problema do financiamento, que naquele momento estava sendo "equacionado" com a proposta de criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF),[3] pelo então ministro da Saúde Adib Jatene (1995-1996), a outra causa do chamado "caos da saúde" era administrativa. Isto porque, em primeiro lugar, o controle e a gestão do Sistema Único de Saúde ainda permaneciam muito centralizados no nível federal e, em segundo lugar, por não haver uma clara distinção entre o credenciamento dos hospitais (denominado, nessa proposta, "sistema de demanda") e o encaminhamento dos pacientes no interior do sistema ("sistema de oferta"). Por fim, a "crise", conforme essa avaliação, decorria também do fato de não ter sido considerada, até aquele momento, a possibilidade de outras formas de propriedade para o fornecimento dos serviços hospitalares, tais como a propriedade pública não estatal.

Diante desse diagnóstico, e tendo como base o sistema inglês de "quase mercado" (Almeida, 1996), indicado, igualmente, no documento do Banco Mundial de 1993 (Rizzotto, 2000), a reforma setorial para a saúde defendida por Bresser-Pereira propunha a criação de um Sistema de Atendimento à Saúde organizado em dois subsistemas: o Subsistema de Entrada e Controle (sistema de demanda) e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar (sistema de oferta). Recomendava, ainda, que se acelerasse a descentralização, aumentando a responsabilidade dos municípios e conselhos municipais de saúde – o que ocorreu com a aprovação da Norma Operacional Básica de 1996 –, e que se montasse um Sistema de Informações Gerenciais em Saúde, fundamental dentro da lógica de produção de uma cultura gerencial centrada em resultados e de "parceria com a sociedade", ou parcerias público-privadas.



A proposta previa que o Subsistema de Entrada e Controle fosse a forma de acesso obrigatória do sistema, responsável pelo atendimento dos problemas de saúde mais comuns da população local, integrando ações de promoção, prevenção e recuperação. Organizado de acordo com a base populacional e geográfica de cada município, previa a adscrição da clientela às unidades locais e aos médicos de saúde da família. Os clínicos gerais dos postos e/ou centros de saúde ou os médicos do Programa Saúde da Família seriam os responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes para os serviços de maior complexidade e especialização, organizados em torno do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. Neste último deveriam estar todos os serviços laboratoriais e diagnósticos e os hospitais públicos, filantrópicos e privados de cada município. A ideia central desse subsistema seria a instituição do mecanismo de competição administrada entre os hospitais pelo financiamento público do Sistema Único de Saúde e pela clientela. Os hospitais públicos já existentes também integrariam o sistema de oferta, competindo, indistintamente, com os hospitais privados e filantrópicos – organizados como "entidades públicas não estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o Poder Executivo e, assim, participar do orçamento federal, estadual e municipal" (Brasil, 1998, p. 20).

Esse conjunto de propostas visava preparar as instituições públicas de saúde para o seu papel regulador e coordenador da privatização do setor, de outras políticas de flexibilização da administração pública e do próprio Sistema Único de Saúde. Paralelamente ao projeto de criação do Sistema de Atendimento à Saúde, o Poder Executivo recomendou, no texto que tratava da reforma da previdência (proposta de emenda constitucional n. 33/1995), acrescentar no art. 196 da Constituição Federal a expressão "nos termos da lei",[4] que abria uma brecha jurídica para a adoção de medidas de ajuste no Sistema Único de Saúde, entre elas a revogação dos princípios de universalidade, integralidade e gratuidade (Rizzotto, 2000). Encaminhava-se, com essa medida, a desconstitucionalização do Sistema. Contudo, a proposta de emenda foi retirada antes de ir a votação, devido às resistências que encontrou, mais diretamente, no Conselho Nacional de Saúde.

Como apontava o Plano Diretor da Reforma do Estado, as reformas institucionais-legais seriam fundamentais para a mudança na gestão do setor público, porém essa transformação não se limitava a elas, nem podia esperar que acontecessem. O texto diz: "É preciso já se implantar na administração pública toda uma *nova filosofia*, toda uma *nova cultura gerencial* e suas respectivas práticas" (Brasil, 1995, p. 67, grifos nossos). Nesse sentido, já estavam sendo encaminhados diversos projetos que não aguardariam as reformas constitucionais: a avaliação estrutural dos órgãos e entidades governamentais, a criação de agências autônomas e de organizações sociais, bem como a instituição da lógica da publicização, projetos construídos para contornar a "rigidez burocrática" da administração pública, que, no entendimento do governo Fernando Henrique Cardoso, não atendia com agilidade, qualidade e eficiência as demandas do "cidadão-cliente" por determinados serviços sociais, como saúde e educação.

Essas propostas lançaram as bases para a parceria Estado-sociedade civil e para o chamado Programa Nacional de Publicização. No primeiro caso, de acordo com Neves (2005, p. 94), o Programa Comunidade Solidária, em 1995, inaugurou "uma atividade significativa de obtenção de consenso para o projeto de sociabilidade neoliberal da Terceira Via", mediante o envolvimento de pessoas e organizações não governamentais em atividades políticas e culturais as mais diversificadas. No segundo, a "publicização" justificou um amplo programa de privatização e terceirização das instituições públicas, particularmente

Sede do Banco Mundial, em Washington. As propostas da instituição para o SUS foram em grande parte contempladas no projeto de reforma do setor elaborado por Bresser- Pereira

Foto: Shiny Things
Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:World_Bank_building_at_Washington.jpg

Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo. Segundo o projeto do governo, os hospitais privados e filantrópicos passariam a "competir" em igualdade de condições com a rede pública na oferta dos serviços de saúde

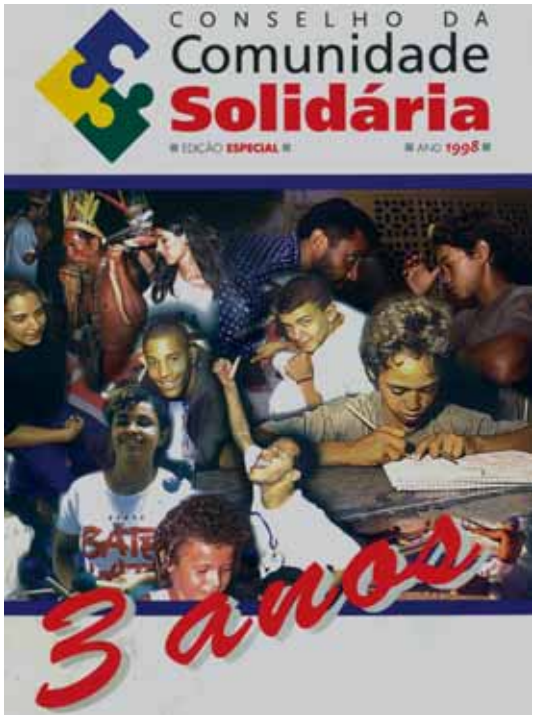
Disponível em http://www.unilifeplanosdesaude.com.br/hospital_albert_einsten.htm

no setor saúde, nos níveis federal, estadual e municipal, sob o argumento de que a gestão ou gerência de unidades hospitalares do Estado, por não ser uma atividade exclusiva, poderia ser transferida à "iniciativa privada sem fins lucrativos".

A novidade nesse processo foi que, ao contrário de outros contratos de serviços realizados com a iniciativa privada – a qual se relaciona com o serviço público oferecendo recursos físicos e humanos para prestar os serviços contratados –, o contratante (instituições públicas) passou a ceder ao contratado (instituições privadas) uma parte ou a totalidade de seus próprios recursos (físicos, humanos e materiais), configurando, assim, novas formas de articulação público-privadas na área da saúde.

A "publicização", aprovada, oficialmente, no Legislativo federal com a lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, ou Lei das Organizações Sociais, deu início à "flexibilização" do Sistema Único de Saúde. Primeiro, ao permitir a mudança da natureza jurídica das instituições públicas de direito público para direito privado. Nesse sentido, a instituição pública, ao ser extinta, torna-se fundação ou associação civil. E, segundo, as organizações sociais – como cooperativas e associações de médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços médicos – passavam a ser qualificadas, livremente, pelo ministro do órgão supervisor ou regulador do setor de atividade correspondente e pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Não foi prevista a licitação de "concorrentes", o que, teoricamente, corresponderia ao modelo de competição administrada, nem se previram garantias reais para a execução dos serviços, abrindo, com isso, espaço para favorecimentos de todo tipo, dependendo da influência política dos "concorrentes".

As orientações daquele ministério foram assimiladas pelo Ministério da Saúde e direcionaram a revisão da sua estrutura e de suas políticas, extensamente analisadas por Rizzotto (2000). Como sintetizou Adib Jatene, em 1996, "'não nos preocupa quem é o dono do hospital, mas como o doente é atendido'" (in *Folha de S. Paulo*, apud Rizzotto, 2000, p. 207). Elas reafirmam o planejamento do bloco no poder, cujas diretrizes políticas que orientariam as mudanças no setor foram apresentadas, em 1995, no documento intitulado "Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil", preparado para a Reunião Especial sobre Reforma Setorial em Saúde promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde, Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial. Entre essas diretrizes estavam uma mudança cultural na forma de lidar com o cidadão, que, segundo o Ministério da Saúde, seria encarado cada vez menos como paciente e cada vez mais como "cliente"; a consolidação do sistema



Instituído em 1995, o Programa Comunidade Solidária foi o principal projeto social da gestão Fernando Henrique. Dirigido pela primeira-dama Ruth Cardoso, o programa tinha por finalidade o incentivo à formação de parcerias entre o Estado e a sociedade civil em ações de combate à pobreza e exclusão social. Extinto em 2002, foi substituído no ano seguinte pelo Programa Fome Zero, lançado no início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva

Disponível em http://www.printeccomunicacao.com.br/trabalhos/

Matéria do jornal *Súmula* sobre projetos de terceirização dos serviços de saúde implantados no Rio de Janeiro e em São Paulo durante a década de 1990

Súmula, n. 59, maio 1996, p. 1
Acervo Programa Radis/Fiocruz

público nacional, com capacidade técnico-operacional e administrativa renovada, com informatização abrangente para servir de base à gestão do sistema e à conscientização social; a organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado; e o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado para estimular a qualificação com redução de custos.

Em suma, com base no arcabouço de ideias do Plano Diretor da Reforma do Estado, com apoio do Ministério da Saúde, e, principalmente, em decorrência da medida provisória n. 1.591, de 6 de novembro de 1997, que deu origem à lei n. 9.637/1998, assistiu-se, na segunda metade dos anos 1990, a um intenso processo de terceirização dos serviços de saúde. Assim, a um só tempo, eliminou-se a figura do servidor público, com a flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho; oficializou-se a dupla porta de entrada no Sistema Único de Saúde, ao permitir a celebração de convênios com planos privados de saúde como meio de captação adicional de recursos, agravando as desigualdades de acesso e aumentando a regressividade do sistema; e comprometeu-se o serviço que antes era público com o faturamento, a produtividade e a otimização da relação custo-benefício.

COOPERATIVAS ASSUMEM ASSISTÊNCIA NO RIO E SP

Os RESPONSÁVEIS pela gestão do Sistema Único de Saúde no Rio e São Paulo estão repassando, paulatinamente, unidades públicas de saúde a cooperativas médicas, que passam a se responsabilizar pela administração, compra de medicamentos, material hospitalar, manutenção dos prédios e atendimento à população.

