



Ministério da Saúde

FIUCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

RELATÓRIO FINAL DO PROJETO 630

Subprojeto:

Material Multimídia de Educação Profissional em Saúde

Novembro, 2009

Organização

Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS)
Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS)
Observatório História e Saúde (OHS)/ Casa de Oswaldo Cruz

Coordenação geral

Ialê Falleiros Braga
Pesquisadora do OTS/LATEPS

Carlos Fidélis Ponte
Pesquisador do OHS/Casa de Oswaldo Cruz

Pesquisa de imagens

Marcela Alves Abrunhosa

Apoio à Gestão do Projeto

Josiane Ribeiro Silva
Assistente de Gestão Educacional do LATEPS

Este projeto foi financiado com recursos do Ministério da Saúde, no âmbito do Plano Diretor para o Biênio 2007-2009 da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, com apoio da Organização Panamericana de Saúde

SUMÁRIO

Introdução	4
I. Textos-base: “Na corda bamba de sombrinha: a saúde pública no fio da história”	6
1. Saber Médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial	7
Purgando açúcar, pecados e doenças: a herança colonial	9
A sociedade luso-brasileira, suas doenças e condições sanitárias	11
Regulamentação sanitária	13
A Irmandade da Misericórdia: assistência médica como caridade	15
Saber erudito e saber popular na medicina colonial	17
A medicina acadêmica e a produção da carta nosográfica do Império	20
O programa de pesquisa da Geografia Médica	21
Reinventando a patologia brasileira	24
Conclusão	29
2. Uma nova saúde pública entra em campo	30
O Brasil no final do século XIX	30
A revolução pasteuriana	34
O encontro de uma geração: uma nova saúde pública entra em campo	34
Mudanças na capital da República	36
A Revolta da vacina	39
O Sanitarismo (Re) Descobre o Brasil	41
A Liga Pró-Saneamento do Brasil e a criação do Ministério da Educação e Saúde	44
Tempos de guerra: o campanhismo entra em cena	46
O campanhismo como modelo	47
Críticas ao modelo campanhista	48
3. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?	50
Entre a saúde pública e a medicina previdenciária	50
Retração da saúde pública e expansão da medicina previdenciária	53
A criação do Ministério da Saúde	54
4. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura	55
Política econômica e alterações nos quadros epidemiológico e sanitário do país	56
A saúde como mercadoria: um direito de poucos	61
A saúde pública agoniza	64
5. A luta pela redemocratização do país: o Coração do Brasil bate nas ruas	67
O projeto de distensão “lenta, gradual e segura” do “ditador da abertura”	67
A praça é do povo: ampliação da arena política, movimentos sociais e luta pela redemocratização	68
“É para abrir mesmo, quem quiser que não abra eu prendo e arrebento”: a “distensão controlada” do General Figueiredo (1979–85)	70
6. As Ciências Sociais no Campo da Saúde: novos olhares sobre a saúde e a doença	74
Pós-Guerra, Estado do Bem-Estar e Desenvolvimento	74
Ciência, técnica e fragmentação da saúde	77

Medicina Preventiva	80
Medicina Comunitária	81
Medicina social e saúde coletiva	82
Alma-Ata, Cazaquistão, 1978: a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde	83
7. O desafio do planejamento: a noção de saúde como sistema integrado	87
O planejamento no campo da saúde: atores institucionais, propostas e repercussão na organização da assistência médica e na formação profissional em saúde	87
A organização da rede assistencial nos anos de 1970	91
O Par Saúde-Democracia como bandeira de luta dos Movimentos Populares na Saúde	91
O Movimento Sanitarista recobra o fôlego	94
8. A Crise do Estado Brasileiro e a Criação do SUS: o sistema de saúde em formação	95
A crise de financiamento do estado brasileiro	95
Uma proposta de universalização do atendimento médico em plena crise	96
O tema da atenção primária em saúde	97
9. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde	99
Princípios doutrinários e organizacionais do Sistema: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização, participação comunitária e regionalização	100
Referências Bibliográficas	101
II. Vídeo-documentário: “Saúde, trabalho e educação na visão de personagens históricos envolvidos na constituição do SUS”	105
Apresentação	106
ANEXO	
Vídeo-documentário em DVD	

INTRODUÇÃO

O objetivo deste projeto foi elaborar um material multimídia acerca da história da saúde, do trabalho e da formação profissional na área para apoiar o processo formativo dos técnicos em saúde. O Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS), vinculado ao Laboratório do Trabalho e da Educação em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em parceria com o Observatório História e Saúde (OHS) da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, desenvolveu atividades tendo em vista essa elaboração, constituindo uma equipe de trabalho composta por pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e da Casa de Oswaldo Cruz, bem como com profissionais do Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde (NUTEd-EPSJV), para confecção dos textos e do vídeo-documentário que compõem o material multimídia.

Nesse sentido, o relatório final que segue divide-se em duas partes: I. Textos-base: “Na corda bamba de sombrinha: a saúde pública no fio da história”; e II. Vídeo-documentário: “Saúde, trabalho e educação na visão de personagens históricos envolvidos na constituição do SUS”.

A pesquisa de fotografias, pinturas, charges e também de imagens em movimento para subsidiar o material foi realizada nos acervos da biblioteca de Manguinhos, Casa de Oswaldo Cruz (COC), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), bem como Radis, Vídeo-Saúde Distribuidora e Canal Saúde (todos estes acervos da Fundação Oswaldo Cruz). Foi realizada também pesquisa e coleta de imagens nos acervos da Biblioteca Nacional, Arquivo Nacional, CPDOC/FGV, Banco de Imagens da UFRJ, Arquivos da Radiobrás, Câmara dos Deputados e Senado Federal.

A parceria com o Observatório História e Saúde nos permitiu ampliar o escopo deste projeto, na medida em que os resultados obtidos a partir dele se materializarão numa exposição e na publicação dos textos produzidos e imagens reunidas no primeiro semestre de 2010. Nesse sentido, o vídeo-documentário, o livro e a exposição propõem apresentar uma síntese dos saberes e práticas ligados à saúde desenvolvidos ao longo da história do Brasil, recuperando o processo de constituição de uma saúde pública no país. O tema central de discussão em todos esses materiais é a constituição e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, enfocando a saúde, o trabalho e a formação profissional ao longo desse processo. Os

textos-base contêm uma breve história da Saúde Pública brasileira desde os seus primórdios até os dias atuais, abordando a saúde como uma dimensão da vida humana e social que transcende os aspectos puramente médicos e biológicos, a partir da apresentação de um panorama histórico para a constituição de percepções mais abrangentes e críticas da trajetória e dos problemas da Saúde Pública em nosso país. A finalidade é, através do panorama da saúde apresentado, estimular a reflexão e propiciar uma maior presença desses temas no cotidiano da educação profissional em saúde.

I. Textos–base: Na corda bamba de sombrinha: a saúde pública no fio da história

Pesquisa e Texto

Ana Lúcia de Moura Pontes

Doutoranda em saúde pública pela ENSP/Fiocruz. Mestre em Saúde Pública - subárea Saúde e Sociedade - pela ENSP/Fiocruz (2005), é professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz.

André Vianna Dantas

Doutorando em Serviço Social pela UFRJ. Mestre em Memória Social pela UFRJ (2004), é assessor da Vice-Direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da EPSJV/Fiocruz e coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da mesma instituição.

Carlos Henrique Assunção Paiva

Doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; com pós-doutorado em Sociologia da Saúde pela mesma instituição. É pesquisador do Observatório História e Saúde da COC/Fiocruz.

Carlos Fidélis Ponte

Doutorando em Políticas Públicas e Estratégias de Desenvolvimento pelo IE/ UFRJ. Mestre em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz (1999), é pesquisador do Observatório História e Saúde da COC/Fiocruz.

Felipe Rangel de Souza Machado

Doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Mestre em Saúde Coletiva pela mesma instituição (2006), é professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz.

Fernando Pires Alves

Doutorando em História das Ciências e da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Casa de Oswaldo Cruz. Mestre em História das Ciências e da Saúde pela mesma instituição (2005), é tecnologista da COC/Fiocruz, onde coordena o Observatório História e Saúde.

Flávio Coelho Edler

Doutor em Saúde Coletiva pela UERJ (1999), com doutorado (sanduíche) na Faculté de Médecine Necker - U-152 do INSERM (1998). É pesquisador da COC/Fiocruz.

Gustavo Correa Matta

Doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ (2005). É pesquisador da EPSJV/Fiocruz.

Ialê Falleiros Braga

Doutoranda do programa de Saúde Pública da ENSP/Fiocruz. Mestre em Educação pela UFF (2004), é professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz.

José Roberto Franco Reis

Doutor em História Social do Trabalho pela Universidade Estadual de Campinas (2002). É professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz.

Júlio César França Lima

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da UERJ. Mestre em Educação pela FGV-RJ, é professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz.

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Doutora em Psicologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2006). É professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz.

Renata Reis Cornélio Batistella

Mestre em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz (1999). É professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz.

1. Saber Médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial

Neste primeiro segmento, analisamos as estratégias políticas e discursivas de legitimação desenvolvidas pela medicina clássica no contexto luso-brasileiro (1500-1822), e por sua herdeira simbólica, a medicina acadêmica do período do Brasil Imperial (1822-1889). Em ambos os contextos, o sofrimento emocional e físico e os cuidados dispensados ao doente foram um campo marcado por conflitos sociais, onde conhecimentos, habilidades, instituições e práticas terapêuticas eram constantemente providos e contestados por vários grupos, desde familiares e curandeiros comunitários até médicos profissionais. No período colonial – estudado na primeira parte – esclarecemos em que medida as regalias conferidas às instituições médicas oficiais esbarravam no pragmatismo das autoridades locais, mais preocupadas com a otimização da exploração econômica e do recolhimento fiscal do que na defesa dos interesses corporativos dos escassos representantes da arte médica. Já no período que se segue à independência política (1822) – discutido na segunda parte do artigo – damos destaque à análise do processo pelo qual as lideranças médicas brasileiras, informadas pela Higiene e pela Medicina Hospitalar francesas construíram as bases de sua autoridade profissional face às instituições médicas européias modelares.

Ressalta-se aqui o papel ativo da elite médica imperial em apropriar-se do instrumental teórico da medicina européia tendo como escopo a produção de um conhecimento médico original sobre a patologia do Império tropical. Dois outros aspectos correlatos desse mesmo processo serão abordados: as tentativas de neutralizar, desautorizar e circunscrever a herança médica legada pelas instituições e práticas terapêuticas (populares ou eruditas) do período colonial¹ e; a produção de uma pauta higienista voltada à solução dos problemas sanitários das principais cidades e portos, em

¹ Sobre a desautorização dos terapeutas populares na primeira metade do século XIX, ver PIMENTA, T. S. “*Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX*”, in Sidney Chalhoub et al. Artes e Ofícios de curar no Brasil, Campinas, Ed. Unicamp, 2003, p. 307-30. Sobre a impopularidade da medicina acadêmica, no mesmo período, ver FERREIRA, L. O. “*Medicina Impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840)*” in Sidney Chalhoub et al. Artes e Ofícios de curar no Brasil, Campinas, Ed. Unicamp, 2003, p. 101-22. Uma avaliação mais extensa das relações conflituosas entre cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros, no século XIX, na província de Minas Gerais, ver FIGUEIREDO, B. G. A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais, Rio de Janeiro, Vício de Leitura, 2002.

consonância com as estratégias dos construtores do Estado Imperial, no sentido de afirmar as bases de seu poder territorial e impor a ordem senhorial numa sociedade rigidamente hierarquizada².