Lançado com estardalhaço no município de São Paulo (SP) como solução para a assistência médica, o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) da Prefeitura enfrentou oposição cerrada por parte das entidades médicas. Antes de completar um mês de vida, foi suspenso por decisão da Justiça. Posteriormente, a liminar foi cassada e o PAS voltou a ser implantado pelo Prefeito Paulo Maluf.

Os médicos da Prefeitura foram convidados a montar as cooperativas para administrar o dinheiro repassado pelo município, com a opção de pedirem demissão ou licença sem vencimentos dos quadros do município. As entidades denunciam que muitos foram forçados a optar pela cooperativa, sob pena de serem transferidos para bairros distantes. Pelo PAS, só têm acesso aos hospitais os portadores de uma carteirinha do plano, excetuando-se os casos de emergência. A cidade foi dividida em módulos e cada paciente passa a ser atendido na região onde mora, com a Prefeitura pagando R$ 10 mensais por pessoa cadastrada. As entidades criticam o modelo, pois quebra com o direito universal de acesso assegurado na Constituição. O debate entre Paulo Maluf e as entidades médicas se acirrou quando o Prefeito defendeu a hipótese de abrir concorrência pública para a participação das empresas de medicina de grupo, caso as cooperativas não dessem certo.

No Rio, a Prefeitura da capital e a Secretaria Estadual de Saúde já implantaram cooperativas no Hospital Lourenço Jorge e no Hospital da Posse, respectivamente.

Com pequenas diferenças em relação ao PAS, o sistema repassa recursos e unidades públicas às cooperativas. Além disso, propõe aos médicos salários maiores (desde que optem pela coperativa e deixem o setor público).O Estado invocou artigo da legislação que permite contratar as cooperativas via dispensa de licitação por calamidade pública.

9

Na cidade de São Paulo, com a aprovação da lei municipal n. 11.866/1995, a gestão Paulo Maluf criou o Plano de Atendimento à Saúde, transferindo todas as unidades hospitalares para cooperativas médicas, que assumiram a direção, execução e prestação de serviços públicos de saúde à população. No mesmo ano, o Tocantins, pela lei estadual n. 762, de 26 de junho de 1995, foi autorizado a celebrar convênio com os municípios, entidades filantrópicas e associações sem fins lucrativos com o objetivo de "promover a descentralização das Ações de Serviço de Saúde, conforme diretrizes do SUS". Em 1997, ao Poder Executivo do estado do Rio de Janeiro também foi permitido, por lei estadual, mudar a forma de gestão dos hospitais públicos, ainda que se previsse licitação para seleção dos concorrentes. Ainda em 1997, o estado da Bahia instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, vedando que fossem cedidos a elas servidores da administração pública direta, autárquica e fundacional, embora autorizasse a contratação de servidores por essas organizações. Da mesma forma, em 1997, o estado de Roraima criou o Plano de Assistência Integral à Saúde, com o objetivo de estabelecer um novo modelo de gestão da saúde pública, isto é, uma maneira empresarial de gerir os serviços estaduais, por meio da Cooperativa dos Profissionais de Saúde de Nível Superior (Gonçalves, 1998).

Mas a implementação das organizações sociais foi apenas uma das modalidades de privatização dos serviços públicos. De maneira concomitante a essa iniciativa, houve a criação das entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as fundações privadas de apoio, com ampla autonomia para captação e gerenciamento de recursos financeiros; a terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas, mediante a transferência da gerência dos hospitais estatais para entes privados, lucrativos ou não lucrativos; a terceirização das atividades assistenciais e/ou serviços especializados do hospital, substituindo o servidor público por prestadores privados organizados em cooperativas de profissionais de saúde; a terceirização nas áreas de limpeza, manutenção, segurança e setores como hemoterapia e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; a terceirização da mão de obra por meio de cooperativas, fundações e organizações não gover-

Adib Jatene foi ministro da Saúde nos governos Collor (1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-1996)

Foto: Valter Campanato
Acervo Agência Brasil
Disponível em http://agenciabrasil.ebc.com.brultimasfotos?p_p_id=galeria&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1

"Terceirização: São Paulo quer privatizar saúde"

Súmula, n. 50, mar. 1995, p. 5
Acervo Programa Radis/ Fiocruz p.24

O mercado de planos e seguros de saúde foi o grande beneficiado pela "flexibilização" do SUS

Charge: Carlos Xavier (Caco)
Súmula, n. 64, nov. 1997
Acervo Programa Radis/ Fiocruz

namentais, como estratégia de contratação, flexibilização e gestão de pessoal, como aconteceu no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa Saúde da Família, sendo que muitas delas se apoderam dos direitos trabalhistas e sociais; e, por último, a implantação de consórcios intermunicipais organizados sob a forma de pessoa jurídica de caráter privado (Machado, 2001; Pereira, 2004; Ribeiro e Costa, 2001).

Esse processo, associado à contratação do setor privado filantrópico, à "inampização" do Ministério da Saúde e à renúncia fiscal para os planos e seguros de saúde, foi configurando o que podemos denominar "universalização do privado" no âmbito do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que fortaleceu o mercado de planos e seguros privados de saúde. Em 1998, esse segmento já abrangia 25% da população, ou 37 milhões de clientes, dos quais, aproximadamente, 5 milhões eram servidores públicos – civis e militares –, com arrecadação estimada de cerca de R$ 16,03 bilhões, o equivalente ao orçamento do ministério na época, que era de R$ 17,5 bilhões (Bahia, 2008).

Embates e resistências no campo da saúde pública ao longo dos anos 1990

A contrarreforma não aconteceu como fora idealizada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, nem foi um processo passivo, tendo encontrado resistências diversas. À própria *burguesia de serviços de saúde* não interessava o modelo de competição administrada, na medida em que ele, potencialmente, estabelecia mecanismos regulatórios sobre a iniciativa privada, impedindo a livre oferta de serviços médicos. Ao mesmo tempo, esse grupo de interesses associou tal proposta à possível influência das seguradoras de saúde vinculadas ao capital financeiro, que veiculavam, naquele período, a ideia de atenção gerenciada (Merhy; Bueno, 1998).

A proposta sobre as organizações sociais, por outro lado, foi rejeitada pela 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, e logo depois pelo Conselho Nacional de Saúde, em maio de 1997, em razão de seu caráter privatizante, potencialmente lesivo ao patrimônio público, ilegal e inconstitucional. A partir dos argumentos do Ministério da Administração Federal quanto à "rigidez burocrática" da administração pública e ao fracasso de outras figuras jurídicas, como as autarquias e fundações, em assegurar a autonomia dos serviços sociais a cargo do Estado, o Conselho Nacional de Saúde defendeu que

> Então seria mais lógico e natural que o governo tomasse a iniciativa de retirar todos os entraves que ele mesmo colocou no funcionamento das autarquias e fundações públicas, e também nos órgãos autônomos, e devolvesse a esses órgãos e entidades a agilidade, flexibilidade e autonomia gerencial que lhes são imanentes e foram sendo restringidas ao longo do tempo, ao invés de criar novo ente jurídico, esdrúxulo, que exigiria mais controle do Estado, gastaria mais recursos do Estado e, eventualmente, traria ao Estado ônus incalculáveis, uma vez que o poder público não poderia eximir-se da execução de determinado serviço público que uma organização social deixasse de executar (Conselho Nacional de Saúde, 1997, p. 9).

Em 1998, a Federação Nacional dos Médicos entrou com representação junto à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão pela ilegalidade e inconstitucionalidade da lei n. 9.637/1998. Naquele ano, o Ministério Público Federal encaminhou parecer à Procuradoria-Geral da República solicitando ações diretas de inconstitucionalidade contra as leis estaduais e a lei federal. No entendimento do Ministério Público, as experiências divergiam da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde, na medida em que estas admitem a participação de instituições privadas, mas apenas em caráter complementar e por meio de contrato após licitação, e caso a capacidade instalada do Sistema Único de Saúde não seja suficiente. Ao contrário, a dispensa de licitação e a transferência de parte ou de toda a capacidade pública instalada para a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) eram inconstitucionais e ilegais (Gonçalves, 1998).

Portanto, o processo de discussão deflagrado com a proposta de reforma setorial da saúde pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado foi marcado por embates e resistências tanto do ponto de vista conceitual quanto em relação aos efeitos do ajuste macroeconômico, como, por exemplo, a criação da CPMF e a promulgação da emenda constitucional n. 29, em 2000. Como indicam Merhy e Bueno

(1998), esse embate se travou entre os defensores de um sistema predominantemente privatizado e regido pela lógica do mercado, e aqueles que apostavam num sistema dirigido pelo setor público, ainda que utilizando prestadores privados.

Entretanto, com a superação da crise de hegemonia da burguesia e considerando-se a complexa reconfiguração da relação público-privado no Sistema Único de Saúde, nos anos 1990, a racionalidade do mercado se impôs à ideia de um Estado que não abdicasse de seu papel de prestador direto de serviços de saúde, como definiram os reformadores na década de 1980 (Campos, 2006).

A competição administrada não se implementou da maneira radical proposta por Bresser-Pereira, mas os interesses mercantis na área da saúde avançaram de maneira significativa, assim como a cultura gerencial no Sistema Único de Saúde. Por outro lado, a atenção básica não se tornou a porta de entrada do sistema, nem conseguiu ganhar a eficiência necessária para resolver os problemas de saúde da população. Ao contrário, a forma como a descentralização foi implementada gerou uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde, com graus diferenciados quanto à participação das instituições privadas na provisão de serviços ao SUS e na configuração da rede de serviços. A Estratégia Saúde da Família, apesar dos efeitos positivos em diversos municípios, está longe de transformar o modelo assistencial centrado no hospital. Parece funcionar mais como um "programa", em razão do alto grau de normatização operado pelo Ministério da Saúde, além de estar marcada pela instabilidade da força de trabalho, contratada de forma precária, e ser executada de maneira paralela à própria rede de atenção básica (Ribeiro; Pires; Blank, 2007).

Reunião do Conselho Nacional de Saúde em Brasília. Os opositores da privatização do setor encontraram na entidade um importante aliado

Acervo Assessoria de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde
Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/18_fev_conf_mundial.htm

Tornar a atenção básica a porta de entrada do SUS ainda é um desafio que está para ser conquistado. Na foto, agente do Programa Saúde da Família presta atendimento a família em Pernambuco

Disponível em http://www.saude.pe.gov.br/noticias.php?codigo=682&pagina=5&publicar=1

Anos 2000: aprofundamento da relação público-privado na política nacional de saúde

Com o governo Lula da Silva (2003-2009), ao contrário das expectativas de reversão do processo de privatização e de transformação do modelo assistencial, assistiu-se à edição de novas políticas de apoio e/ou tratamento fiscal diferenciado para os produtores privados de saúde. Em 2004, sob pressão da Confederação Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde, o governo federal não levou adiante o aumento da alíquota da Cofins de 7,6%, mantendo-a no patamar anterior de 3% para as instituições privadas de saúde. Em 2006, estabeleceu uma fonte permanente de recursos para resolver o problema das dívidas dos estabelecimentos privados filantrópicos com a Previdência Social, o Fundo de Garantia e a Receita Federal: a Timemania (jogo de apostas ou loteria esportiva). Outra modalidade de financiamento que continuou a operar, exclusivamente, para as Santas Casas e hospitais privados filantrópicos foi o Caixa Hospitais. Criado em 1998, esse programa governamental "estimulou a formação de um circuito mais amplo, no qual as relações entre o público e o privado (secretarias de saúde e hospitais filantrópicos) confluem para o sistema financeiro" (Bahia, 2008, p. 151). Nessa modalidade de custeio, os hospitais antecipam os valores a receber do Ministério da Saúde pelos serviços ambulatoriais e internações hospitalares que serão realizados, obtendo financiamento com prestações fixas de 12, 24 ou 30 meses. Ou seja, trata-se de um financiamento feito com recursos do ministério e com a anuência das secretarias municipais e estaduais de saúde. Em 2007, a Caixa Econômica Federal realizou 398 empréstimos, no total de R$ 551 milhões, para impulsionar o crescimento da sua carteira de crédito para pessoas jurídicas, e estimulou outras instituições financeiras, como o Banco do Brasil, Banco Industrial, Banco Mercantil do Brasil, Nossa Caixa e Banrisul, a oferecerem programas de empréstimo semelhantes (Bahia, 2008).

No final de 2008, com apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Ministério da Saúde, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social lançou o Programa de Financiamento da Acreditação para os hospitais privados do país, por meio do Cartão BNDES, disponibilizando recursos da ordem de R$ 250 milhões por três instituições financeiras: Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal e Bradesco. De acordo com a Confederação Nacional de Saúde, a "instituição de saúde interessada em se acreditar poderá pagar os empréstimos em até 36 vezes, com taxa de juros fixa, sem custos de contratação ou anuidade e sem necessidade de seguro ou de garantias reais" (Confederação Nacional de Saúde, 2009, p. 8).

Seguindo essa trajetória de apoio à burguesia de serviços na saúde, não parece ser mera coincidência a elaboração de políticas de universalização dos planos privados de saúde para os servidores civis da União, que se desdobram no âmbito dos estados e municípios. Para Bahia (2008, p.172), apesar de ser "explicitamente contrária aos preceitos constitucionais, que vedam o repasse de recursos públicos para o setor privado", a transferência de recursos públicos aos planos privados visou, antes de tudo, responder, por meio da ampliação dos benefícios indiretos, às demandas salariais. O mais perverso nesse processo, para a autora, foi que os sindicalistas passaram a rotular tal política de universalização como uma conquista dos trabalhadores, fazendo com que se configurasse, no final do primeiro governo Lula da Silva, uma "ruptura radical dos discursos e práticas de parte do movimento sindical com a defesa da universalização do direito à saúde" (Bahia, 2008, p. 173).

Em 2009, finalmente, foi aprovada a nova lei das entidades filantrópicas (n. 12.101, de 27 de novembro de 2009), a um só tempo tornando mais rigoroso o processo de concessão do certificado de filantropia

e flexibilizando o percentual obrigatório de ocupação dos leitos para atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde. A lei estabelece que, para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a instituição de saúde deve comprovar o cumprimento de metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere, celebrado com o gestor local do SUS, e ofertar a este a prestação de serviços no percentual mínimo de 60% do atendimento, considerando-se o somatório das internações e dos atendimentos ambulatoriais (art. 4º). Entretanto, o hospital filantrópico considerado de excelência pode, alternativamente, para dar cumprimento a essa determinação, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde, celebrando termo de ajuste com o Ministério da Saúde nas seguintes áreas de atuação: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde (art. 11). Outra mudança introduzida pela lei é que os pedidos de concessão ou renovação da certificação, que até então eram solicitados no Conselho Nacional de Assistência Social, passam a ser atribuição dos ministérios ligados às atividades da instituição, no caso o Ministério da Saúde.

Bahia (2008) chama a atenção para o fato de que a política de flexibilização e diferenciação dos hospitais filantrópicos já vinha sendo implementada desde 2002 com a criação da categoria "hospitais estratégicos". Para a autora, essa forma de tratar determinados hospitais filantrópicos redefiniu, de maneira radical, a natureza da filantropia na saúde e subverteu as regras de subordinação público-privada. "Este preceito legal não apenas admite hospitais categorizados como os melhores do setor privado como objeto de proteção fiscal, como também os credencia e incentiva a liderar pesquisas e programas de capacitação e gestão 'de interesse público'" (Bahia, 2008, p. 150).

Material publicitário do jogo lotérico Timemania estrelado por Edson Arantes do Nascimento, o Pelé. Lançada em fevereiro de 2008 e administrada pela Caixa Econômica Federal, a Timemania prevê que 3% do total de recursos arrecadados com as apostas sejam utilizados no abatimento das dívidas dos hospitais filantrópicos e das Santas Casas com a União

Disponível em http://maquinadoesporte.uol.com.br/v2/noticias.asp?id=8329

Certificado de acreditação hospitalar emitido pela Organização Nacional de Acreditação, entidade não-governamental responsável pela avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelos hospitais públicos e privados do país.

Disponível em http://www.unimednatal.com.br/portal/unimed/14/acreditacao/179/hospital_unimed/77/

O Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, lançado em junho de 2009, parece radicalizar esse processo de subordinação do público ao privado. Com o objetivo de mudar o modelo de gestão dos hospitais federais do estado,[5] tendo por base uma administração atrelada a metas, resultados e qualidade, tal como ocorre nas instituições privadas, o Ministério da Saúde firmou termo de ajuste com seis hospitais privado-filantrópicos do país. Reconhecidos por sua excelência nacional e internacional em termos de produção de conhecimento especializado e experiências de gestão, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Samaritano, Hospital Sírio-Libanês (em São Paulo) e o Hospital Moinho dos Ventos (no Rio Grande do Sul), agora denominados "hospitais de excelência a serviço do SUS", integram o Comitê Executivo[6] para criação e organização da Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro.

Baseado na medida provisória n. 446, de 7 de novembro de 2008, que está na origem da lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009, o Ministério da Saúde converteu as isenções de contribuições sociais, previstas para esses hospitais, em um pacote de 111 projetos, entre eles o de reestruturação da gestão dos hospitais federais, com o objetivo de transferir a tecnologia de gestão dos hospitais privados para os hospitais públicos, preparando-os para o processo de acreditação hospitalar (certificação de qualidade).[7]

Manifestantes protestam contra a privatização da saúde e a aprovação do projeto de lei n° 92. Brasília, 17 de jun. 2009

Foto: Valter Campanato
Acervo Agência Brasil
Disponível em http://fopspr.wordpress.com/2009/06/

A 13ª Conferência Nacional de Saúde aliou-se ao Conselho Nacional de Saúde na rejeição ao projeto de lei n° 92

Disponível em http://conselho.saude.gov.br/informativo/02/informe.htm

"O SUS no ano 2000"

Boletim Abrasco, n° 77, abr./jun. 2000, p.1
Acervo Abrasco

Essa proposição não pode ser analisada, a nosso ver, de maneira desvinculada do projeto de criação de fundações públicas de direito privado na área da saúde, atualmente em discussão no Congresso Nacional (projeto de lei n. 92, de 4 de junho de 2007),[8] ainda que tenha sido rejeitada pela 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, e pelo Conselho Nacional de Saúde. Em oposição a essa proposta, Francisco Batista Júnior, presidente do conselho, compreende que o essencial para se fortalecer o Sistema Único de Saúde é a mudança do modelo de atenção à saúde, e não a criação de mais um ente jurídico. Para ele,

> [é] fundamental afirmarmos que nenhuma forma de gestão no SUS dará os resultados que esperamos e necessitamos se num curto prazo não fizermos o enfrentamento com o atual modelo de atenção, que alimenta inexoravelmente a demanda pela alta complexidade, e não fortalecermos a rede estatal SUS, de modo a diminuirmos sobremaneira a dependência do setor privado contratado, eixos vitais onde as corporações e grupos econômicos organizados se alimentam e se fortalecem (Batista Jr., s.d., p. 4).

Na avaliação do Conselho, apesar de a proposta prever a realização de concurso público, nada garante sua implementação, diante das práticas de terceirização que também foram utilizadas como forma de burlar essa regra constitucional. O regime de contratação pela Consolidação das Leis do Trabalho acaba com a estabilidade no serviço público. Ao prometer salários de mercado, a proposta só aprofunda e institucionaliza uma situação marcada por enormes diferenças de remuneração entre os serviços e dentro de uma mesma categoria profissional. Trata-se de um processo que desqualifica, desmotiva e desestimula a imensa maioria dos trabalhadores, comprometendo a qualidade do serviço prestado. A proposta das fundações sinaliza planos de cargos e salários por fundação, o que, para o Conselho Nacional de Saúde, não é compatível com a defesa de uma carreira que valorize a todos em todos os serviços. As fundações também não garantem a extinção das práticas clientelistas para ocupação de cargos de gestão, a partir dos critérios, frequentemente utilizados, de partidarização e da falta de qualificação técnica dos ocupantes, inaceitável num serviço público impessoal, transparente e democrático (Conselho Nacional de Saúde, 2009).

Ao contrário dos argumentos utilizados para a criação dessas fundações – de que a administração pública brasileira é engessada, rígida e burocrática –, a avaliação do Conselho Nacional de Saúde indica que nossa administração é uma das mais avançadas do mundo, pois permite relativa autonomia dos serviços e contratação de trabalhadores por tempo determinado, na impossibilidade de realização de concurso público. Para potencializar a autonomia e a agilidade administrativa, o conselho propõe a regulamentação do parágrafo 8º do art. 37 da Constituição Federal;[9] um projeto de lei estabelecendo a profissionalização da administração/gestão do Sistema Único de Saúde a partir de seus próprios quadros (regulamentação do inciso V do art. 37 da Constituição);[10] a criação do plano de cargos, carreira e

salários do SUS, com responsabilidade das três esferas de governo, que estimule a qualificação profissional e a dedicação exclusiva; a alteração da lei de responsabilidade fiscal para o sistema, de modo a garantir o direito à saúde em sua plenitude e estabelecendo, para os gestores, as condições para superar a precarização do trabalho e qualificar a gestão; e, por último, que o Ministério da Saúde tome a decisão política de incentivar, técnica e financeiramente, a estruturação das redes públicas de atenção primária e de referência em todos os municípios e estados da federação (Conselho Nacional de Saúde, 2009).

Diante da mobilização política capitaneada, principalmente, pelo Conselho Nacional de Saúde, o projeto de lei n. 92/2007 até o momento não foi aprovado. Nesse sentido, a posição do conselho parece ser a mais coerente na defesa de uma política pública, estratégica e de Estado com a tarefa de gerir a rede pública de serviços de saúde e, particularmente, a rede hospitalar do Rio de Janeiro. Na realidade, a proposta do projeto de lei n. 92/2007 está muito mais próxima dos interesses privados, ao admitir que a "instituição de fundação pública com personalidade jurídica de direito privado somente poderá ser autorizada para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado" (art.1º, parágrafo 2º).