Em 1822, o Brasil emancipou-se politicamente de Portugal. A luta pela independência alcançara nova dimensão com a súbita transferência da Corte portuguesa para a sua colônia americana, em 1808, em fuga das tropas napoleônicas. Tal acontecimento teve enormes conseqüências para a construção de instituições médicas em bases nacionais. Nunca até então, a cidade do Rio de Janeiro, capital da colônia, experimentara tantas transformações em sua fisionomia. O fim do monopólio comercial português, com a abertura dos portos às “nações amigas”, em janeiro de 1808, que beneficiou principalmente a Inglaterra, foi um dos primeiros atos a ter forte impacto modernizador. Com a frota portuguesa, desembarcaram uma máquina impressora, os arquivos do governo e várias bibliotecas que formariam a base da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro. Esboçou-se, então, certa agitação cultural, com o acesso aos livros antes proibidos, e uma relativa circulação de idéias. Além de imigrantes de várias nações européias, que viriam formar uma classe média de profissionais e artesãos qualificados, chegaram ao Brasil cientistas e artistas estrangeiros. A capital concentrou ainda instituições científicas como a Academia Real-Militar, que daria origem à Escola Politécnica do Rio de Janeiro (1874), o Real Horto (1808), mais tarde denominado Jardim Botânico, concebido como local de aclimação de plantas de origem africana ou asiática, o Gabinete de Mineralogia (1810) seria o núcleo do Museu Imperial (1818). Em 1812, criou-se o Laboratório Químico Prático, onde eram preparados os candidatos à habilitação profissional para as boticas, até a criação dos cursos de Farmácia (1832).

A organização profissional e a regulamentação do ensino médico no Brasil, como atividades diversas daquelas praticadas por barbeiros sangradores, práticos e curandeiros, iniciou-se, assim, apenas no século XIX. Nessa ocasião, D. João VI, transformado em refém de sua própria trincheira, iniciava uma série de reformas de cunho liberal. No tocante à medicina, criou dois cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro (1808), pondo término à era dos físicos e cirurgiões formados exclusivamente na Europa. Iniciava-se, assim, uma forte tradição

² Os trabalhos mais significativos sobre o tema da medicalização da sociedade imperial são os de MACHADO, R. et al. *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978 e COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*, Rio de Janeiro, Graal, 1979, Outras abordagens sobre a construção do poder profissional dos médicos e sua relação com o Estado Imperial estão referidas em EDLER, F. C. “*A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico*”, *Asclépio*, vol. L – 2, 1998, p. 169-86.

clínica marcada pela figura do médico-de-família que atuava, ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista. Em 1832, as duas Academias Médico-Cirúrgicas foram transformadas em Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. O mesmo decreto instituía os cursos de Medicina, Farmácia e de Partos. O figurino das novas faculdades seguia o modelo francês, conforme orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829-1835) - embrião da Academia Imperial de Medicina (1835-1889).

A conformação das instituições médicas, durante o período imperial (1822-1889), foi marcada por uma série de iniciativas que inauguraram profundas mudanças no panorama da assistência médica, da legislação sanitária, da formação profissional e no modo de produção e validação do conhecimento médico sobre as condições de saúde no Império tropical. As repercussões dessas transformações, no relacionamento com as instituições médicas européias, no contexto da partilha colonial da África e da Ásia, serão discutidas na segunda parte deste seguimento. Na primeira parte, apresentaremos alguns aspectos determinantes da prática médica colonial.

Purgando açúcar, pecados e doenças: a herança colonial

Os estudiosos do período colonial, que se estende dos séculos XVI ao XVIII, 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 alcançou 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.

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. Conforme o projeto metropolitano, enquanto a “medicina da alma” deveria ser ministrada por padres, integrantes do clero secular ou das ordens religiosas, e se dirigiria à limpeza e expiação dos elementos nocivos e diabólicos, aos físicos, 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 os jesuítas - os primeiros e mais influentes missionários 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 possuíam razão, por não conhecerem Deus. Conforme 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 colonos³”. 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 sincréticas e multifacetadas, 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 e pela rigorosa legislação sanitária lusitana expressa em Cartas Régias ou pelas Ordenações Filipinas, contrastava fortemente com as tênues fronteiras culturais que agrupavam, num mesmo campo semântico, práticas terapêuticas, benzeduras, feitiços, encantamentos e adivinhações. Feiticeiras e curandeiros eram requisitados para resolverem ampla gama de problemas ligados a tensões e conflitos cotidianos onde a cura terapêutica e a neutralização de feitiços possuíam um mesmo significado simbólico: a restauração de uma harmonia rompida.

³ SOUZA, Laura de Mello e. O diabo na terra de Santa Cruz., São Paulo, Companhia das Letras, 1994, p.70.

A sociedade luso-brasileira, suas doenças e condições sanitárias

Quando os portugueses aqui chegaram, em 1500, encontraram uma população indígena, seminômade, pouco heterogênea em termos culturais e lingüísticos. Tupi-guaranis, tapuias, goitacazes, aimorés e outras etnias se dispersavam pelo litoral e interior. Dentre as doenças que sofriam os indígenas, no início da colonização do Brasil, o historiador Lourival Ribeiro⁴ 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. Este período foi marcado pela exaltação da natureza brasílica. 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 indígena⁵. Os índios foram vítimas de doenças como sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, febre tifóide, malária, disenteria, gripe, trazidas pelos colonizadores europeus, para as quais não tinham defesa imunológica. Junto com os escravos africanos, aportou também um novo tipo de malária em solo americano.

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 Portuguesa⁶. No auge da produção aurífera, em meados do século XVIII, a população escrava correspondia a três quartos

⁴ Lourival Ribeiro, *Medicina no Brasil colonial*, Rio de Janeiro, Ed. Sul Americana, 1971, p. 187.

⁵ Silva, Maria B. N. da “A cultura implícita” in Frédéric Mauro (org.) *O império luso-brasileiro (1620-1750)*, Lisboa, Editorial Estampa, 1991, p. 265-365.

⁶ Idem, *ibidem*, p. 283-93.

dos habitantes das Minas e os riscos para a saúde dos escravos foram aumentando com a gradativa complexidade do trabalho, na busca do ouro que escasseava. No *Erário Mineral* - farmacopéia escrita pelo cirurgião Luis Gomes Ferreira após larga experiência terapêutica na região mineradora – registra-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, cafuzos que viviam na base da pirâmide social⁷.

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 importa qual a posição social ocupada. Está claro que barnabés, mascates, artesãos, oficiais mecânicos, carreiros, feitores, capangas, soldados de baixa patente, mendigos e pobres sitiados 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

⁷ Edler, F. C. “Boticas e boticários no Brasil Colonial” in Flavio Coelho Edler (org.) Boticas e Pharmacias: uma história ilustrada da farmácia no Brasil, Rio de Janeiro, Casa da Palavra, 2006.

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. Os jesuítas ao chegarem no Brasil 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 européia 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-boticário se instalaram no Brasil no Seiscentos e outros trinta no século XVIII. As farmácias dos conventos teriam contribuído para a penúria dos boticários laicos. Pelas mãos dos jesuítas, a *Triaga Brasília*, uma panacéia 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 Misericórdia⁸.

Regulamentação sanitária

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 dentre os encargos da função a regulamentação do exercício da medicina e cirurgia através 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.

⁸ MARQUES, Vera R. B. Natureza em boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista, Campinas, Ed. Unicamp, 1999.

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. 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 comprovassem 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 súditos⁹.

Até à 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 aos estados da América. Todo o dispositivo legislativo, que procurava fazer a Fisicatura próxima e presente através de um pesado aparato burocrático e as constantes queixas sobre o arbítrio dos comissários revela que a preocupação central da coroa era com o fisco. A administração da justiça na área médica esmerava-se, então, tanto em fiscalizar os fiscalizadores quanto em punir os infratores.

Entretanto, a não observância do Regimento da Fisicatura parece ter sido a norma nos tempos coloniais¹⁰. 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 do alvará real de 1561 proibir-lhes de preparar e vender drogas, manipularam e venderam suas próprias receitas. Se os cirurgiões

⁹ Machado, R. et al. Op. Cit. p.20-43.

¹⁰ Idem, ibidem, p. 29.

curavam de medicina e os médicos aviavam suas receitas, os boticários receitavam por conta própria ou a pedido de curandeiros¹¹.

Não se limitava ao controle das atividades mercantis a sanha legislativa da metrópole. 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 à valorização dos produtos naturais da América Portuguesa e às pesquisas em história natural, já era patente o interesse da Coroa pelos vegetais que possuíssem utilidade médica¹².

A Irmandade da Misericórdia: assistência médica como caridade

Outra poderosa tradição que atuou na conformação da cultura médica heteróclita que marcou o período colonial proveio do catolicismo português, através do clero regular e das ordens e confrarias religiosas.

Como já observamos, não foram poucas as doenças e epidemias que atacavam os colonos e o restante da população indígena e negra. Varíola, disenteria, malária, febres tifóides e para-tifóides, 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 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 face à 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 restrito apenas a praticantes treinados. A fé cristã enfatizava que o cuidado e a cura deveriam ser uma

¹¹ Marques, Vera R. B. Op. Cit., cap. III.

¹² WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Gomes Ferreira e os símplices da terra: experiências dos cirurgiões no Brasil-Colônia. In FERREIRA, Luis Gomes, Erário Mineral (org. Júnia Ferreira Furtado) Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2002, p. 112-3.

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 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 solicitavam a intervenção dos santos. Cada qual segundo sua especialidade. Uma procissão diária nas cidades coloniais era a do viático, levado 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 face à morte, gosto da ostentação e exibição de uma posição social numa sociedade rigidamente estratificada, as confrarias foram também garantia de cuidados aos doentes e missas póstumas para o conforto da alma. A confraria mais antiga do Brasil era a da Misericórdia, que inspirada nos compromissos corporais, 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 menos com seus hospitais do que com as festividades religiosas, a instituição vivia em pobreza¹³. Em geral a terapêutica ministrada em seus hospitais se resumia a uma alimentação a base de canja de galinha, sangrias e purgas realizadas por barbeiros, sangradores e, quando em aperto financeiro,

¹³ RIBEIRO, Lourival. *Medicina no Brasil Colonial*, Rio de Janeiro, Ed. Sul Americana, 1971, p. 40-1 e Russell-Wood, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775*. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1981.

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 de 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 um outro 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 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 de origem judaica, não ocupavam uma posição de relevo na sociedade até a metade do séc. XVIII, quando, já formados em universidades européias e membros de academias literárias e científicas, passaram a alcançar uma posição mais privilegiada. Trabalhavam muitas vezes gratuitamente e seus ganhos financeiros não eram igualmente vantajosos, fazendo com que muitos destes profissionais saíssem em busca de clientes em outras localidades. Adotavam para orientar suas receitas as farmacopéias européias destacando-se os tratados de plantas medicinais e as coleções de receitas de 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 Exame* para

habilitá-los ao exercício de seu ofício. Os barbeiros geralmente eram portugueses e castelhanos, muitos deles cristãos-novos, sendo que 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, eram compartilhadas como recurso terapêutico, embora possuindo um significado distinto para ambas as culturas. Enquanto a sucção ou sopro dos espíritos malignos, a fumigação pelo tabaco, os banhos, fricções com cinzas e ervas aromáticas e o jejum ritualístico, eram desprezados como elementos bárbaros, a teoria das assinaturas, própria à episteme clássica¹⁴, que supunha existir, radicado em cada região, o antídoto das doenças do lugar, autorizava a assimilação da farmacopéia empírica popular. Se em ampla variedade de aspectos o saber erudito e o popular eram indissociáveis na experiência dos distintos extratos 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". Nesta tarefa encontravam o apoio da Igreja e das Ordenações do Reino.

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), clisteleiras (aplicadoras de clisteres) oficiavam uma arte mecânica e servil, enquanto o físico, de formação dogmática e doutrinal possuía honras de nobres, com direito a homenagens e uso de armas e sedas – ornamentos simbólicos distintivos da imagem pública do valor nobiliárquico. Dentre os

¹⁴ Foucault, M. As palavras e as coisas – uma arqueologia das ciências humanas, São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1999, Cap. II.

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 ao trabalho do cirurgião e sobre o preparo e venda de medicamentos. Os físicos deveriam supervisionar o preparo de todas as mezinhas 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, somente 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 o receituário para os pacientes, e aos cirurgiões cabia os ofícios manuais, considerados socialmente inferiores, que exigiam o uso de ferros de lancetas, de tesouras, de escalpelos, de cautérios e de 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. Apenas em 1826 o corpo docente das Escolas médico-cirúrgicas passou a controlar a emissão de diplomas para o exercício da medicina.

A medicina acadêmica e a produção da carta nosográfica do Império

No período que se segue à independência não houve qualquer mudança significativa na composição demográfica da sociedade brasileira, onde a herança cultural heteróclita manteve o mesmo padrão na oferta de serviços médicos. Não é possível, nos limites deste texto, distinguir as diferentes iniciativas em que segmentos da elite médica imperial disputaram projetos institucionais alternativos. É suficiente mencionar que, a partir da década de 1870, inicia-se uma importante clivagem entre os médicos formados na tradição estritamente clínica e climatológica e os representantes da nascente parasitologia médica - helmintologistas e bacteriologistas - que irão, junto com outros especialistas, lutar por reformas no campo da saúde pública e do ensino médico, levantando a divisa da medicina experimental e do modelo germânico de ensino, como antídoto à matriz francesa de nossa medicina oficial.

Para os nossos fins é mister assinalar que, quando a Academia Imperial de Medicina foi criada, em 1829, a Higiene e a Anatomoclínica passaram a dispor de uma trincheira estrategicamente orientada para enfraquecer a influência dos antigos cirurgiões portugueses e daqueles formados nas escolas Médico-Cirúrgicas da Corte e da Bahia¹⁵. Nesse período, marcado pela crença da dependência da patologia e da terapêutica aos fatores climático-telúricos, circunscritos ao meio ambiente, a rejeição da herança colonial da Fisicatura-mor e do legado de informações médicas, mais ou menos impressionistas, descritas quer pelos tratados médicos do período colonial, quer por leigos cultos ou pelos viajantes naturalistas, impunha-se como pré-condição à afirmação do novo ethos profissional.

Em torno da Academia de Medicina, uma elite médica empenhou-se na produção de um conhecimento original sobre a patologia brasileira, em consonância com o programa formulado pela nascente Geografia Médica. Desde sua criação, até meados do século, ela conseguiria monopolizar duas importantes tarefas: ao mesmo tempo em que se impusera como instrumento da política imperial da saúde pública, tornara-se o principal árbitro das inovações médico-científicas, contribuindo tanto para sancionar inovações em diagnóstico e terapêutica, quanto novas teorias e conceitos estritamente voltados para o conhecimento da patologia brasileira. Tal como a

¹⁵ Ferreira, Luis Otávio: *O Nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*, São Paulo, tese de doutorado, FFLCH-USP, Deptº de História, 1996.

Academia de Medicina de Paris, que lhe servira como figurino, ela oferecia prêmios em competições anuais, coletava e examinava informações epidemiológicas, administrava a vacinação antivariólica, auxiliando o governo em matéria de educação médica, polícia higienista e saúde pública. A comparação entre as duas pode ser estendida a alguns de seus êxitos e fracassos: nas duas instituições, a produção, coordenação e arbitragem de conhecimentos médicos, orientados para a saúde pública resultou na organização da profissão médica - bem mais precária no caso brasileiro - visando constituir uma rede de informações e coleta de dados, cujo conjunto deveria ser processado, analisado e eventualmente aplicado pelos acadêmicos. Consolidavam-se, desse modo, as desigualdades regionais em benefício das elites médicas da capital, beneficiárias diretas de sua proximidade com as fontes de poder estatal; ambas, por outro lado, saíam igualmente derrotadas em suas pretensões de centralizar em suas mãos o poder de polícia no campo da saúde.

Um corpo de modestos peritos seria útil ao governo, enquanto outro, com excessivas pretensões administrativas, poderia se tornar um embaraço político. Os acadêmicos, aqui e lá, queriam poderes administrativos, mas só obtiveram um papel consultivo. A criação de uma Junta Central de Higiene Pública, em 1850, não representou o ápice do poder político dos higienistas brasileiros, como querem alguns historiadores¹⁶. Além de esvaziar o poder da Academia de Medicina, a criação daquele órgão subordinou as ações oficiais no campo da saúde pública e polícia médica à pauta política e administrativa mais geral, o que gerou queixas e lamúrias por parte de acadêmicos e da imprensa médica independente, na Corte e na Bahia¹⁷, que ecoaram até as reformas do ensino médico e da legislação sanitária que coincidiram com o ocaso do Império, na década de 1880.

O programa de pesquisa da Geografia Médica

¹⁶ Machado et al. Op. Cit. e PEARD, J. G. The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889, Dissertation information, Michigan, Columbia University, 1990.

¹⁷ Sobre a Academia de Medicina francesa, ver: WEISZ, George. *The Medical Mandarins. The French Academy of Medicine in the Nineteenth and Early Twentieth centuries*, New York, Oxford University Press, 1995. Sobre a Academia Imperial de Medicina, ver EDLER, Flavio Coelho. *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. São Paulo, Tese de mestrado, FFLCH-USP, 1992 e KURY, Lorelai B. *O Império dos miasmas: A Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*, Niterói, Dissertação de mestrado, Pós-graduação em História - Universidade Federal Fluminense, 1991 e FERREIRA, op.cit..

A patologização do espaço geográfico, que as topografias médicas do século XVIII tinham levado a cabo sob o impulso do neo-hipocratismo, alcançaria uma nova dimensão na Era dos Impérios com a mobilização, sem precedentes, de um vasto conjunto de fenômenos nosológicos, patológicos e terapêuticos por todo o globo terrestre. Um grupo específico de profissionais da medicina, quase todos médicos militares que praticavam em regiões política, cultural e economicamente subordinadas às principais potências coloniais européias, esteve à testa dessa empresa. Eles reclamaram para si a responsabilidade na tarefa de definir os problemas médico-higiênicos e estabelecer os parâmetros de sua solução, nas zonas do ecúmeno periféricas aos principais centros de cultura médica¹⁸.

O amplo intercâmbio comercial aliado à política colonialista européia fez emergir o problema, ao mesmo tempo prático e teórico, de se compreender porque certas doenças estariam circunscritas a determinadas regiões do globo, enquanto outras tinham ali um impacto diferenciado e um padrão de endemicidade distinto. A experiência dos médicos das forças armadas coloniais aliou-se à prática das comunidades médicas residentes nas colônias e ex-colônias tropicais, gerando, entre os centros científicos do Velho Mundo e as coletividades médicas emergentes da periferia, outro intenso intercâmbio: de fatos e teorias médicas.

A versão dominante na historiografia da Medicina Tropical pretende que a Geografia Médica ter-se-ia apoiado num corpo de conhecimentos fossilizados (teorias climatológicas e raciológicas ancestrais), sem referência a uma prática científica, e ancorado num critério de cientificidade ultrapassado ou deslocado pelas correntes contemporâneas da investigação médica¹⁹. Esta visão é equivocada, tratava-se de um pólo dinâmico da medicina de então, capaz de impulsionar um programa de pesquisas que envolveu milhares de médicos que praticavam a medicina com as ferramentas conceituais da Anatomoclínica e da estatística médica - incorporando gradualmente a parasitologia - na periferia dos principais centros de cultura médica européia. Para nós, a história da gênese e desenvolvimento de conhecimentos médicos sob a égide da Geografia Médica, em meados do século XIX, esteve indissolúvelmente ligada à expansão da cultura médica européia contemporânea para a periferia dos impérios, bem

¹⁸ Edler, F. C. “A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica”, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, IMS-Uerj, 1999.

¹⁹ Sobre tais argumentos, ver ARNOLD, David. “Introduction: Tropical Medicina before Manson” in David Arnold (org.) *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*, Amsterdam, Atlanta, GA: Rodopi, (Clio Medica 35 The Wellcome Institute Series in the History of Medicine), 1996. P. 1-19.

como para as regiões pós-coloniais. Como veremos, a construção da idéia da singularidade da patologia e terapêutica tropicais não era restrita aos médicos que aí praticavam. Um mesmo discurso epistemológico, isto é, o mesmo conjunto de pressupostos sobre a causalidade patológica, bem como a mesma representação sobre as regras que deveriam produzir e validar o conhecimento médico governavam a prática clínica da medicina acadêmica nos principais centros médicos europeus.²⁰

A divisão interna do trabalho médico em moldes nacionais e regionais era, de fato, uma divisão hierárquica vertical que se expressava em termos de poder profissional e prestígio científico. Nós argumentamos, desse modo, que o empenho na redefinição dos problemas médicos dos trópicos, a partir da valorização dos fatores ambientais (climáticos, raciais, telúricos e higiênicos) de endemicidade, foi amplamente condicionado pela competição jurisdicional interna e externa à profissão médica. Descreveremos, adiante, a forma pela qual os médicos que atuavam no Brasil Imperial mobilizaram os arsenais teóricos e técnicos da clínica e da estatística médica, nessa tarefa.

Alguns médicos higienistas, que ocupavam cargos administrativos²¹ e foram responsáveis pela institucionalização das técnicas da estatística na medicina francesa na década de 1830, delinearão as bases iniciais de um programa de pesquisa que visava estabelecer uma carta nosográfica do globo. Esses foram sucedidos pelos médicos da marinha francesa, agentes destacados da construção dessa disciplina na segunda metade do século XIX. Em conjunto, atuaram estrategicamente - da mesma forma que seus confrades brasileiros, ingleses, alemães, etc. - visando a criar um sistema de autoridade científica (associações médico-científicas, escolas médicas, periódicos, tratados e compêndios, a sub-especialidade Geografia Médica) e poder profissional (legislação sanitária, polícia médica, postos acadêmicos e administrativos) que os legitimasse frente a um cliente específico, o estado (administrações coloniais, ministérios da marinha,

²⁰ Para uma interpretação semelhante na historiografia americana sobre a medicina sulista no período da guerra de secessão, ver WARNER, John Harley. “The Idea of Southern Medical Distinctiveness: Medical Knowledge and Practice in the Old South”, in LEAVITT, Judith Walzer & NUMBERS, RONALD L. *Sickness and Health in America*, Wisconsin, The University of Wisconsin Press, 1985, pp.53-70;. Sobre a medicina colonial inglesa na Índia, ver NARAIN DAS, Harish. “A genealogy of the advent of Tropical Medicine”, in Anne-Marie Moulin. *Médecines et Santé*, Vol. 4, Paris, UNESCO, 1994, pp.31-56.

²¹ Boudin era médico-chefe do hospital de Marselha. Becquerel e Lévy ocuparam vários postos administrativos, sobre o tema, ver: LÉCUYER, Bernard P. “Médecins et observateurs sociaux: Les annales D’Hygiène publique et de médecine légale (1820-1850)” in Pour une histoire de la statistique, Tome I, Paris, INSEE, 1977, pp 445-76 e BERGE, Ann F. Ia. “The early nineteenth-century french public health movement: the disciplinary development and institutionalization of hygiène publique”, in Bull. Hist. Med., 1984, (58) 363-79.

ministério da saúde), e ao mesmo tempo os habilitasse na defesa de seu status profissional face a outras instituições médicas hierarquicamente superiores (as cadeiras de Higiene e clínica das principais faculdades européias; a Academia de Medicina de Paris, os *Annales de Higiène Publique et Médecine Légale*; o Comitê Nacional de Saúde Pública da França; os tratados clássicos de patologia geral).

Para atingir esse objetivo era fundamental incentivar as pesquisas sobre a nosologia tropical e construir uma carta nosográfica mundial, coordenando e controlando o novo conhecimento. A afirmação da noção de especificidade espacial da patologia e da terapêutica harmonizava-se, assim, com os interesses desses médicos que orientavam sua prática profissional na direção dos trópicos, beneficiando-se desse suposto monopólio “natural”, para reivindicar seus privilégios na produção, controle e aplicação de um conhecimento regionalmente circunscrito.