Em suma, para o governo Lula da Silva, saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, ensino e pesquisa, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social, promoção do turismo nacional, formação profissional e cooperação técnica internacional não são atividades exclusivas do Estado. Considera-se atividade exclusiva somente "aquela cujo desempenho exija o exercício do poder de polícia, ou em que, pela relevância e interesse público, o Estado atue sem a presença complementar ou concomitante da iniciativa privada" (art. 1º, parágrafo 3º).[11] Em outras palavras, o governo Lula da Silva não só reatualiza as políticas de apoio e de proteção fiscal, principalmente às instituições privado-filantrópicas, e de subsídio às empresas de planos e seguros de saúde, como incorpora a concepção de um *Estado necessário* para gerenciar a transferência dos serviços públicos para o mercado, tal qual o governo anterior. Desse ponto de vista, a natureza pública ou privada das ações de saúde é irrelevante, o que "interessa é fazer", tão ao gosto dos privatistas e da lógica mercantil. Nesse sentido, parece haver um movimento articulado entre o encaminhamento do projeto de lei n. 92/2007, a Lei das Filantrópicas e a criação da Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro. São medidas que apontam para a perspectiva de um perfil privado, porém público, dos hospitais federais, sob controle privado.

Como afirma Paim (2008, p. 318, grifo do autor), baseado em Gramsci, o governo Lula "revela, com maestria, a pertinência e atualidade do conceito de *revolução passiva*: 'a política da direita com homens e frases de esquerda'". Portanto, os desafios continuam na agenda daqueles que, para além de uma reforma setorial, apostam na democratização da saúde, do Estado e da sociedade, assim como defendida no projeto original da reforma sanitária brasileira nos anos 1980.

Notas

[1] Confederação Nacional da Indústria, criada em 1938; Confederação Nacional do Comércio, 1945; Confederação Nacional dos Transportes, 1954; Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, 1963, entre outras.

[2] Atualmente, nos países da América Latina, especialmente no Brasil, o projeto da Terceira Via tem sido (re)definido nos marcos da ideologia novo-desenvolvimentista. Para uma discussão sobre a temática, consultar Rodrigo Castelo (org.), *Encruzilhadas da América Latina no século XXI*, Rio de Janeiro, Pão e Rosas, 2010.

[3] A CPMF foi criada pela lei n. 9.311, de 24 de outubro de 1996, com a intenção de se reservar a arrecadação desse tributo para a área de saúde. A lei foi sucessivamente prorrogada até ser rejeitada pelo Senado Federal em dezembro de 2007. Entretanto, assim como os recursos da seguridade social, os recursos arrecadados com a CPMF foram destinados também para outros fins.

[4] Art. 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", "nos termos da lei".

[5] Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral dos Servidores, Hospital Geral do Andaraí, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Geral da Lagoa e Hospital Geral de Jacarepaguá.

[6] Conforme a portaria n. 2.397, de 8 de outubro de 2009.

[7] O conjunto dos projetos aprovados, que fazem parte dos termos de ajuste assinados em 2008 com cada hospital privado-filantrópico, pode ser encontrado no endereço www.hospitaisdeexcelencia.com.br. Para maiores informações sobre o Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, visite o sítio portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1508.

[8] O projeto de lei n. 92/2007 regulamenta o inciso 19 do art. 37 da Constituição e estabelece as áreas de atuação das fundações estatais, entre elas as de saúde.

[9] Art. 37, parágrafo 8º: "A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I. o prazo de duração do contrato; II. os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III. a remuneração do pessoal" (Constituição Federal, 1988).

[10] Art. 37, inciso V: "as funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento" (Constituição Federal, 1988).

[11] Utilizamos aqui o segundo substitutivo do projeto de lei n. 92/2007, versão acessível em conselho.saude.gov.br/webfdp/projetolei.pdf.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Célia. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996.

BAHIA, Ligia. A *démarche* do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1998-2008. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde*: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; EPSJV, 2008. p. 123-185.

_____. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 407-449.

BATISTA JR. Francisco. Gestão do SUS: o que fazer? Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, s.d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webfdp/gestaonosus.pdf>.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *A reforma administrativa do sistema de saúde*. Brasília, 1998.

_____. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde*: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, 1993.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 417-442.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. Tradução: Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. ANS e BNDES lançam cartão de financiamento da Saúde. *Revista + Saúde*, ano VI, n. 9, p. 8, mai.-jul. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Fundações de direito privado e suas consequências*. Brasília, abr. 2009.

_____. *Posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da proposta de criação das organizações sociais*. Brasília, 1997 [mimeo].

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Júlio C. F.; NEVES, Lúcia Maria W. (Org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 173-200.

GONÇALVES, Wagner. *Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública*. Brasília: Ministério Público Federal, mai. 1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>.

MACHADO, Cristiani Vieira. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. *PHYSIS* – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-197, 2001.

MELO, Marcelo Paula de; FALLEIROS, Ialê. Reforma da aparelhagem estatal: novas estratégias de legitimação social. In: NEVES, Lúcia Maria W. (org.). *A nova pedagogia da hegemonia*: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005. p. 175-192.

MERHY, Emerson Elias; BUENO, Wanderley Silva. *Organizações sociais*: autonomia de quem e para quê? Campinas, jun. 1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>.

NEVES, Lúcia Maria W. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria W. (Org.). *A nova pedagogia da hegemonia*: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005. p. 85-125.

PAIM, Jairnilson S. *Reforma sanitária brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Ed. UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAULANI, Leda Maria. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, Júlio César F.; NEVES, Lúcia Maria W. *Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 67-107.

PEREIRA, Larissa D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *PHYSIS* – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Experiências em gestão descentralizada de redes e organizações. In: NEGRI, Barjas; Di GIOVANNI, Geraldo. (Org.). *Brasil*: radiografia da saúde. Campinas, SP: Unicamp, IE, 2001. p. 529-554.

RIBEIRO, Edilza M.; PIRES, Denise E.; BLANK, Vera Lúcia G. A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, Angélica F. (Org.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 97-115.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90*: um projeto de desmonte do SUS. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2000.

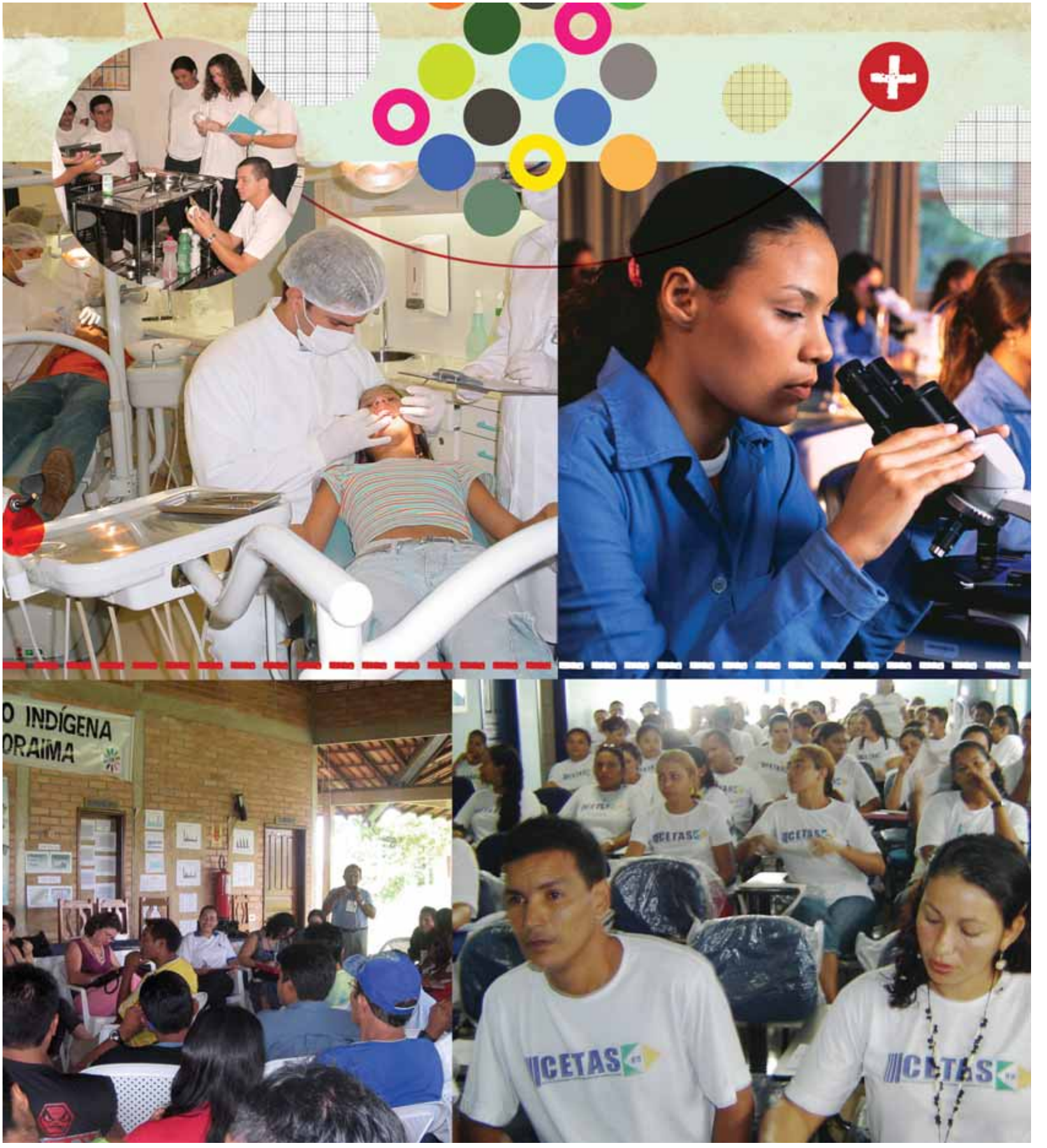
RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde*: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

WERNECK VIANNA, Maria Lúcia T. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, Ana Luiza A.; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson (Org.). *Proteção social*: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 89-122.

10

Trabalho e educação em saúde na agenda do SUS

FERNANDO PIRES-ALVES
CARLOS HENRIQUE A. PAIVA
RENATA REIS
MARIA DAS GRAÇAS CARDOSO TONHÁ
MARTHA POMPEU PADOANI


O INDÍGENA
ORAIMA
CETAS
CETAS

TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA AGENDA EM CONSTRUÇÃO

Fernando Pires-Alves e Carlos Henrique A. Paiva

Em março de 2005 realizou-se em Brasília a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Às vésperas, portanto, de se completarem duas décadas da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986 – aquela que é considerada um evento fundamental no processo de gestação do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Imersos numa atmosfera de mobilização e grandes expectativas, gestores, prestadores, usuários e trabalhadores se reuniram para discutir a temática dos "trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação". Essa conferência dedicou-se a apontar diretrizes para a adoção de políticas de gestão do trabalho e educação na saúde com base nas referências sugeridas durante o processo de confecção da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), comprometendo-se, assim, com a ampliação da participação e da corresponsabilidade dos diversos segmentos do SUS na elaboração e execução da política. Ao enfrentar esse desafio, a conferência retomava uma trajetória de debates e de implementação de políticas de recursos humanos no país que acompanhava a própria formulação e implantação do novo sistema de saúde.

A VIII CNS, de 1986, recomendou a convocação de uma conferência de âmbito nacional dedicada especialmente a essa temática, e naquele mesmo ano reuniu-se a I Conferência Nacional de Recursos Humanos (I CNRHS). O debate central envolvia a "política de recursos humanos rumo à reforma sanitária", e correspondia ao ambiente de expectativas positivas em torno da possibilidade de implantação de um sistema único de saúde. Do ponto de vista geral, tratava-se da remoção do chamado entulho autoritário do regime militar e da elaboração de uma constituição que reinstituísse o regime democrático no Brasil e promovesse a quitação da dramática dívida social acumulada pela ditadura.