O estudo das ações perpetradas pela Academia Imperial de Medicina, que apresentaremos em seguida, deixa manifesto o quão infundada tem sido a interpretação que identifica a climatologia médica com um determinismo fatalista. A noção de higiene, contrapondo-se à idéia de “região natural,”²² serviria como um antídoto aos fatores morbígenos do clima. Infelizmente, dentro dos limites deste artigo não poderemos abordar o amplo leque de posicionamentos sobre os principais assuntos dessa temática, nem analisar em profundidade as bases epistemológicas e ideológicas das crenças sustentadas pelas fontes de autoridade disciplinar que identificamos como as mais notórias do período: os tratados de Geografia Médica ou Climatologia Tropical, mais freqüentemente citados como clássicos; e os *Archives de Médecine Navale*, a principal instituição que pretendeu organizar o campo entre as décadas de 1860 e 1880. Em outro trabalho²³, assinalamos que esse periódico teve um papel crucial como circuito alternativo de legitimação científica de grupos médicos emergentes no panorama médico brasileiro.

Reinventando a patologia brasileira

Nos trabalhos dos acadêmicos, publicados no *Propagador das Ciências Médicas* (1827-1828), no *Diário de Saúde* (1835-1836), no *Semanário de Saúde*

²² Sobre a oposição entre a estatística social e a noção de região natural ver CHARTIER, Roger. *Au Bord de la Falaise*, Alban Michel, Paris, 1998, p. 213.

²³ EDLER, F. C. “Keeping an eye on Brazil: Medical Geography and Alphonse Rendu’s journey”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* Vol. VIII (supplement), 925-43, 2001.

Publica (1831-1833) e na *Revista Médica Fluminense* (1835-1841) - os dois últimos, órgãos da Academia Imperial de Medicina - destacava-se, como morbidade dominante da patologia nacional, a febre palustre²⁴. Essa convicção era fundada cientificamente, segundo as regras de produção de fatos e teorias compartilhadas no contexto da experiência sócio-cognitiva da medicina anatomoclínica e do paradigma climatológico acima referidos. Tal epistemologia pressupunha a existência de instituições, como a Academia de Medicina, que regulavam uma prática coletiva, territorialmente delimitada, visando a coleta de registros de observações clínicas que compreendiam a descrição de diagnósticos, etiologias e terapêuticas utilizadas, e do exame anatomopatológico pós-morte. Tal regime de produção de fatos médico-científicos pressupunha o compromisso da corporação médica local com a produção de um conhecimento necessariamente restrito à sua própria jurisdição ambiental.

Outras endemias constatadas por aquele corpo de profissionais seriam o reumatismo, a erisipela, o piã, a hidrocele, a lepra, as hemorróidas, a hipoemia intertropical, a elefantíase dos árabes, a hemato-chyluria. Ao lado dessas endemias, algumas doenças tinham orientado os debates nas suas sessões semanais: a gripe, a sífilis, as bexigas, as doenças do fígado, do coração e da pele, o sarampo, a escarlatina, as febres tifóides, o tétano e o escorbuto. A avaliação dos acadêmicos, na primeira metade do oitocentos, era a de que o país ostentava uma boa condição de salubridade.

Querendo impor o monopólio da interlocução sobre os problemas médicos nacionais diante do Governo Imperial e dos centros médico-científicos europeus, a Academia de Medicina esforçou-se por cumprir a tarefa de traduzir e atualizar a pauta higienista e anatomoclínica européia contemporânea, o que a tornaria intérprete legítima da patologia brasileira. Diante das questões consagradas pela Geografia Médica, os médicos brasileiros apresentaram respostas originais, algumas das quais se opunham a velhos estigmas raciológicos veiculados em compêndios médicos europeus. Além disso, produziram uma avaliação positiva a respeito da patologia nacional, onde não teriam direito de domicílio algumas das mais temidas enfermidades, como a febre amarela, a peste e o cólera.

²⁴ Ver FERREIRA, L. O. “O Nascimento de uma Instituição Científica: os periódicos médicos brasileiros (1827-1843)”, tese de Doutorado em História, USP, 1996.

Algumas dessas soluções originais foram coligidas por um dos fundadores da Academia de Medicina, o médico de origem francesa Xavier Sigaud²⁵. Os acadêmicos imputavam ao calor e à umidade um papel preponderante, dentre os fatores climático-telúricos, na patologia nacional, descrevendo sua ação patogênica direta ou indireta (miasmas) na economia humana e formas profiláticas para se evitar sua ação deletéria. Entretanto de acordo com o consenso médico de então, na composição dos estados patológicos, os fatores morbígenos decisivos seriam ligados aos hábitos higiênicos. Assim, os “*primeiros agentes da mortalidade*” no Brasil, seriam o “*regime alimentar*” e o abuso do “*ato venéreo*”. Uma postura saudável centrada na exclusão dessas causas predisponentes redundaria numa atenuação dos efeitos das principais causas climáticas excitantes: o calor, a umidade e os miasmas²⁶. Os acadêmicos também apresentaram uma avaliação generosa sobre o problema da aclimação, ligada conjunturalmente à grave questão da imigração européia, apontada por eminências políticas como a solução alternativa ao fim do tráfico negreiro imposto pela Inglaterra²⁷. E fizeram-no, condenando certos costumes europeus importados indiscriminadamente.

A apresentação de um receituário higiênico, adaptado às novas condições climáticas e voltado a um ajuste saudável, deve ser interpretado como um trunfo a ser creditado aos médicos nacionais, em seu esforço de revisão dos tratados europeus de Patologia e Higiene, e criação de uma cultura médica local. Desse modo, tanto o trabalho de revisão teórica, ligado ao rebaixamento do papel dos agentes meteorológicos e dos temperamentos na hierarquia da produção de doenças, em benefício dos hábitos, quanto a interpelação desses mesmos hábitos seculares, tais como os “*banhos frios*”, as “*bebidas alcoólicas*”, o “*uso do leite*”, a “*tendência de se seguir a moda de Paris ou de Londres, contrária à sã higiene*”, espelhariam o esforço de conformação da cultura médica nacional aos ditames impostos pela singular patologia brasileira²⁸.

Mencionaremos, por fim, um último exemplo de originalidade dos médicos brasileiros da primeira metade do oitocentos diante de crenças científicas consagradas pela medicina européia. Contrariando a opinião de alguns confrades europeus, que atribuiriam à “*mistura das raças*” a produção de novas doenças inexistentes na

²⁵ SIGAUD, J. -F. X. *Du Climat et des Maladies du Brésil ou Statistique Médicale de cet Empire*, Paris, Chez Fortin, Masson et Cie, Libraires, 1844.

²⁶ SIGAUD, op.cit., p.59.

²⁷ Debates teóricos sobre aclimatação no Rio de Janeiro, ver CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*, Companhia das Letras, São Paulo, 1996. Avaliações otimistas sobre adaptação climática (aclimação) dos europeus no Brasil estão em EDLER, op.cit., 1999.

²⁸ SIGAUD, op.cit., p.100.

patologia européia, a Academia de Medicina asseverava que “*as doenças que cada uma das raças trouxe ao país não teria degenerado pela transmissão às outras raças*” (...) “*O piã, importado da África, a sífilis dos indígenas e a varíola da Europa*” seriam idênticas ao que eram três séculos antes. Apenas à “*natureza das localidades*” e ao “*regime das populações*” poderia ser imputado “*o segredo patológico do país.*”²⁹ Lembremos, porém, que boa parte dessas crenças científicas não era consensual, sendo objeto de renhidas disputas entre os acadêmicos.

Embora polêmica em alguns pontos, a descrição da carta nosográfica do Império consistiu num trunfo espetacular da Academia Imperial de Medicina que, ao aclimatar o conhecimento médico europeu às condições climático-telúricas brasileiras, tornou-se sua fiadora e controladora, praticamente monopolizando a interlocução com as instituições médicas hegemônicas até meados do século XIX.

Entretanto, três acontecimentos iriam por em risco o lugar social que a Academia Imperial de Medicina conquistara ainda em seu primeiro quarto de século de existência. Primeiramente, a inesperada irrupção de duas das mais temidas epidemias conhecidas: a capital do Império e outras importantes cidades litorâneas foram acometidas de surtos de febre amarela (1849) e cólera (1855). A febre amarela, cuja última aparição ocorrera no século XVII, se transformaria em curto espaço de tempo na principal questão de saúde pública no Brasil³⁰. Tal fato, decisivo na mudança do perfil de salubridade descrito por Sigaud, também contribuiu para a criação da Junta Central de Higiene Pública – o segundo evento - que deslocaria a Academia do papel central que até então representara para a saúde pública. A Junta permitiu conter as pretensões administrativas da Academia, tornando-se subserviente às diretrizes governamentais no período de maior centralização política do Império, que se seguiu à curta experiência liberal das regências (1831-1840). O terceiro acontecimento se refere ao deslocamento epistemológico operado pela medicina experimental, que resultou no aparecimento de sociedades e periódicos médicos concorrentes, a partir da década de 1860. Estes novos circuitos de legitimação científica iriam romper com o monopólio até então desfrutado pelos periódicos médicos oficiais da Academia de Medicina. Na Bahia e no Rio de Janeiro, o periodismo médico permitiria o incremento do intercâmbio científico e a consolidação de uma pauta de pesquisas voltada principalmente ao conhecimento da

²⁹ SIGAUD, op. Cit., p. 157.

³⁰ Sobre a febre amarela ver os trabalhos de BENCHIMOL, J. L. Dos micróbios aos mosquitos. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. RIO DE JANEIRO: Editora Fiocruz/Editora da UFRJ, 1999. e CHALHOUB, op.cit., 1999.

matéria médica (fitoterapia), patologia e terapêutica nacionais estimulando e dirigindo as incipientes iniciativas individuais de pesquisa médica, e criando condições para a legitimação dos novos ramos disciplinares reivindicados pelos reformadores do ensino médico. Além da *Gazeta Médica da Bahia* (1866-1915) podemos considerar como relevantes no trabalho de emulação científica, segundo os moldes da época, os seguintes periódicos da Corte: a *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* (1862-1864); a *Revista Médica do Rio de Janeiro* (1873-1879); os *Archivos de Medicina* (1874); o *Progresso Médico* (1876-1880); a *União Médica* (1881-1889); a *Gazeta Médica Brasileira* (1882) e o *Brazil Médico* (1887-1946).

A partir da década de 1870 ocorreria uma inflexão no programa de pesquisa médica agora capitaneado pelos periódicos acima referidos. Novos grupos de médicos passaram a perseguir *pari passu* o movimento de reforma institucional que, sob o impacto das dinâmicas de pesquisas experimentais, subvertiam a hierarquia médica encimada pela Clínica e pela Higiene. A emergência das disciplinas que cabiam no rótulo de Medicina Experimental e as novas especialidades clínicas tornaram imperativa uma reforma curricular no ensino médico que contemplasse a redefinição e ampliação do antigo estoque de conhecimento. Convulsionado pela demanda por novos profissionais especialistas, o território acadêmico assistiria à fragmentação das antigas fronteiras jurisdicionais. Contudo, admitia-se que o saber a ser aplicado por médicos legistas, toxicologistas, fisiologistas, patologistas, higienistas com sólida formação em estatística, além das novas especialidades clínicas - relacionadas com novos objetos como patologias específicas, áreas limitadas do organismo humano e determinadas faixas etárias - teria que ser adaptado aos problemas médicos nacionais. Como conclamou um dos líderes do vitorioso movimento por reformas do ensino médico, na década de 1880: “*temos necessidade, fazendo aplicações dos meios experimentais, das luzes que recebemos com o desenvolvimento da arte, de estudar os males que nos afligem, segundo as modificações que lhes imprimem não só a topografia, como as influências climatéricas, os nossos usos e a índole especial de nossa raça*”.³¹

Entretanto, para a medicina pastoriana que faria triunfar, em fins do século XIX, tanto a hipótese da etiologia parasitária de diversas doenças, antes associadas ao clima, como a concepção ontológica de doença, revogando toda a legitimidade da *démarche* climático-telúrica, tal programa de pesquisa nada tinha de científico. A passagem desses

³¹ O parasitologista Julio de Moura (1839-1892), ainda na década de 1870, in EDLER, op.cit, 1992, p.87.

fatos científicos à categoria de credices ou de mitos, em fins do século XIX, correspondeu a uma alteração das regras de produção de verdades, isto é, à mudança do status de certas práticas e dos grupos que as sustentavam bem como a uma redefinição das hierarquias e valores sócio-profissionais. Nesse processo, a existência de um circuito de intercâmbio científico, posto em marcha pelo *Archives de médecine Navale*, favoreceu a legitimação dos novos conhecimentos.³²

Conclusão

Este segmento debruça-se sobre aspectos do passado médico brasileiro que se inscrevem tanto na linha dos estudos históricos sobre medicina colonial, quanto nos novos problemas que começaram a chamar a atenção dos historiadores, desde meados dos anos 1980, que se agrupam sob o rótulo Medicina e Império, ou estudos pós-coloniais. Dentre os problemas nucleares aqui abordados estão aqueles ligados à relação centro-periferia, cuja tradução concreta é o da relação medicina metropolitana-medicina colonial e saber médico popular e medicina acadêmica, no período pós-independência (1822). Mais especificamente, buscamos investigar as formas pelas quais o saber médico apoiado, quer pelo Império Português (1500-1808), quer pelo seu sucedâneo, Estado Imperial Brasileiro (1822-1889), interagiu com as práticas terapêuticas populares e procurou circunscrevê-las em estreitos limites, quando não conseguiram eliminá-las.

Em linhas gerais, destacamos as tensões geradas pela tendência do saber médico oficial em estabelecer o monopólio da assistência médica, bem como manter as prerrogativas legais conferidas ao médico, ao farmacêutico e ao cirurgião. Em ambos os contextos, tais privilégios foram contestados por vários grupos, desde representantes religiosos das diversas etnias que formavam o ambiente multicultural da época, até curandeiros, barbeiros, padres, parteiras e um sem-número de terapeutas populares. No terreno das artes terapêuticas, conhecimentos, habilidades e instituições eram constantemente providos e rejeitados pelos diversos grupos heteróclitos que formavam a sociedade brasileira colonial ou imperial. Aqui, a retórica contra o charlatanismo esbarrava no pragmatismo das elites políticas que buscavam acomodar os diversos interesses em jogo ao imperativo da lei, num contexto de pouca capacidade de fiscalização e baixo poder punitivo, tornando a legislação sanitária uma ficção jurídica.

³² Ver EDLER, F. C. Op. Cit., 1999, p. 71-9.

Já no campo da higiene pública e privada, a medicina acadêmica imperial desenvolveu uma estratégia política e epistemológica específica, visando legitimar-se perante o Estado e as instituições médicas européias modelares. Aqui, a descrição da carta nosográfica do Império consistiu num trunfo espetacular da Academia Imperial de Medicina, que ao aclimatar o conhecimento médico europeu a partir de um núcleo de disciplinas médicas universais (anatomia e fisiologia), às condições climático-telúricas brasileiras, tornou-se sua fiadora e controladora, praticamente monopolizando a interlocução com as instituições médicas centrais.

Para impor o monopólio da interlocução sobre os problemas médicos nacionais diante do governo imperial e dos centros médico-científicos europeus, a Academia esforçou-se em cumprir a tarefa de traduzir e atualizar a pauta higienista e Anatomoclínica européia contemporânea, o que a tornaria intérprete legítima da patologia brasileira. Diante das questões consagradas pela Geografia Médica naquela quadra, os médicos brasileiros apresentaram respostas originais, algumas das quais se opunham a velhos estigmas amparados em determinismos raciais e climáticos.

2. Uma nova saúde pública entra em campo

O Brasil no final do século XIX

O Brasil chega ao fim do século XIX sofrendo com graves problemas de saúde pública e projetando uma imagem de lugar extremamente insalubre, onde a vida se encontrava sob risco constante, em virtude das precárias condições sanitárias de seus centros urbanos e dos diversos surtos epidêmicos que regularmente atingiam sua população. O processo de urbanização e o crescimento populacional, aliados à ausência de infraestrutura básica, de legislação, de fiscalização e conhecimentos adequados, agravavam os problemas resultantes das reduzidas condições de higiene observadas nas cidades da velha colônia portuguesa. Para se ter uma idéia do seu péssimo estado sanitário basta lembrar que até o final da escravidão, em 1888, o escoamento do esgoto do Rio de Janeiro, 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 tratamento algum (Chalhoub, 1996).

País agroexportador, sua economia dependia quase que exclusivamente do comércio externo, o que acabava por agravar ainda mais as conseqüências 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 escravidão³³. 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, Luis Edmundo comentava:

"(...) o turista que vem à América do Sul, muitas vezes, aqui nem baixa à terra barbara, 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 vitimas 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 neste 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 no social, diferenciando-se, cada vez mais, do vasto grupo de pessoas (curandeiros, parteiras, benzedeiros, rezadeiras, pajés, entre outros) que se dedicavam ao ofício da cura e dos cuidados oferecidos aos enfermos.

Constatando que o livre exercício da medicina, por todo o tipo de curiosos sobre os quais não se tinha controle algum, 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 Social precisava restringir o exercício da profissão àqueles que fossem reconhecidos pelas instituições de formação médica, uma vez que para o autor:

"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

³³ A escravidão foi oficialmente abolida em 13 de maio de 1888.

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 atributos suficientes para que se exerça e se justifique o controle sanitário da sociedade. É preciso também que ambos estejam aptos a articular, com base na autoridade da ciência, um discurso em defesa da interferência no social 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 corporação foi capaz de forjar um consenso em torno não só da possibilidade de intervenção da medicina no social, mas também, e sobretudo, de sua necessidade. Assim, nas palavras de Machado

"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 o 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 que desviar sua ação da atenção exclusiva sobre o corpo do indivíduo, para focá-la no 'corpo social'. Em segundo, a atenção sobre

este novo objeto teve que privilegiar o aspecto preventivo, buscando antecipar-se à instalação da doença.

Incapaz de responder aos novos problemas, a Administração Pública vai paulatinamente se tornando permeável ao discurso médico que, como já mencionamos, apesar das dissensões internas, vinha forjando um consenso em torno da necessidade de mudanças no ordenamento das cidades. A aliança entre o Estado e a medicina apoiava-se em um 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 frente à opinião pública, conferindo legitimidade aos projetos governamentais, 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 emanção de miasmas³⁴ de matéria em putrefação, as ruelas tortuosas e escuras impediam a penetração dos raios solares e a aeração das casas e das áreas públicas, situação agravada 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 suas populações 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 incipiente presença de hábitos higiênicos entre a maior parte da população. Tal situação tornava necessária a modificação do panorama das cidades. Era preciso organizá-las sob nova concepção. Reordená-las para permitir o controle sobre os 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, 1995:56).

³⁴ A Teoria dos Miasmas baseava-se na idéia de que as doenças estavam associadas à má qualidade do ar oriundo de pântanos ou de matéria em decomposição.

A revolução pasteuriana

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 foi se tornando hegemônico.

A ruptura dos padrões médicos e científicos realizada por Pasteur, ao criar a microbiologia, abriu ao homem à 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 sobre a sociedade e de seu amplo escopo de conhecimentos, a medicina de então se encontrava impotente para deter o avanço das epidemias, principalmente quando tal tarefa se mostrava 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 tais 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, até que a hegemonia chegasse, as teorias pasteurianas sofreram fortes resistências.

O encontro de uma geração: uma nova saúde pública entra em campo

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

cruzar em 1889, por ocasião o 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 em uma 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 bacteriológicos: Adolfo Lutz e Vital Brazil, por São Paulo e Oswaldo Cruz, pela União. O quarto médico citado, Emilio 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 sendo 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 este segmento da elite local, o parecer dos sanitaristas comprometia a imagem do porto e acarretava grandes prejuízos aos seus negócios, implicando, inclusive, na adoção de uma série de medidas muito severas e impopulares tais como 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 de Yersin, que só o Instituto Pasteur produzia. Respondendo prontamente ao problema, o governo paulista e o governo federal resolvem criar dois laboratórios para preparação destes e de outros soros reclamados pelas condições epidemiológicas do país. Nasceram assim, sob a orientação desta 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 destes médicos não ficou limitada ao combate a epidemia em Santos, nem muito menos a 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 Finlay³⁵ 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, predem-se à necessidade do saneamento desta capital (...). A capital da Republica 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

“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

³⁵ Carlos Juan Finlay (1833-1915), médico cubano, formulou a hipótese de ser o mosquito o transmissor da Febre Amarela, entre 1880 e 1881.

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 agro-exportador e preso a uma política de substituição e de ampliação de seu contingente de trabalhadores pela via 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 economia do país.

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 Oswaldo Cruz e Pereira Passos, sendo o primeiro indicado, em 1903, para a Direção Geral da Saúde Pública e o segundo para ocupar a Prefeitura do Distrito Federal (Ponte, 1999).

Inspiradas na experiência francesa dirigida por Haussmann³⁶, as reformas que se processaram na cidade não limitaram sua influência apenas às modificações na paisagem da capital da República. Elas pretendiam transformar o Rio de Janeiro em uma espécie de Paris dos trópicos. Na verdade, mais que o cenário urbano, elas interferiram também na vida de seus 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,

³⁶ Georges-Eugène Haussmann (1809-1891) foi o administrador que promoveu a reforma urbana de Paris, entre 1853 e 1870, que tinha por objetivo modernizar a cidade através do ordenamento urbano e do controle desse espaço, expresso, entre outras coisas, pela geometria das grandes avenidas.

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 das opiniões do escritor Lima Barreto, argumentavam preferir um Rio belo e sujo, esquisito e harmônico, a um Rio dos *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, bem como 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, tais como a lei da vacinação obrigatória contra a varíola (Sevcenko, 1993).

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 dos defensores das teorias miasmáticas. Na sua concepção, as doenças, que eram objeto de sua atenção, tinham um agente causal e um vetor que lhe 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 idéia 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 a 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 positivista³⁷; republicanos radicais; monarquistas e parcelas da população afetadas pelo "bota abaixo".

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 a 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 Omolú, 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

³⁷ Veja texto em destaque na página x

proeminentes como Rui Barbosa comparavam a obrigatoriedade da vacina a um assassinato legalizado.

Tamanha agitação acabou culminando em uma grande convulsão social ocorrida entre 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 nove 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 é convulsionada durante seis dias seguidos, onde não faltaram tentativas de golpe militar e ameaças de bombardeio dos redutos ocupados pelos anti-vacinistas. Em 16 de novembro é decretado o estado de sítio e a revolta é rapidamente debelada, deixando para trás barricadas, prédios e ruas destruídas e um saldo de 30 mortos, 110 feridos, 945 presos, sendo que 461 foram deportados para os seringais do Acre. A vacinação torna-se opcional e a varíola volta com toda a força entre os anos de 1907 e 1908, quando então a população correu em busca da vacina (Sevcenko, 1993).

Considerada como um dos maiores levantes populares ocorridos no Brasil durante o século XX, a Revolta da Vacina tem sido, muitas vezes, interpretada 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 respectivamente pelo combate às epidemias e pela reforma urbana em então se processavam, uma oportunidade de derrubar o governo liderado por Rodrigues Alves (Chalhoub, 1996).

Entretanto, em que pese a ação destes grupos, não há como negar que a obrigatoriedade da vacinação por si só trazia 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 contribuíram 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 onde se associam e se entrecrocavam 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 onde concorrem representações antagônicas sobre o direito coletivo e o direito individual, sobre as relações entre Estado, sociedade, indivíduos, empresas e países, sobre direito à informação, sobre a ética e, principalmente, sobre a vida e a morte. Potencialmente polêmica, a vacina e seus usos contemplam ainda interesses geopolíticos e macroeconômicos, tendo sido ultimamente associada a conflitos entre nações e ao bioterrorismo (Ponte, 2003).