Promovida pelos ministérios da Saúde, da Educação e da Previdência e Assistência Social, e contando com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a I CNRHS foi organizada em torno de cinco eixos temáticos: 1) a valorização do profissional de saúde; 2) a preparação de recursos humanos; 3) as estratégias de integração interinstitucional para os órgãos de desenvolvimento de recursos humanos; 4) a organização dos trabalhadores; 5) a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema.

Com essa agenda, a conferência propiciava a análise crítica e a consolidação de um conjunto de experiências que, desde pelo menos a metade dos anos 1960, vinham estabelecendo o que era chamado de *desenvolvimento de recursos humanos* como campo relevante da reflexão, das políticas e das práticas em saúde.

Ilustrações: Carlos Xavier (Caco)

Revista Ret-Sus, n. 25, jan-fev 2007, p.1
Acervo RET-SUS

Logomarca da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Disponível em http://www.siems.org.br/le_informe.php?id=40

O regime militar promoveu uma grande expansão da rede hospitalar privada e, em consequência, uma importante ampliação do mercado de trabalho para profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiros e atendentes de enfermagem, estes últimos sem nenhuma formação específica e, às vezes, sem terem concluído as primeiras séries do ensino fundamental. Paralelamente – como era típico da separação entre saúde pública e medicina curativa privada –, o regime procurou implementar programas de expansão da cobertura e interiorização do serviço, ofertando cuidado em saúde para as populações desfavorecidas das grandes periferias urbanas, então em acelerado crescimento, das áreas rurais e das regiões mais remotas e desassistidas. Neste caso, seria preciso capacitar não só pessoal auxiliar de enfermagem, mas um contingente de agentes de saúde pública, parteiras e outros cuidadores tradicionais, além de lideranças locais.

Assim, do ponto vista pedagógico, seguindo as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde, de 1967, cujo tema central fora "recursos humanos para as atividades de saúde", as estratégias de formação de trabalhadores envolveriam conteúdos considerados suficientes para preparar, em especial, pessoal de nível elementar e médio para exercer determinadas tarefas "técnicas" no âmbito dos serviços de saúde.

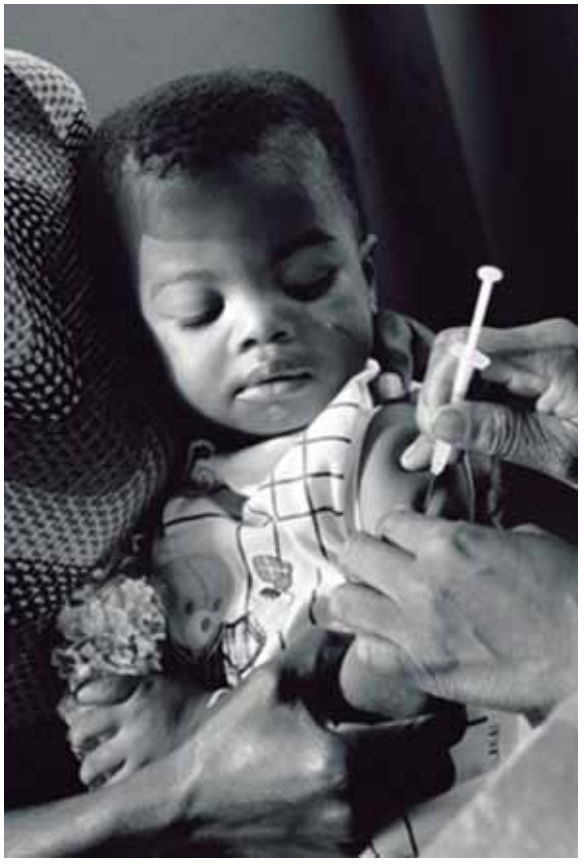
As recomendações da V Conferência Nacional de Saúde, de 1975, não seguiram caminho diferente. O treinamento em serviço, tanto para a assis-

3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

tência médica hospitalar quanto para a saúde pública, seria encarado como estratégia-chave para a expansão do modelo técnico-assistencial privado e também para os programas de extensão da cobertura inspirados na chamada medicina comunitária.

Para proprietários de hospitais e alguns dos gestores, a solução seria aumentar o quantitativo disponível das profissões de nível superior; realizar o treinamento em serviço – em massa e de forma simplificada – dos trabalhadores de nível médio e elementar; e ampliar, subsidiariamente, a formação de técnicos. Para outros gestores e profissionais, todavia, de uma perspectiva mais crítica, abria-se a oportunidade de promover o desenvolvimento de recursos humanos em novas bases, rumo a modelos diferenciados de cuidado em saúde inspirados na atenção primária à saúde, tal como consolidada pela Conferência de Alma-Ata, associando a formação e qualificação de recursos humanos ao processo de reforma do setor saúde.

Entre as iniciativas mais importantes nessa direção, vale indicar: 1) o movimento pela Integração Docente-Assistencial, que pretendia uma íntima articulação entre a universidade e os serviços de saúde, tanto para realizar a formação integrada dos vários profissionais de nível superior, quanto para organizar as ações de atenção à saúde; 2) o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, mais conhecido pela designação Projeto Larga Escala, que pretendia a qualificação em massa de auxiliares e técnicos em serviço, por meio de uma abordagem que valorizava tanto a dimensão pedagógica do trabalho, quanto a formação geral e crítica do trabalhador; 3) e a instituição na administração dos estados e, eventualmente, na dos municípios de maior porte, de órgãos



Relatório final da VIII Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde

Acervo particular

Para os setores mais progressistas do sanitarismo brasileiro, o desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde deveria ser direcionado prioritariamente para a atenção básica

Disponível em http://www.unicef.org/brazil/sowc2008final/cap2.htm

de desenvolvimento de recursos humanos, como forma de garantir as bases institucionais para este movimento. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), de 1976, uma iniciativa conjunta do governo brasileiro e da OPAS, foi em grande parte responsável pela implementação e articulação dessas iniciativas.

Deste modo, quando se realizou a I Conferência Nacional de Recursos Humanos, uma década depois, esse conjunto de iniciativas foi debatido e atualizado. Além disso, a realização da conferência revelava o aumento da importância dos temas mais diretamente ligados à gestão do trabalho, como uma dimensão específica no domínio dos recursos humanos. Alguns dos seus eixos, balizados pelo debate mais recente sobre redemocratização e participação social, orientavam-se para os problemas relativos à organização dos trabalhadores, sobretudo para uma perspectiva mais atuante destes no processo da reforma sanitária (Pires-Alves e Paiva, 2006).

Todavia, apesar de o SUS ter sido instituído pela Constituição de 1988, o final da década de 1990 foi particularmente difícil para a área da saúde, uma vez que a partir de 1989 o país passou a ser conduzido por políticas de ajuste fiscal e de desestatização, inspiradas nas doutrinas neoliberais. Diversas questões restavam, portanto, pendentes, sobretudo aquelas que envolviam o financiamento do novo sistema universal de saúde e um dos seus pilares organizacionais: a participação social, que as leis n. 8.080 e 8.142, ambas do final de 1990, apenas parcialmente resolveram. Tais dificuldades, todavia, não impediram a introdução de inovações no terreno da formação e gestão do pessoal de saúde.

O Projeto Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU), iniciado em 1987, por exemplo, constitui um desses empreendimentos. O objetivo do projeto era exatamente a preparação, em âmbito nacional, de quadros técnico-gerenciais capacitados para assumir a condução dos processos institucionais na área de desenvolvimento e gestão de recursos humanos em saúde, de forma a torná-los mais bem ajustados aos princípios e propostas da reforma sanitária em curso. O CADRHU contava com o apoio da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, além do apoio técnico da OPAS. Participaram de sua elaboração gestores, acadêmicos e profissionais de diversas instituições dos campos da saúde e da educação, e, em especial, das equipes dos Núcleos de Estudo em Saúde Coletiva, que desde meado dos anos 1970 eram constituídos nas universidades federais dos estados como parte do processo de difusão da saúde coletiva e da reforma sanitária no país (CADRHU, 1991, p. 5-12). Considerado uma experiência exitosa, o projeto seria reeditado a partir de 1992.

Outra experiência que merece destaque é o curso de Gerência de Unidades de Saúde do SUS (GERUS), desenvolvido no início dos anos de 1990. Realizado pelo Ministério da Saúde e contando com o apoio das instâncias representativas dos secretários municipais e estaduais de saúde, respectivamente Conasems e Conass, e também da Organização Pan-Americana da Saúde, o curso tinha em vista, a partir da qualificação dos gestores, promover uma mudança institucional nos padrões de organização dos serviços de saúde no âmbito do SUS. De fato, buscava-se introduzir a negociação como instrumento de gerência, formas de condução dos processos de trabalho, formas de controle e avaliação de resultados, e o desenvolvimento de práticas gerenciais voltadas para a melhoria contínua da qualidade, entre outras medidas.

Como desdobramento do Projeto Larga Escala e das diretrizes que resultaram da I CNRHS, gradativamente foram instituídos, nos estados da federação, centros formadores e escolas técnicas de

saúde, de caráter multiprofissional, com o propósito de realizar de modo descentralizado a qualificação do pessoal em serviço e adequar o perfil dos profissionais de nível médio elementar às necessidades das instituições de saúde e aos imperativos da reforma sanitária em andamento. Mais tarde, ao longo da década de 1990, esse movimento culminará com a constituição de uma rede de escolas técnicas, a RET-SUS, que se tornará a principal base institucional para o desenvolvimento de políticas públicas no terreno da educação e do trabalho.

Paralelamente, ainda em 1986, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada ao Ministério da Saúde, instituiu em seu campus no Rio de Janeiro a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Deste modo, afirmava-se a pertinência do ensino politécnico em saúde, que contemplasse também a formação geral dos alunos, como componente indispensável para uma percepção crítica do trabalho em saúde e das suas formas de organização nos marcos de uma sociedade capitalista, caracterizada pela desigualdade. Indicava-se também, assim, a necessidade

Alunos da Escola Politécnica Joaquim Venâncio realizam atividade ao microscópio

Foto: Rogério Reis
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

de serem criados centros de excelência científico-pedagógica como parte dos recursos públicos disponíveis para a formulação e implementação de políticas neste campo.

A partir de 1991, após o desenvolvimento de um projeto piloto no estado da Paraíba, o governo federal deu início à implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) imediatamente para a região Nordeste do Brasil e em seguida para os estados nortistas. Mais tarde, em 1997, este programa se tornaria uma política para todo o país, ampliando as demandas por capacitação profissional.

Nessa conjuntura, realizou-se em Brasília, em setembro de 1993, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Este evento adotou como temática central "os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde". Na prática, a conferência priorizava dois grandes eixos: o primeiro comportava o debate acerca das necessidades de saúde e as formas de organização dos serviços voltados à assistência; o segundo envolvia a discussão relativa ao trabalho no processo de produção de serviços de saúde, e

A criação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família tornou evidente a necessidade de investimentos na formação dos profissionais envolvidos no setor

Ilustração: Ruben Fernandes
Revista Ret-Sus, n. 1, set. 2004, p.7
Acervo RET-SUS

Ilustrações: Carlos Xavier (Caco)

Revista Ret-Sus, n. 10, jul-ago 2005, p.1
Acervo RET-SUS

procurava dar conta das questões referentes à preparação dos agentes comunitários de saúde (MS/SGTES, 1993).