O Sanitarismo (Re) Descobre o Brasil

“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, apud Lima, 1998)

“(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, apud Hochman, 1998)

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. 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 concepções mais retrógradas que defendiam pura e simplesmente a necessidade de constituição de uma nova raça pela crescente incorporação de contingentes brancos, até àquelas que argumentavam a favor de 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 das tropas do exército republicano, trazidas por Euclides da Cunha quando da publicação de *Os Sertões*, em 1902³⁸; a publicação dos 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, obtiveram grande divulgação e repercutiram de forma significativa na intelectualidade brasileira (Ponte, 1999).

Os sanitaristas trouxeram de suas expedições uma idéia diversa da visão romântica e ufanista de nossos sertões. O retrato do Brasil era pintado com pinceladas fortes e falava de 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 estes pensadores, a responsabilidade por tal estado de coisas cabia tão-somente ao poder público, que só lembrava-se de sua existência no momento de cobrar-lhes impostos ou votos. Em seus esforços para incorporar essas populações num projeto nacional, os sanitaristas iniciaram uma

³⁸ Os Sertões, obra prima de Euclides da Cunha, narra as campanhas do exército brasileiro contra os sertanejos, liderados por Antonio Conselheiro, que, contrariando os interesses de latifundiários, se isolaram no Arraial de Canudos, no interior da Bahia, onde pretendiam viver segundo sua visão do texto bíblico.

verdadeira redescoberta do país, cujo mérito foi promover o encontro do Brasil consigo mesmo (Lima & Hochman, 1996). Segundo Lima & Hochmann,

"o movimento pelo saneamento do Brasil teve conseqüências 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 enquanto nação. A adoção de novos parâmetros, que não os determinantes biológicos, irão reforçar as correntes de pensamento mais identificadas com o sanitarismo e a medicina preventiva.

Como observou Luis Antônio Teixeira, "a idéia de doença como elemento de enfraquecimento de nossa população retirava do determinismo racial muito de seu poder de persuasão" (Teixeira, 1994). 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 onde são travadas as discussões em torno da identidade nacional. O autor argumenta que:

"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" (Reis, 1994:57).

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

A Liga Pró-Saneamento do Brasil criada em 1918, 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 devia-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).

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 estes sanitaristas as doenças transmissíveis, que grassavam no 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 implementasse 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 tenha recebido a mesma atenção por parte das autoridades (Hochman, 1998).

Este tipo de argumentação encontrava forte oposição tanto das autoridades e lideranças locais que temiam perder parcela significativa de seu poder para a União, quanto naqueles 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 que temia 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 idéia da necessidade de coordenação das ações de saúde consegue se impor como um problema 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 para 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 não deixava dúvidas sobre a necessidade de um maior nível de coordenação e controle sobre as 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 dado o seu caráter, por vezes coercitivo, e por necessitar 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).

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 Velha³⁹, a liderança do movimento revolucionário instituiu, em meio a uma série de medidas de intervenção nos estados, o Ministério da Educação e Saúde⁴⁰, criado apenas três dias depois de oficializada a instalação do novo governo.

Tempos de guerra: o campanhismo entra em cena

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 algumas 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 Gorjas⁴¹ (em Cuba) e Oswaldo Cruz (no Brasil), permitiram o surgimento de novas formas de combate a um grupo importante de doenças. A idéia, a exemplo dos trabalhos de Finlay⁴² sobre o mosquito como vetor da febre amarela, de que determinadas enfermidades tinham um agente causal e um vetor que lhe servia de transmissor, permitiu que o Estado ampliasse suas ações para além dos conhecidos mecanismos de isolamento corriqueiramente utilizados.

Com bases nos novos conhecimentos, uma série de ações foi implementada tendo em vista o combate a doenças específicas, dentre elas a febre amarela, a peste bubônica, a varíola e a malária. A luta contra este grupo de moléstias assumiu características de verdadeiras campanhas militares, onde 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).

³⁹ República Velha é uma denominação dada ao período que vai da proclamação da República, em 1889 até a Revolução de 1930.

⁴⁰ Criado sob a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública pelo Decreto N.º 19.402, de 14 de novembro de 1930.

⁴¹ Gorjas, médico militar cubano que promoveu, fundamentado nas idéias de Carlos Finlay, o combate ao mosquito como vetor da febre amarela entre os anos de 1902 e 1903 em Cuba. (Medina, 1988)

⁴² 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.

Tendo como objetivo a eliminação de uma enfermidade específica, as campanhas eram organizadas dentro de rígidos padrões que seguiam moldes militares. Nelas estavam presentes, além da idéia 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 esquadriavam o cenário de guerra, estendendo suas ações a todos os recantos do território a ser conquistado. Terminada a fase de ataque, a área permanecia por algum tempo sob vigilância e o grosso do pessoal era desmobilizado ou transferido para outras frentes de batalha (Benchimol, 2001).

Esta modalidade de intervenção sobre o quadro sanitário e epidemiológico de determinada região marcou profundamente a trajetória da saúde pública nacional, ficando conhecida como o *modelo campanhista*.

O campanhismo como modelo

O campanhismo trazia consigo a idéia 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 obtenção de uma vitória sem precedentes, cientistas, governos e organismos internacionais, muitas vezes associados a grandes empresários, iniciaram esforços no sentido de alcançar estes ambicionados objetivos.

Nesta perspectiva, o potencial de mobilização e a efetividade alcançada por campanhas como as promovidas por Oswaldo Cruz, no Brasil e por Gorjas, 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.

É também nesta linha de raciocínio que 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 seguido. Baseada nestas premissas, a Fundação Rockfeller desfechou, por exemplo, campanhas de combate à febre amarela e à malária em diversos países,

contribuindo significativamente para a expansão da estratégia campanhista (Benchimol, 2001).

Organizados em torno da lógica campanhista, vários acordos internacionais foram firmados e diversas instituições foram criadas ao longo do século XX. No Brasil, dentre as instituições criadas neste contexto podemos citar: o Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço de Malária do Nordeste, instituído em 1939 e posteriormente transformado em Serviço Nacional de Malária (1941); 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 OMS e pela OPAS na década de 1960 e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), criada em 1969.

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

Críticas ao modelo Campanhista

Apesar de ter alcançado relativo sucesso na luta contra diversas enfermidades, a adoção da estratégia campanhista não se constituiu em uma 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 deste 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 a longo prazo, retirava recursos e desviava a atenção da necessidade de se implementar no país ações mais sistemáticas e de caráter 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 da 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 um maior controle social sobre estas atividades.

Entretanto, em que se considerem 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, revelam aspectos também dignos de consideração na análise sobre a oposição entre tais estratégias de intervenção

O relatório final da Comissão Taylor⁴³, como ficou conhecida a comissão de especialistas convocada pela OPAS, em 1992, para avaliar como o Programa Ampliado de Imunizações e o Programa de Erradicação da Poliomielite nas Américas⁴⁴ 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, entre outras conclusões, 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. E acrescentava que "até agora a experiência demonstra haver definitivamente necessidade de implementar os programas PAI/Pólio como parte de programas sistemáticos para o fortalecimento da infra-estrutura de saúde" (Ponte, 2003).

A análise revelou ainda que a mobilização social implementada pela campanha melhorou o relacionamento entre a comunidade e os provedores de serviços de saúde. Melhorou também a gestão dos serviços. Entretanto, alertava também para "a menção

⁴³ 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).

⁴⁴ O PAI, instituído pela resolução WHA/27.57, aprovada pela Assembléia Mundial de Saúde em maio de 1974, tinha como objetivos promover a expansão do uso de imunizantes em todo mundo, estimular o desenvolvimento, produção e aprimoramento de vacinas.

reiterada de um efeito fadiga nas comunidades e no pessoal" que poderia comprometer, no futuro, o andamento dos programas (Ponte, 2003).

Embora bastante inferior quanto ao número de ocorrências, se comparado aos aspectos positivos dos programas, o impacto negativo mais apontado, na visão dos entrevistados pela comissão, foi à excessiva focalização em prejuízo de outras atividades de saúde que, em alguns casos, sofreram grandes cortes (Ponte, 2003).

Altamente favorável à iniciativa da OPAS, o relatório da comissão finalizava suas conclusões e recomendações 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 o 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.

3. Saúde Pública e Medicina Previdenciária: complementares ou excludentes?

Entre a Saúde Pública e a Medicina Previdenciária

No Brasil, os cuidados estatais com a saúde pública foram intensificados no início do século XX, quando, em função dos problemas acarretados à economia cafeeira, o Estado chama a si a responsabilidade pelo combate aos males que travavam o desenvolvimento do setor agro-exportador. Nesta lógica, o foco de atenção inicial do

Estado privilegiou o ataque às doenças transmissíveis, principalmente 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).

Foi a partir do combate às doenças infecto-contagiosas que se constituiu a área da saúde pública como uma das responsabilidades do Estado. Estudos recentes têm revelado que os embates contra as doenças transmissíveis, mais do que simples áreas de atuação do poder público, apresentam vinculações bastante estreitas com os processos de formação da nacionalidade e de construção do Estado Nacional. Isto porque, além de historicamente terem sido 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, se configurando como elemento importante da formação da identidade e do sentimento de pertencimento que caracterizam a idéia de nacionalidade (Hochman, 1998).

Nesta concepção, a expansão dos elos de interdependência social possibilitada pela ameaça comum proporcionada por determinadas doenças e pela necessidade de um empenho coletivo e duradouro no combate a tais males, acabou por se firmar, ao lado de outros fatores igualmente influentes, como elemento importante na conformação do Estado-nação (Hochman, 1998).

Assim, se num primeiro momento as doenças transmissíveis assumiram uma posição de relevo na agenda de discussão do Estado, em um segundo plano ficaram as doenças crônico-degenerativas, que com raras exceções, não mereceram, a princípio, maiores cuidados por parte das instituições governamentais.

Entretanto, cabe ressaltar que apesar de inicialmente não merecerem atenção por parte do Estado, este segundo grupo de doenças passou a integrar, a partir da segunda década do século XX, as reivindicações dos trabalhadores em prol da instituição de mecanismos de seguridade social, tais como aposentadorias e pensões. A incorporação da atenção à saúde na agenda de negociações entre empregados e empregadores acabou por gerar 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.

Nesta 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. Sendo a primeira 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 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 não reconhecia como pertencentes à esfera pública os problemas individuais que não ameaçassem o restante da população ou a ordem econômica e social vigente, estas 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*, o que se verifica é que durante longo tempo a assistência médica ficou sob responsabilidade da iniciativa privada, seja 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, é que vemos proliferar as Caixas de Aposentadorias e Pensões. Vinculadas a grandes empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensões 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 formado por patrões e empregados, sendo que efetivamente a participação dos empregados na gestão dos recursos compulsoriamente arrecadados se configurava como 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 posteriormente, transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, ampliaram os seus raios de ação, organizando-se 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 estas áreas eram mais fortemente marcadas por relações trabalhistas bastante precárias do ponto de vista legal (Hamilton & Fonseca, 2003).

Retração da Saúde Pública e expansão da medicina previdenciária

Cessados os grandes embates que marcaram a atuação de sanitaristas como Oswaldo Cruz, Emilio Ribas e Belisário Penna e afastados os perigos mais visíveis, a saúde pública, teve suas ações cada vez mais concentradas em áreas periféricas ou distantes dos grandes centros urbanos, e viu ser reduzido seu poder de pressão política sobre a estrutura estatal. Por outro lado, por volta da década de 1930 a base tributária do Estado brasileiro ainda era pequena para suportar a necessária ampliação de suas atribuições e de se 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 em uma atmosfera onde as ações preventivas de caráter coletivo cedem lugar ao atendimento individualizado de cunho curativo (Hamilton, 1993-mimeo).

Posteriormente, o avanço tecnológico experimentado pela medicina no pós-guerra, aumentou a eficiência dos diagnósticos e das intervenções curativas. Este aumento de eficiência foi, por sua vez, acompanhado da elevação dos custos do aparato necessário ao exercício da medicina, diminuindo gradativamente a autonomia do médico

enquanto profissional liberal e fomentando, cada vez mais, a presença de grupos empresariais no campo da saúde. Por esta via, o consultório cedeu lugar ao hospital elevado a 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, ficando responsável, quase que exclusivamente, pelo atendimento emergencial e pelos procedimentos de alto custo que não interessava, a princípio, ao setor privado da medicina (Ponte, 2003).