A II CNRHS propôs a regulamentação imediata do inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal, que atribui ao SUS a competência de ordenar a formação de pessoal de saúde de acordo com as necessidades do sistema; uma melhor articulação e integração entre os setores da saúde e educação; e a integração das instituições de ensino e prestadores de serviço, de forma a permitir na prática a melhor regulação do SUS nos processos formativos em saúde. A conferência reiterou a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, inclusive com a ordenação de papéis de cada uma das instâncias de governo (MS/CNS, 2005, p. 24-25). Foram, ainda, elaboradas, no âmbito do evento, propostas que também reafirmavam a centralidade de questões como o ingresso por concurso público; a elaboração de plano de cargos, carreira e salários, e a definição de perfil e carreira de gestor, entre outras. Esses temas encontrariam na X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, um ambiente propício ao avanço das discussões e à consolidação de algumas das propostas relativas à gestão do trabalho em saúde.

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, dera fôlego adicional às discussões relativas à formação e gestão de pessoal de saúde. Para alguns setores, esse programa era um exemplo acabado de política focalizada, de baixo custo, dirigida às populações de baixa renda, inspirada nas

10

políticas de contenção dos gastos e redução das responsabilidades do Estado e, portanto, contrária aos princípios fundadores do SUS. Para outros grupos, representava a possibilidade de se estabelecer uma nova estratégia para organização de uma atenção primária integral, mais humanizada, e que promovesse um novo modelo de atenção. Seja como for, a implementação do programa atualizava e agravava velhos problemas relativos ao trabalho em saúde no país, entre eles questões relativas à natureza do cuidado e à organização do trabalho, à carência crônica de pessoal qualificado e às condições de emprego, que geralmente envolviam a submissão de um numeroso contingente de profissionais a regimes de trabalho precários.

De todo modo, a partir das deliberações da X Conferência Nacional de Saúde, e refletindo os avanços institucionais da área, sob a coordenação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), foi elaborado um documento que reunia propostas para uma política pública neste campo. Versões sucessivas culminaram na apresentação de "Princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o SUS (NOB-RH/SUS)", documento que foi apreciado e aprovado pela XI Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2000, como diretriz a ser perseguida pelas instâncias gestoras do sistema.

Paralelamente, a partir de 1995, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio coordenou a implantação do Projeto Escola de Nível Médio, uma iniciativa do Ministério da Saúde dirigida ao fortalecimento das escolas técnicas de saúde e à constituição de uma rede colaborativa interinstitucional. Em 2000, a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) seria formalmente constituída.

Agente comunitária do Programa Saúde da Família durante entrevista com morador

Foto: Paulo Castiglioni
Revista Ret-Sus, n. 6, mar. 2005, p. 3
Acervo RET-SUS

Cerimônia de formatura de auxiliares e técnicos de enfermagem da Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora, em Alagoas. Maceió, 10 set. 2004

Revista Ret-Sus, n. 2, out. 2004, p.11
Acervo RET-SUS

Equipe da ETSUS do Acre atravessando a BR 364 em direção a Cruzeiro do Sul, último município do estado antes da fronteira com o Amazonas

Revista Ret-Sus, n. 23, nov. 2006, p.11
Acervo RET-SUS

Naquele mesmo ano, com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Ministério da Saúde lançou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) que, implementado, possibilitou a qualificação de mais de duzentos mil profissionais de enfermagem. O Profae se apresentava como uma estratégia do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada nas unidades do SUS.

Em 2001, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), cujo objetivo era enfrentar os tradicionais problemas ligados à distribuição do pessoal de saúde pelo território brasileiro, sobretudo nas regiões mais remotas do interior do país. Mediante a realização de convênio com estados e municípios, a União concederia incentivos aos profissionais que desejassem integrar o Programa de Saúde da Família de regiões mais desprovidas e carentes de serviços de saúde, promovendo, assim, a organização da atenção básica em saúde por todo o país.

Entre as ações especificamente voltadas para o ensino superior em saúde, merece destaque o Programa de Incentivo das Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed), de 2001. Refletindo os avanços conceituais e a experiência acumulada com os projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) e de União com a Comunidade (UNI), esse programa procurou estimular as escolas de medicina do país a adequarem seus currículos, sua produção de conhecimento e os programas de educação permanente à realidade social e de saúde da população brasileira, contribuindo, assim, para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Desenvolvido em 19 escolas médicas, localizadas sobretudo nas regiões Sul e Sudeste, mas também com representantes do Norte e Nordeste do país, o programa conquistou êxitos parciais, uma vez que se voltava exclusivamente para a medicina, negligenciando outras profissões de nível superior. Esta questão seria, em parte, enfrentada com a realização do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde, a partir de 2005, quando se buscou dar novo rumo à formação em enfermagem e em odontologia, além da medicina.

No que diz respeito à regulamentação, em 4 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde deliberou pela aplicação dos "Princípios e diretrizes para a NOB-RH/SUS" como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Consolidavam-se, assim, as orientações políticas e gerenciais referentes à gestão do trabalho, ao desenvolvimento dos trabalhadores, à saúde ocupacional para o trabalhador da saúde e ao controle social na gestão do trabalho no SUS. Em outros termos, ela

> consolida[va] os principais pontos da legislação vigente para a gestão pública do trabalho, normatiza[va] a sua aplicação e sugere[ia] mecanismos reguladores da relação dos gestores com os prestadores de serviço de saúde, com respeito às suas responsabilidades nas relações entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores e prestadores e dos pactos intergestores (MS/CNS, 2003, p. 27).

Em sintonia com as diretrizes apontadas pela NOB-RH/SUS, nesse mesmo ano seria criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A nova secretaria teria como objetivo central a implementação de uma política de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde do SUS. Segundo a orientação adotada, esses trabalhadores deveriam ser tratados, não como recursos a serem mobilizados pelos gestores, mas como protagonistas decisivos no processo de consolidação da reforma do sistema de saúde.

A XII Conferência Nacional de Saúde, realizada no segundo semestre de 2003, em clima de afirmação e retomada dos princípios orientadores da reforma sanitária, convocou a III CNRHS, com o propósito de, considerando a NOB-RH/SUS, aprofundar diretrizes e estratégias no tocante à gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS. Enfatizando a centralidade dessas questões para um processo renovado de implantação do SUS, a conferência, realizada em março de 2006, rediscutiu a agenda programática setorial tal como vinha sendo executada pela SGTES.

Os debates distribuíram-se em torno de dois eixos: a gestão do trabalho em saúde e a educação na saúde. No primeiro, destacaram-se os temas que buscavam enfrentar a multiplicação dos vínculos precários de trabalho; a instituição de planos de carreiras, cargos e salários; a revitalização das mesas de negociação de trabalho, como fóruns paritários e permanentes de tratamento de conflitos; a regulação do exercício profissional da saúde e a necessidade de maior capacitação para a gestão no conjunto do sistema.

No terreno da educação em saúde, os debates de maior relevo consideraram: estabelecer os Polos de Educação Permanente em Saúde como instâncias de formulação da política e articulação entre órgãos de execução do SUS, as instituições formadoras de pessoal de saúde e o controle social no setor; aprofundar o reordenamento dos cursos de graduação nas profissões de saúde, com o intuito de articulá-los ao SUS e a seus desafios; introduzir modos de possibilitar aos estudantes das profissões de saúde conhecer o cotidiano da gestão e funcionamento do sistema de saúde; renovar a residência médica e a especialização em saúde. Nesse segundo eixo incluíram-se também discussões acerca das diretrizes orientadas para ampliar a oferta de cursos de formação profissional de nível médio, básica e especializada, e dos desafios interpostos para uma educação permanente dos agentes comunitários de saúde, como profissão regulamentada do SUS. Por fim, a conferência discutiu as formas de melhor realizar a interação entre trabalhadores e usuários do SUS, e entre gestão dos serviços e movimentos sociais, inclusive como meio de educação recíproca, de reconhecimento de necessidades comuns, rumo a formas mais avançadas de controle social (MS/CNS, 2005, p. 31).

Decorridas pouco mais de duas décadas, portanto, da criação constitucional do SUS, e após uma trajetória ainda mais longa de discussões e iniciativas nos terrenos do trabalho e da educação em saúde, é possível identificar inegável avanço nesses domínios. Esse avanço se manifesta na legislação específica, e em outras formas de regulação e de meios operacionais concretos, tais como a disponibilidade de uma rede de escolas técnicas e o funcionamento de vários programas de alcance considerável. Pode-se observá-lo também na própria realização regular das conferências nacionais dedicadas a esses temas, assim como na existência de comissões especializadas junto aos conselhos de saúde, indicando a vigência, ainda que imperfeita, da participação organizada na formulação e avaliação de políticas. É possível registrar também, ao longo desse tempo, progressos importantes na própria composição de uma força de trabalho em saúde mais bem qualificada.

Todavia, a despeito dos inegáveis avanços nessa trajetória, não se pode deixar de registrar as enormes dificuldades do caminho e os desafios à frente. A agenda de questões a serem enfrentadas e as medidas preconizadas para a sua superação têm sido em grande parte reiteradas – atualizadas e repetidas, em um novo formato – ao longo do tempo. Este fato revela que os êxitos têm sido parciais e as resistências à mudança não são de pouca monta. Longe disso. E, em boa medida, essas dificuldades revelam, nesse domínio específico de questões, os desafios interpostos ao próprio processo de consolidação do SUS e de realização da reforma sanitária brasileira.

Ilustrações: Carlos Xavier (Caco)
Revista Ret-Sus, n. 2, out. 2004, p. 1
Acervo RET-SUS

TRABALHAR EM REDE: UM DESAFIO PARA AS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS[1]

Renata Reis, Maria das Graças Dourado Cardoso Tonhá e Martha Pompeu Padoani

A articulação das escolas técnicas do SUS (ETSUS) em rede era um sonho muito antigo, que remonta ao final da década de 1980, época em que a enfermeira Izabel dos Santos, histórica militante da educação profissional em saúde no país, trabalhava como uma das maiores incentivadoras da criação das ETSUS. A vulnerabilidade das escolas técnicas, em sua grande maioria ligadas às secretarias estaduais e municipais de saúde, foi um dos fatores determinantes para a criação da RET-SUS.

Depois de quase um ano de discussão entre representantes de órgãos e instituições como a OPAS e o Ministério da Saúde – através da antiga Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH), do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) –, chegou-se ao formato que ela tem hoje: uma rede institucional, conduzida e mantida pelo Ministério da Saúde, criada pela portaria ministerial n. 1.298, de 28 de novembro de 2000.

Essa iniciativa resultou de esforços anteriores e ocorreu num momento em que foram identificadas várias condições favoráveis ao processo de formação do profissional de nível médio para a saúde no Brasil. Podemos destacar algumas experiências, como o projeto Montes Claros (década de 1970),[2] o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1970 e 1980),[3] o Programa Larga Escala (1980 e 1990),[4] entre outros, em que a combinação de esforços nos planos técnico, científico e político permitiu criar um ambiente propício à organização nacional voltada para a formação de trabalhadores de nível técnico em saúde. A adoção de ações articuladas ampliou de forma significativa os resultados, diante dos desafios contemporâneos para a educação profissional em saúde no país.

Com essa perspectiva, em 1995 teve início um trabalho, em parceria, envolvendo a antiga Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz e dez escolas técnicas do SUS de diferentes unidades da federação, que estabeleceram uma linha de cooperação técnica em resposta às necessidades dos processos de formação de profissionais de nível médio em saúde no país.

O marco dessa parceria foi o Projeto Escola de Nível Médio, que, embora desenvolvido em âmbito limitado e com caráter experimental, estruturou

uma série de atividades cujo eixo condutor era o fortalecimento da Rede de Escolas Técnicas em Saúde do SUS. O projeto voltou-se para ações relacionadas à modernização de processos institucionais e pedagógicos das escolas, com oficinas sobre o sistema de informação/informatização das secretarias escolares, desenvolvimento e implantação de *software* nas secretarias e treinamento das equipes; capacitação dos gestores das escolas para atuarem no contexto de descentralização do sistema de saúde e consolidação do SUS; e capacitação das equipes das secretarias escolares com vistas a garantir a legalidade dos cursos implantados pelas escolas.

Em 1999, o Ministério da Saúde e a representação da OPAS no Brasil desencadearam esforços para implantar a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS), que se destina à produção e difusão de informações, análises e estudos sobre políticas e gestão de recursos humanos, mercado de trabalho, formação e regulação profissional, credenciando a Escola Politécnica da Fiocruz como uma estação de trabalho voltada exclusivamente para o nível médio.

Outro elemento de referência para o desenvolvimento da rede foram os desafios decorrentes da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que estabelece a organização da educação profissional em três níveis – básico, técnico e tecnológico –, obrigando as escolas a adequarem seus projetos de formação às exigências dos novos instrumentos legais do setor educacional.

Izabel dos Santos foi uma das pioneiras na defesa da formação de profissionais de enfermagem de nível médio no país

Revista Ret-Sus, n. 2, out. 2004, p. 4
Acervo RET-SUS

Ilustrações: Carlos Xavier (Caco)

Revista Ret-Sus, n. 21, set. 2006, p. 1
Acervo RET-SUS

10

As escolas técnicas e os centros formadores do SUS

Um projeto educacional avançado no setor de saúde, concretizado nas secretarias de saúde dos estados e municípios, é a criação e funcionamento das escolas técnicas e/ou centros formadores do SUS (ETSUS). O projeto tem como pressuposto a implementação de uma política de formação e qualificação de trabalhadores de nível técnico que responda às demandas regionais e locais, considerando o processo de municipalização, e constitui-se em importante estratégia para a qualificação da atenção à saúde prestada à população e para a valorização profissional dos seus trabalhadores, além de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Esses estabelecimentos de ensino público voltados para a educação profissional do nível técnico na área de saúde têm como referencial teórico-pedagógico o Projeto de Formação de Pessoal de Nível Médio pelas Instituições de Saúde, fruto de acordo entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e Organização Pan-Americana da Saúde (1985). Conhecido como Larga Escala, este projeto apontava para a necessidade de criação de espaços pedagógicos mais estáveis e permanentes, legitimados pelo setor educacional competente, onde pudessem ser desenvolvidos os processos de profissionalização de pessoal já empregado ou em fase de admissão nos serviços de saúde, superando desta maneira o treinamento como um fim em si mesmo e intervindo numa situação problemática, determinada pela baixa qualificação de um universo significativo de trabalhadores para o desempenho de funções nos serviços de saúde.

As ETSUS surgem, então, para reorientar e qualificar o exercício profissional mediante a experimentação de ações e práticas educativas consistentes com a proposta de redemocratização da sociedade brasileira e com os princípios constitucionais do Sistema de Saúde. Estruturadas de forma diferenciada das demais escolas técnicas da rede pública ou privada de ensino, essas escolas possuem algumas características específicas para atender à sua missão institucional: pertencem ao setor público de saúde, a grande maioria tem sede localizada na capital do estado e os processos administrativos e de escrituração escolar são centralizados. Têm autorização do setor educacional para funcionar como escolas de educação técnica de nível médio na área da saúde, e de modo predo-

Material publicitário da Organização Pan-Americana de Saúde. A instituição apoiou numerosas iniciativas para a formação de recursos humanos em saúde no Brasil

Disponível em http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=335

minante iniciaram sua atuação com habilitação em enfermagem, ou oferecendo cursos de formação inicial e continuada em outras áreas estratégicas para o funcionamento do SUS.

Essas escolas implantam os seus processos de educação profissional de forma gradativa, de acordo com as disponibilidades técnicas e financeiras e as demandas dos serviços, uma vez aprovados pelo setor educacional, com execução curricular descentralizada nas unidades de saúde, localizadas nos diversos municípios do interior dos estados.

O corpo discente, formado por adultos, trabalhadores de saúde, com grau de escolaridade heterogêneo, é disperso geograficamente, demandando a descentralização das turmas, o que as torna, na prática, escolas "função", que podem ser deslocadas até o lugar onde reside e trabalha o aluno. O acompanhamento do processo educativo é feito através de supervisões periódicas por técnicos lotados nas escolas. No geral, cada turma descentralizada conta com um coordenador local e uma equipe de docentes (instrutores/supervisores).

As atividades docentes são desenvolvidas por profissionais de nível superior que atuam nas unidades de produção de serviços de saúde, o que, por um lado, facilita a integração ensino-serviço, mas, por outro, requer o desenvolvimento de programas de educação permanente que os capacitem técnica e pedagogicamente para o desempenho de suas funções.

A ETSUS busca o trabalho como princípio pedagógico, considerando que a construção do conhecimento se dá a partir das experiências vivenciadas no desempenho da prática profissional própria de cada ator envolvido no processo pedagógico, de forma reflexiva, respeitando o aluno no seu ritmo de aprendizagem, nas suas crenças, nos seus valores morais, culturais e éticos.

Utilizando como estratégia metodológica a integração ensino-serviço-comunidade, busca-se reorientar e qualificar o exercício profissional, e vencer o desafio de possibilitar uma formação que considere as dimensões técnicas, políticas e sociais que envolvem a saúde, capacitando o aluno para uma atuação com competência técnico-científica e para o exercício pleno da cidadania.

Por serem escolas voltadas para o serviço, a articulação e a parceria constituem-se em elementos indispensáveis para que

Turma do curso de agente comunitário de saúde do Centro de Educação Técnico-Profissional na Área de Saúde (Cetas), em Rondônia

Revista Ret-Sus, n. 28, maio 2007, p. 2
Acervo RET-SUS

10

as ETSUS possam atuar de forma a atender às necessidades de formação profissional de nível técnico, com a resolutividade requerida pelos serviços/unidades de saúde. Os esforços para a manutenção e ampliação desses apoios têm sido constantes, a exemplo dos contratos de cooperação técnico-financeira entre as secretarias estaduais de saúde e o Ministério da Saúde/SGTES, que têm permitido, além de assessoria técnica, o desenvolvimento de projetos de modernização gerencial das ETSUS, por meio de processos de capacitação das suas equipes técnica, administrativa e gerencial, da aquisição de material e equipamentos, e da implantação de sistemas de informação e informatização e de acompanhamento e avaliação.

As escolas mantêm ainda parcerias com secretarias municipais de saúde; unidades e diretorias regionais de saúde; conselhos de saúde; entidades de classe; instituições acadêmicas, secretarias e conselhos de educação, além de intercâmbio constante entre si através da RET-SUS.

Atualmente, a rede é integrada por 36 escolas técnicas e centros formadores localizados em todos os 27 estados da federação. Essas escolas são bastante heterogêneas entre si, tanto do ponto de vista da infraestrutura e capacidade instalada, como da estrutura administrativa e gerencial, oferta de cursos, corpo docente e investimentos materiais e humanos.

Um diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde no ano 2000 apontou algumas fragilidades e potencialidades das ETSUS. Entre as fragilidades, destacamos: baixa visibilidade política, baixo incentivo à produção técnico-científica, insuficiência de recursos humanos e orçamentários, sistema de informação escolar deficiente, falta de instrumento legal para o pagamento de hora-aula e pouca ou nenhuma autonomia financeira.

Por outro lado, o diagnóstico aponta para um grande potencial de expansão dessas escolas; para sua participação em processos e decisões que envolvem a área de recursos humanos; busca de financiamento por meio de acordos de cooperação técnica; capacidade de dar respostas às demandas das secretarias estaduais e municipais de saúde; currículos integrados e organizados para alavancar os serviços; estabelecimento de parcerias com as prefeituras e outras instituições afins; reconhecimento da qualidade dos egressos, evidenciada em resultados de concursos e seleções; assessoria a órgãos competentes de recursos humanos na área de educação técnica de nível médio; capacidade de articulação interinstitucional; capacidade de planejar os cursos de acordo com as necessidades dos serviços, além de coordenar e supervisionar sua execução e avaliar os resultados obtidos nas transformações ocorridas nos serviços de saúde.

Identificamos, hoje, alguns desafios no cenário de atuação dessas escolas, que passam fundamentalmente pela conquista de maior estabilidade e autonomia no interior da estrutura administrativa dos estados e municípios. São eles:

- Maior integração com os conselhos de saúde, com representantes da sociedade civil organizada e com conselhos e entidades de classe, sobretudo para definição dos perfis de competência profissional e dos processos de construção/adequação dos projetos políticos pedagógicos das escolas;
- Investir na reflexão crítica das práticas educativas, na produção e circulação do conhecimento técnico-científico, em pesquisa e atividade de extensão;
- Identificar novas habilitações necessárias ao SUS, diversificando a oferta de cursos, a exemplo da qualificação profissional dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de vigilância em saúde, dos técnicos de análises clínicas, hemoterapia, citotécnico;
- Expandir a oferta de cursos na área de saúde bucal que possam atender as demandas das equipes do Programa de Saúde da Família;
- A grande maioria das escolas não são unidades dotadas de orçamento próprio, o que dificulta, e muitas vezes impede, a realização de suas atividades regulares.

Ilustrações: Carlos Xavier (Caco)
Revista Ret-Sus, n. 8, maio 2005, p. 1
Acervo RET-SUS

Um dos desafios das ETSUS é a ampliação da oferta de cursos na área da saúde bucal
Ilustração: Carlos Xavier (Caco)
Revista Ret-Sus, n. 4, dez. 2004, p. 6
Acervo RET-SUS

10

Um dos objetivos do trabalho desenvolvido pelas ETSUS é a qualificação profissional dos alunos para atuação junto às comunidades. Na foto, agentes comunitários formados pela ETSUS de Sergipe participam de reunião com moradores de Canindé de São Francisco (SE)

Revista Ret-Sus, n. 25, jan-fev 2007, p. 2
Acervo RET-SUS

Reunião do Conselho do Distrito Sanitário Indígena (CDSI) do Leste de Roraima. A ETSUS do estado participa da entidade juntamente com representantes de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde

Revista Ret-Sus, n. 24, dez. 2006, p. 10
Acervo RET-SUS

Escolas Técnicas

Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (AC)
Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora (AL)
Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra (AM)
Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza (AP)
Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (BA)
Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (CE)
Escola Técnica de Saúde de Brasília (DF)
Núcleo de Educação e Formação em Saúde (ES)
Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás (GO)
Escola Técnica de Saúde do SUS Drª Maria Nazareth Ramos de Neiva (MA)
Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (MT)
Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão (MS)
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)
Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental da Unimontes (MG)
Centro Formador de Recursos Humanos (PB)
Escola Técnica do SUS Dr. Manuel Ayres (PA)
Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha (PR)
Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco (PE)
Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez (PI)
Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (RJ)
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (RJ)
Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr Manuel da Costa Souza (RN)
Escola de Educação Profissional em Saúde do Rio Grande do Sul (RS)
Centro de Educação Técnico-Profissional na Área de Saúde (CETAS/RO)
Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima (RR)
Escola de Formação em Saúde (EFOS/SC)
Escola Técnica de Saúde de Blumenau (SC)
Centro Formador de Osasco (SP)
Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para Área da Saúde de São Paulo (SP)
Centro Formador de Pessoal para a Saúde Franco da Rocha (SP)
Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara (SP)
Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis (SP)
Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde – Escola de Auxiliar de Enfermagem (SP)
Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SP)
Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe (SE)
Escola Técnica de Saúde do Tocantins (TO)

O trabalho em rede

Redes são espaços onde compartilhamos notícias e buscamos saber o que se passa com os outros. A ideia de rede compreende a de mobilização de um conjunto de pessoas, projetos, instituições, associações, organizações e outros atores que participam da tarefa de promover o desenvolvimento de um determinado campo temático e de estabelecer relações entre si e com a sociedade.