A criação do Ministério da Saúde

A redemocratização do país, após o fim da Segunda Guerra Mundial, possibilitou 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 sobre a 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 defensores da subordinação da assistência médica a um conceito de saúde pública que sobrepujasse a fragmentação e o corporativismo que caracterizavam a dicotomia existente entre a saúde coletiva e medicina previdenciária e aqueles que propugnavam pela manutenção da separação entre tais setores. (Hamilton & Fonseca, 2003)

Balizada por posições tão díspares e de peso político amplamente desproporcional, a discussão, apesar da apresentação de propostas de unificação como as que defendiam a criação de um Ministério da Previdência que encamparia a área da saúde, ou ainda, da criação do Ministério dos Serviços Sociais, acabou por confluir para

o terreno da manutenção da separação entre estas duas esferas de atuação do Estado, permanecendo a assistência médica individual sob a órbita de influência da Previdência Social. (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 prioritariamente com as zonas rurais do país expandindo seus serviços para além do combate às endemias, 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. (Hamilton &Fonseca, 2003)

Limitada por circunstâncias políticas, a proposta que emergiu do debate sobre a criação do Ministério da Saúde, apesar de representar um antigo anseio do sanitarismo, acabou na prática, por circunscrever 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 mais adiante, a idéia de centrar as ações do novo Ministério quase que exclusivamente nas zonas rurais, cedo se mostrou incapaz de dar conta dos novos desafios colocados pelos processos de modernização da economia e pela intensa urbanização observada nas décadas seguintes (Hamilton &Fonseca, 2003).

4. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura

O golpe militar de 1964 inaugurou no Brasil um período de intensificação dos contrastes que marcam a formação social brasileira onde, ao lado do acelerado crescimento econômico verificado durante a primeira metade da década de 1970, observou-se uma forte repressão às lideranças políticas e sindicais contrárias à instalação do novo regime e à ampliação das distâncias que separavam ricos e pobres. Na área fiscal, promoveu-se a centralização da arrecadação, aliada a um ajuste altamente regressivo baseado na elevação de tributos e na criação de novos impostos indiretos. O aumento da carga tributária e a centralização da arrecadação foram

acompanhados pela instituição de fundos de participação de estados e municípios administrados pela União, atrelando, desta forma, os poderes locais às decisões do governo federal (Gremaud; Saes & Toneto Júnior, 1997).

No campo da saúde aprofundou-se a distinção entre a assistência médica individual, situada sob a esfera de influência da estrutura previdenciária do país, e a atenção à saúde coletiva, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Materializada em forte desnível financeiro em favor da medicina curativa levada a cabo pela rede privada conveniada à Previdência Social, a divisão entre saúde coletiva e medicina previdenciária levou a um decréscimo da participação direta do Estado no atendimento à população, diminuindo consideravelmente a capacidade de resposta do setor público às novas demandas derivadas do modelo de desenvolvimento posto em prática pelos governos militares.

Política econômica e alterações nos quadros epidemiológico e sanitário do país

*“Tempo negro. Temperatura sufocante. O ar esta irrespirável. O país esta sendo varrido por fortes ventos. Max. : 38°, em Brasília. Min.: 5°, nas Laranjeiras”
Jornal do Brasil de 14 de dezembro de 1968*

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 conseqüente 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 soerguer 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. A discussão das medidas a serem implementadas suscitou intenso debate no meio governista, opondo estratégias distintas para o enfrentamento do quadro socioeconômico vigente no final dos anos 60. As propostas em jogo cobriam um escopo que se estendia desde as orientações de cunho bastante liberal até posições 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 o governo de Costa e Silva (1967-69) e o de Emílio Garrastazu Médici, onde despontaram como destoantes as posições 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 respostas aos conflitos que sacudiam as áreas rurais. Para tanto 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.

Este diagnóstico, longe de unânime, implicava em ferir os interesses das oligarquias agrárias que compunham os 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 uma parte considerável dos interlocutores do regime, o movimento não reunia condições suficientes para que se buscassem saídas consideradas como traumáticas do ponto de vista da manutenção de sua coesão. Além disso, como já mencionamos, 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: “Dêem-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 mais permanentes e

estruturantes preconizadas pelo Ministério do Planejamento no 1º Plano Nacional de Desenvolvimento (1972-1974) (Macarini, 2005).

Beneficiário de uma conjuntura externa favorável, o país entrou nos anos 70 impulsionado pelos efeitos da ação estatal que procurou aprimorar a estrutura produtiva brasileira conferindo centralidade ao setor agro-exportador, visto pelo então Ministro da Fazenda Antônio Delfim Neto, como segmento capaz de gerar repercussões positivas 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, buscou acelerar o crescimento econômico a despeito de um maior equilíbrio entre os setores produtivos nacionais, conforme reclamava a área do Planejamento. Sua idéia 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 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 cenário internacional, estando, portanto, dependente da dinamização do mercado interno, que, a seu ver, seria obtida a partir do fortalecimento do setor agrário.

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, uma maior distribuição de renda entre a maioria da população do país, que girava em torno de um 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 o estabelecimento de 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, impulsionados 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.

Desta forma, o desenvolvimento proporcionado pelo incentivo ao setor agro-exportador 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 de mão-de-obra proveniente dos contingentes marginalizados pelo processo de mecanização e extensão da atividade agrícola. A conjugação destes 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, alinhando-se entre os maiores movimentos populacionais observados na história mundial. O país, que até a década 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, alocadas 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. 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, tais 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 era agravada 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 petróleo⁴⁵, a situação externa começa a mudar, sinalizando que os anos de fartura estavam se esgotando e que a crise em breve bateria às portas da classe média.

Em tais circunstâncias, já se detectavam, em fins de 1974, os efeitos do modelo adotado. No Plano Básico do Ministério da Saúde para o novo governo, o ministro Paulo de Almeida Machado informava a Reis Veloso, ministro do Planejamento mantido por Geisel, o panorama da situação sanitária 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).

Além disso, desde 1971, a maior cidade do país vinha sofrendo com uma epidemia de meningite mantida sob censura pelo governo federal e pelas autoridades estaduais. Iniciada numa das zonas mais pobres da Grande São Paulo, a epidemia se espalhou para outras áreas, atingindo, apesar da subnotificação que caracterizava as estatísticas oficiais, coeficientes de incidência bastante elevados. Em 1974 foram registrados, somente na área metropolitana, 12.388 casos e 891 óbitos (Moraes & Guedes, 1990). Nesse mesmo ano a epidemia se manifestou em outras regiões do país, levando o Ministério da Saúde a empreender, em caráter de urgência, uma campanha de vacinação de grandes proporções que utilizou aproximadamente 80 milhões de doses de vacinas importadas a um custo de US\$ 40 milhões de dólares, segundo relata Vinícius da Fonseca, coordenador da área de saúde do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e encarregado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República de viabilizar a aquisição do imunizante (Hamilton & Azevedo, 2001). Os gastos com a

⁴⁵ Em represália ao apoio dos EUA e da Europa Ocidental à ocupação de territórios palestinos, durante a Guerra do Yom Kipur, os países árabes, membros da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (Opep), embargaram temporariamente o fornecimento do produto. Posteriormente reduziram a produção e quadruplicaram o preço do barril, desestabilizando a economia mundial.

campanha de vacinação empreendida, em caráter de urgência, pelo Ministério da Saúde, entre 1974 e 1975, e os problemas decorrentes da epidemia demonstraram⁴⁶, mais uma vez, a situação crítica em que se encontravam os cuidados com a saúde pública no Brasil.

A saúde como mercadoria: um direito de poucos

“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.

Na área da saúde observou-se uma crescente distinção entre a assistência médica individual, colocada sob a esfera de influência da estrutura previdenciária do país e a atenção à saúde coletiva sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Em termos financeiros, esta divisão foi materializada em um forte desnível em favor da medicina curativa levada a cabo pela estrutura privada, conveniada à Previdência Social, que desde as décadas anteriores vinha crescendo rapidamente. Tal situação levou a um brutal decréscimo da participação direta do Estado no atendimento à população e sua conseqüente substituição pela rede privada (Ponte, 2003).

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 aproximadamente sete bilhões de cruzeiros (moeda de então) para a saúde dos quais 70% foram destinados a hospitais particulares situados no eixo Rio - São Paulo (Cordeiro,1983). Tais empréstimos foram em sua maior parte, realizados em condições vantajosas para os empresários, ou seja, longos prazos de carência, juros subsidiados e correção monetária abaixo da inflação. Instala-se, assim, um verdadeiro processo de drenagem dos recursos públicos que vão capitalizar as empresas de medicina privada, transformando a saúde em um negócio bastante lucrativo.

Nesta perspectiva, a prioridade conferida à medicina curativa, o financiamento público e o crescimento dos grupos privados no setor saúde, são as engrenagens de um

⁴⁶ Sobre a epidemia de meningite ver o texto de Nara Azevedo no capítulo anterior.

processo onde 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 conseqüente 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 que os hospitais particulares passaram a responder por 98% deste serviço (Cordeiro, 1982). Ou ainda, quando verificamos 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).

A manutenção desta prática estava plenamente de acordo 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, 1980:164).

Assim, no que toca à medicina curativa, caberia ao Estado, conforme defendia a Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo por ocasião da promulgação da lei que instituiria o Sistema Nacional de Saúde, gerar:

(...) os financiamentos que criarão os atrativos para 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 estes estabelecimentos passaram de 944 para 2121, percentual que ultrapassa a casa dos 200% em 10 anos. Isto sem contabilizarmos neste 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 assistencialismo. (Almeida e Pêgo, 1983). O Gráfico a seguir traça a linha de evolução do número de estabelecimentos classificados com lucrativos no período compreendido entre 1964 e 1974:

2121										
1996										
1744										
1708										
1596										
1476										
1425										
1423										
944										
	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1973	1974

Fonte: Anuários Estatísticos IBGE. Citado por Almeida e Pêgo (Saúde e Trabalho 1983)

Montado em uma estrutura dependente do nível de empregos e salários⁴⁷ 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 em quanto 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 contribuía para o sistema” (Médici, 1987 in: OPS, 1987).

⁴⁷ Em épocas de crise estes níveis caem mais rapidamente do que o orçamento fiscal.

Entretanto, até que a crise se fizesse presente, 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 se fez presente 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 ausência de prioridade conferida aos programas preventivos, tais como programas de controle de doenças transmissíveis. Vejamos:

Programas do Governo Federal	<u>Gastos %</u> <u>Anos de referência</u>						
	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: 575)*

A saúde pública agoniza

“(...) nas grandes cidades existe uma deterioração crescente da saúde. Assim, a mortalidade infantil em São Paulo é hoje mais elevada que em 1962. (...) É inegável o despreparo dos órgãos de saúde para enfrentar a problemática dos grandes centros industrializados”.

*Paulo de Almeida Machado,
Ministro da Saúde do governo Geisel*

Para além dos problemas propiciados pela 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 à 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 sob sua esfera de competência. Vale notar que em 1973, no auge do “milagre”, os recursos destinados ao Ministério correspondiam a apenas 1% do orçamento da união, enquanto que 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 Ministério da Saúde (%)	Anos de referência	Percentual destinado 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 in: Boletim de La Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 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, em uma exposição de motivos dirigida ao Presidente da República em 8 de novembro de 1973, o Ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, justifica seu projeto de obter recursos adicionais para a área junto à loteria esportiva⁴⁸ nos seguintes termos:

“a obtenção de recursos justifica-se em face da constante ampliação dos encargos do setor público em decorrência das profundas

⁴⁸ O projeto previa o acréscimo de 50 centavos no valor da aposta mínima sendo a renda a partir daí obtida destinada ao Pronan (40%) e a outras atividades de assistência preventiva e curativa (60%).