A RET-SUS está balizada por alguns princípios, como ênfase no trabalho colaborativo que funcione a partir de negociação com instâncias políticas; democratização do saber; troca de tecnologias; estímulo à cooperação entre pares, com potencialização das vocações e respeito ao desenvolvimento de cada grupo. Desta forma, a rede "deve preocupar-se em apoiar a constituição de identidade de grupos que sustentam a diversidade de projetos individuais e coletivos, capazes de potencializar-se entre si e, ao mesmo tempo, cumprir com um processo técnico-político no campo da saúde" (Granda, 1996, p. 1).

Portanto, sua operacionalização é uma construção permanente de possibilidades de intercâmbio que facilitem o desenvolvimento de competências, a circulação de informações e a promoção e permuta de novas tecnologias no campo da educação profissional em saúde (Teixeira, 1995). Sua condução deve explorar a capacidade associativa histórica do setor de saúde e as estratégias de atuação em parceria, estimulando a mobilização e circulação de atores que promovam a formulação de projetos e a produção e disseminação de tecnologias e resultados favoráveis.

A perspectiva problematizadora e de realização de negociações[5] deve permear as ações da rede, de onde emergem consensos e controvérsias indispensáveis ao andamento das políticas de educação profissional em saúde, e que facilitam a estruturação de uma sólida capacidade instalada necessária aos desafios contemporâneos dos setores de saúde e educação no Brasil, alimentando o campo da produção de conhecimentos e ampliando as possibilidades de inovações, em um ambiente de questionamento produtivo e de renovação de temáticas e saberes.

Os aspectos institucionais da constituição da Rede de Escolas Técnicas do SUS são igualmente importantes, já que, além das características mais amplas do trabalho em rede, a proposta de construção da RET-SUS articula um conjunto de instituições que estabelecem e desenvolvem processos de parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e a OPAS, onde transitam fluxos de interdependência com direções e sentidos previstos em um plano de trabalho formalizado.

Algumas considerações

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A educação permanente é o conceito pedagógico no setor da saúde que busca efetuar relações orgânicas entre ensino e serviços, e entre docência e atenção à saúde, no sentido da maior articulação do sistema de saúde com as instituições formadoras.

A consolidação da PNEPS implica, necessariamente, o fortalecimento das ETSUS. Essas escolas desempenham um papel fundamental no país por serem o lócus de profissionalização dos trabalhadores

de nível técnico e por sua interlocução com a rede de serviços de saúde, tornando-se espaços potenciais de articulação dos processos formativos com as propostas de organização dos serviços da atenção à saúde.

O trabalho em rede de articulação e integração das ETSUS tem funcionado como um ponto de apoio para promover a troca de experiências, projetos, currículos, tecnologias e modelos de gestão, na tentativa de transformar esforços isolados em movimentos articulados de colaboração e ajuda mútua.

Devemos reconhecer que, no decorrer desse trabalho, ainda há muito que ser feito para, de fato, podermos trabalhar em rede. Por ora, é possível identificar alguns obstáculos que precisam ser superados para que as ações da rede sejam fortalecidas, em busca de maior visibilidade e vínculo com os atores que a integram, e reafirmando seu compromisso de auxiliar na construção permanente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em sua estrutura atual, a rede tem uma Comissão de Coordenação-Geral, presidida pela Coordenação de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O papel dessa comissão de coordenação é fazer a condução político-administrativa e atuar como um espaço de pactuação e definição de diretrizes e estratégias para sua execução. A comissão é a propositora e facilitadora de atividades e elementos de apoio às ações desenvolvidas pela RET-SUS, buscando fontes de financiamento para dar sustentabilidade à rede e suas atividades.

A definição de um programa anual que considere o avanço da produção científica e tecnológica, o contexto das políticas de saúde, as demandas do SUS, incorporando ainda uma perspectiva de avanço teórico-metodológico do campo da educação profissional em saúde, é uma última atribuição dessa comissão. Este programa é referendado no encontro anual da Rede.

A Rede tem reunido esforços para sistematizar e divulgar informações sobre produtos desenvolvidos pelas ETSUS e contribuir para a construção e implementação de novas relações entre as escolas, ampliando a capacidade de ausculta e diálogo entre as experiências da Rede. Mas isto ainda não é suficiente para que as escolas incorporem a cultura do trabalho colaborativo como algo presente em seu cotidiano.

A situação de vulnerabilidade das ETSUS no interior das secretarias de saúde dos estados e municípios aos quais estão ligadas, aliada à reduzida visibilidade e capacidade de execução orçamentária, as impede de ampliar sua eficácia

Edição da *Revista Brasileira Saúde da Família* com matéria de capa sobre educação permanente em saúde

Revista Brasileira Saúde da Família, n. 10, abr-jun 2006
Acervo Ministério da Saúde

em termos de infraestrutura e de composição de uma equipe de trabalho com quadros fixos e permanentes de profissionais.

A maioria dessas escolas, embora dotada de grande potencial para contribuir na formulação de uma política de formação e qualificação de trabalhadores de nível técnico para o SUS nos estados, fica restrita à execução de cursos.

Para consolidar o trabalho em rede, é necessário que essas escolas se tornem instituições sólidas, com flexibilidade administrativa e financeira, superando a luta pela sobrevivência institucional que tem ocupado todos os espaços e esforços, para produzir um conhecimento sistematizado sobre educação profissional em saúde, com capacidade de desenvolver pesquisas e tecnologias educacionais em saúde.

O grande desafio para a RET-SUS é fortalecer a natureza de seus vínculos. Partindo do pressuposto de que somos uma rede, é necessário considerar como e para que nos conectamos uns com os outros, como e para que nos relacionamos.

A unidade básica dos elos de uma rede é a relação entre os sujeitos que a compõem. É preciso estar aberto para o outro, reconhecer que o outro existe, e este reconhecimento implica aceitar e lidar com suas diferenças. Neste aspecto, a autonomia é uma das bases da lógica de redes. A construção tem de ser voluntária. Quando as instituições querem começar a trabalhar em rede, em vez de reduzirem a sua autonomia, a aumentam.

De acordo com Mario Rovere, "as pessoas que têm um comportamento burocrático, que sentem que não controlam seus próprios serviços, não estão dispostas a trabalhar em rede porque têm a sensação de que nada podem decidir. Para poder entrar em rede, há que se ter a sensação de que há coisas que se pode decidir, que se pode colaborar, é dizer que tem que ter autonomia" (Rovere, 1998, p. 38).

A partir do momento em que reconhecemos o outro como par, como um interlocutor válido, começamos a necessitar do conhecimento que o outro tem. O trabalho colaborativo deve ser uma ajuda espontânea. Trabalhar de forma integrada, partindo do pressuposto de que existem problemas que são comuns e podem ser solucionados coletivamente.

10

Alunos da Escola Técnica de Saúde do Tocantins durante estágio supervisionado do curso técnico em higiene dental

Revista Ret-Sus, n. 3, nov. 2004, p. 10
Acervo RET-SUS

Alunos do Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis (SP) durante aula prática do Curso de Vigilância Sanitária e Epidemiológica

Revista Ret-Sus, n. 7, abr. 2005, p. 2
Acervo RET-SUS

Números da *Revista Ret-Sus* com matérias de capa sobre os encontros anuais da Rede
Acervo RET-SUS

Ilustrações: Carlos Xavier (Caco)
Revista Ret-Sus, n. 34, jan-fev 2008, p. 1
Acervo RET-SUS

Notas

[1] Texto revisto e atualizado do originalmente publicado na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2, n. 1, p. 315-333, 2004.

[2] Iniciado em 1974 no norte de Minas Gerais, é considerado o fundador do movimento sanitário no Brasil. Responsável pela implantação de uma extensa rede pública de serviços e pela constituição de um pensamento crítico de caráter contra-hegemônico.

[3] O PIASS foi implementado em 1976, e buscou expandir a cobertura de serviços de saúde no interior do país com base na regionalização da assistência, desconcentração dos serviços, descentralização das decisões e da hierarquização da rede de unidades de saúde.

[4] O Projeto Larga Escala constituiu-se em uma estratégia de formação de recursos humanos para o setor de saúde na década de 1980, e teve como objetivo principal qualificar profissionalmente pessoal de nível médio e elementar que já atuava nos serviços públicos de saúde e que não tivera oportunidade de escolarização anterior.

[5] "A construção de tecnologias envolve uma sucessão de micronegociações entre forças aliadas e oponentes, cuja correlação se altera permanentemente. A inovação depende, em parte, da capacidade e habilidade dos atores para atuarem em situações contingenciais, mobilizando aliados, atraindo novas competências, interagindo com equipes, permutando dados e criando fatos novos, consolidando sua posição em seu campo de atuação" (Teixeira,1995, p. 12).

Referências bibliográficas

Trabalho e educação em saúde: uma agenda em construção

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Termo de referência: II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v. 1, n. 3, nov. 1993.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Termo de referência: II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v. 1, n. 3, nov. 1993.

CADRHU. Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde. Brasília: OPAS, 1991 (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, 3).

PIRES-ALVES, Fernando & PAIVA, Carlos Henrique A. *Recursos críticos*: história da cooperação técnica OPAS-Brasil em recursos humanos para a saúde (1973-1988). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Trabalhar em rede: um desafio para as escolas técnicas do SUS

BRITTO, Jorge. *Redes de firmas*: *modus operandi* e propriedades internas dos arranjos interinstitucionais cooperativos. Rio de Janeiro: Faculdade de Economia e Administração da Universidade Federal Fluminense, mai.1996 (mimeo).

ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Projeto Escola. Relatório 1995-1997 (mimeo).

GRANDA, Edmundo. *Algunas ideas sobre la organización de redes en salud*. Quito: Corporación Utopía, 1996 (mimeo).

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. *Boletín de la RETS de Escuelas Técnicas en Salud*, n. 1, Costa Rica, 1996; n. 5, México, 1996. Serie Desarrollo de Recursos Humanos.

_____. *El desarrollo de técnicos en salud*: un desafio para a calidad. Washington, D.C.: PAHO, c 1999.

RED DE ENFERMERÍA DE AMÉRICA LATINA (REAL). Boletín n. 1, nov. 1993 (mimeo).

ROVERE, Mario. *Redes – hacia la construcción de redes en salud*: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte e Secretaria de Salud Publica, 1998.

TEIXEIRA, Márcia. Algumas considerações sobre o papel das relações de parceria entre centros de pesquisa e a construção de tecnologias no setor energético. Rio de Janeiro, 1995 (mimeo).