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/Bsb, de 08 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 pode ser vislumbrado 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 à 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.”

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)

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.

Por outro lado, o que se verificava no âmbito da medicina previdenciária é que o seu crescimento se deu em uma fase em que se acumulavam agudos problemas na área de saúde pública. Tal situação, aliada a crise econômica que se seguiu ao “milagre”, acabou configurando uma demanda ilimitada por assistência médica, em um 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).

5. A luta pela redemocratização do país: o coração do Brasil bate nas ruas

O projeto de distensão “lenta, gradual e segura” do “ditador da abertura” (1974–79)

O início do processo de transição do regime autoritário se dá com a ascensão do general Ernesto Geisel à presidência da República em 1974, quando - diante dos sinais de esgotamento do “milagre econômico”, indicando que a ditadura teria dificuldade em se manter - é posto em marcha o projeto de abertura “lenta, gradual e segura”. O objetivo era realizar uma “transição controlada”, na qual se verificasse um processo de liberalização do regime que paulatinamente suprimisse os instrumentos de exceção e encaminhasse o país a uma progressiva institucionalização, com os militares retornando 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 AI 5 em janeiro de 1979 por um conjunto de medidas denominadas *salvaguardas constitucionais*, sendo Geisel, o “ditador da abertura” nos termos felizes do Jornal do Brasil, o presidente militar que mais cassou políticos de oposição. De qualquer modo, um conjunto de

medidas liberalizantes foram adotadas, como o fim da censura prévia no rádio e na televisão e o restabelecimento da *habeas corpus* para crimes políticos.

Entretanto, havia resistências sérias dentro dos meios militares ao projeto de distensão “lenta gradual e segura” proposto pelo grupo “castelista” (como era identificado 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. Procuravam desestabilizar o processo de transição controlada, através de atos terroristas marcados por explosões de bombas em entidades importante como a OAB, a ABI, em bancas de jornal e até em Igrejas, além de ameaças e seqüestros de 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 sindicalista Manuel Fiel Filho (janeiro de 1976) nas dependências do DOI-CODI de São Paulo, que provocaram protestos e grande indignação na opinião pública nacional, resultando na substituição do comandante do II exército, general Ednardo D’Ávila Melo, próximo à linha dura e que havia apresentado a versão escandalosa de suicídio, por um oficial de confiança do presidente. Também durante a sucessão presidencial de Geisel por Figueiredo, tais disputas se manifestaram, havendo a necessidade do presidente demitir o ministro do exército Silvio Frota, que se colocava como candidato dos “duros” à sucessão, questionando abertamente a sua autoridade e em grande medida a própria continuidade do processo de abertura política no país.

A praça é do povo: ampliação da arena política, movimentos sociais e luta pela redemocratização

Durante o processo de abertura política expresso pela lógica “castelista” de uma *transição controlada*, 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, mas também a oposição liberal, a aceitar uma ampliação da agenda política relacionada aos rumos da redemocratização do país. Com efeito, o que se observa desde os anos 70 é um processo de fortalecimento da chamada sociedade

civil que, fora do espaço da “grande política”, procurava agir coletivamente politizando um conjunto de questões relacionadas ao cotidiano da vida nas grandes cidades, ocupando praças, igrejas, bares, escolas, transformando-os em espaços públicos de reorganização política e de oposição ao regime.

Um dos mais importantes desses movimentos, por exemplo, foi o que se organizou em torno da questão do custo de vida (*Movimento do Custo de Vida - MCV*) que, se no seu primeiro encontro em 1972 reuniu 46 donas de casa, em 1976 promoveu uma manifestação com mais de 20 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, organizando manifestações e encontros em São Paulo, Brasília, Belo Horizonte, na qual se mesclavam reivindicações estudantis com exigências democráticas, culminando na invasão, em agosto desse mesmo ano, do campus da PUC de São Paulo, comandada pelo próprio Secretário de Segurança Pública desse Estado, o coronel Erasmo Dias. Empregando grande violência, as forças repressivas depredaram não apenas instalações físicas da universidade, mas feriram estudantes, professores e funcionários, provocando solidariedade e simpatia de amplos setores da sociedade civil às lutas estudantis e às causas democráticas em geral.

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, reivindicações salariais que exigiam índices maiores de reajustes, questionando assim a política salarial e trabalhista da ditadura. No ano seguinte se observa um processo de generalização das greves, envolvendo milhões de trabalhadores de várias categorias 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. Importante notar que em torno do movimento grevista organizou-se uma ampla rede de solidariedade da população, sobretudo nos bairros populares, com a instituição de fundos de greve buscando oferecer apoio aos envolvidos no movimento. Assembléias imensas reunindo mais de 100 mil trabalhadores no estádio

de Vila Euclides, em São Bernardo, trouxeram à cena política novas lideranças como o presidente do sindicato dos metalúrgicos da região, Luís Inácio Lula da Silva, que se torna cada vez mais conhecido nacionalmente. Notoriedade que se amplia com a longa paralisação ocorrida em 1980, conhecida como a “greve dos 41 dias”, que centraliza a atenção de todo o país. Evidentemente que a reação da ditadura foi dura, com centenas de prisões de trabalhadores, de líderes sindicais, intervenção nos sindicatos com a cassação de suas lideranças mais combativas, uso corrente da violência policial sobre os grevistas, além de demissões, listas negras e pressões de todo tipo.

Enfim, o que se observa ao longo dos anos 70/80 é um processo intenso de fortalecimento do movimento social organizado, que através de associações de moradores e de favelas, de movimentos contra o custo de vida, de organizações estudantis, comunidades eclesiais de base (CEBs), movimento de mulheres, trabalhadores, etc., buscavam confrontar o poder constituído, alargando os espaços de atuação coletiva para além do permitido pelo projeto de *transição controlada*, denotando um forte sentido de associativismo e de mobilização sindical e popular, bem como a presença de uma crescente opinião pública contrária ao regime militar.

“É para abrir mesmo, quem quiser que não abra eu prendo e arrebento”: a “distensão controlada” do General Figueiredo (1979–85)

Assim, em março de 1979, dentro de um quadro de agravamento da crise econômica e pressionado pelo fortalecimento do movimento social e sindical, assume como presidente o general João Batista Figueiredo, chefe do SNI no governo anterior, 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 da *anistia política*. O primeiro encerrava com o bipartidarismo instituído pelos militares em 1965, através do AI 2, que vinha dando mostras de não mais se adequar aos interesses do regime desde o crescimento da oposição partidária, o MDB, nas eleições para deputados e senadores de 1974. Por sua vez, a lei de anistia, promulgada em agosto de 1979, gera intensa polêmica, causando uma insatisfação muito grande nos setores democráticos de oposição, que a vinham reivindicando em campanhas populares desde pelo menos 1975 como “ampla, geral e irrestrita”. No entanto, a anistia aprovada apresentava muitas

limitações, excluindo dos seus benefícios os condenados por “práticas de crime de terrorismo, assalto, seqüestro e atentado pessoal”. Por outro lado, sob o argumento jurídico do princípio da reciprocidade e do combate ao revanchismo, incluía os militares envolvidos com torturas, assassinatos e atos 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, durante um evento musical comemorativo do dia do trabalhador organizado pelo Centro Brasil Democrático (CEBRADE). Os grupos militares de extrema direita programaram a explosão de várias bombas durante a vigência do show, frustrada pela explosão de uma delas no carro em que se encontrava um sargento e um capitão envolvidos no atentado. Mostrando falta de vontade política de 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, substituído por um ministro que afirmava ser “a injustiça preferível à desordem”.

Em novembro de 1982 ocorrem eleições diretas para governador e para outros cargos eletivos, levando às urnas 48 milhões de brasileiros. Com todo casuísmo da legislação eleitoral o PMDB consegue eleger 10 governadores e o PDT um, contra doze do PDS. Os principais estados da federação, como Rio de Janeiro, Minas e São Paulo ficam com a oposição. Nesse momento se processam as articulações iniciais em defesa das eleições diretas para presidente. Até então, a sucessão do General Figueiredo, prevista para janeiro de 1985, seria decidida pelo Colégio Eleitoral, da qual participariam senadores, deputados e representantes das assembleias estaduais. No entanto, no começo de 1983, o jovem deputado Dante de Oliveira, do PMDB do Mato Grosso, apresenta no Congresso Nacional uma emenda constitucional restabelecendo as eleições diretas, cuja apreciação pelo parlamento, depois de muita negociação, tem sua data fixada para o mês de abril de 1984.

Enquanto isso, em junho de 1983 ocorre a primeira manifestação popular pró-diretas em Goiânia, 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 nas 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, CUT, Conclat, UNE, num

total de aproximadamente 70 entidades, organizam o primeiro grande ato público em defesa das 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, foi a vez da manifestação na Boca Maldita em Curitiba, reunir entre 30 e 50 mil manifestantes. Em 25 de Janeiro de 1984, dia da fundação da cidade de São Paulo, 300 mil pessoas ocupam a Praça da Sé, num comício com seis horas de duração, na qual artistas, jogadores de futebol, personalidades e lideranças políticas se revezam no palco, constituindo 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 pelo país todo, 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 das cores verde e amarelo, com esta última se tornando simbolicamente a cor das diretas, bandeiras vermelhas dos partidos de esquerda, cartazes e dizeres bem humorados, enfim, *irreverências mil*, como na letra-hino da canção da anistia. Com efeito, mais do que simples atos públicos, as manifestações pró-diretas reinventavam o espaço da política, envolvendo novos atores e personagens, contaminando o lugar da política com a alegria e a criatividade da festa popular. No Rio de Janeiro um comício monstro em 10 de abril de 1984, reúne em torno 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 da população, estimado em um milhão e 500 mil pessoas.

No dia 18 de abril de 1984, próximo à data da votação, o presidente Figueiredo impõe, através do decreto nº 89.566, as *medidas de emergência*, proibindo concentrações públicas, estabelecendo a censura prévia dos meios de comunicação, além de outras ações restritivas. Com validade de 60 dias, abrangeria a capital federal e vários municípios do Estado de Goiás, possuindo evidente intenção coercitiva e intimidadora da mobilização popular. Na véspera da votação, a população, atendendo ao chamado do comitê pró-diretas, promove um *paneleço* 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, acompanhando a votação que transcorria num clima tenso em Brasília, em função das medidas de emergência e do forte esquema policial militar montado pelo

governo. Com efeito, na capital federal o Congresso é cercado por tropas militares e qualquer manifestação é dissolvida a golpes de cassetete e bombas de gás lacrimogêneo.

A emenda, na contramão da vontade popular, é rejeitada, recebendo 298 votos a favor, 65 contra, com 3 abstenções e 113 deputados ausentes. Ficam faltando exatos 22 votos para a obtenção do quorum mínimo necessário de 2/3. A frustração da população é imensa, num dia que “pareceu uma eternidade” como registrou o cronista. No entanto, apesar do *grito preso na garganta*, o clamor cívico das diretas, apontado por muitos com 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 diretamente à *grande política* nacional.

Assim, embora derrotada no Congresso, enseja o estabelecimento de articulações políticas que levaram a vitória, no Colégio Eleitoral, da chapa de oposição conhecida como *Aliança Democrática*, fruto de um acordo político entre o PMDB e a Frente Liberal, dissidência do PDS, partido do governo, expressando, não sem percalços, a volta do poder político aos civis 21 anos depois.

Com efeito, artimanhas da história, no dia da sua posse o candidato vitorioso da *Alinaça Democrática*, Tancredo Neves, revelou ao país a sua doença, ficando impossibilitado de assumir a presidência, cabendo ao seu vice, José Sarney, político com uma importante trajetória de envolvimento como o regime militar brasileiro, a tarefa de dar continuidade ao processo de consolidação da democracia no país. Diante desse quadro político, 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 combateram 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.

6. As Ciências Sociais no Campo da Saúde: novos olhares sobre a saúde e a doença

Pós-Guerra, Estado do Bem-Estar e Desenvolvimento

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 conhecimento técnicos de modo a auxiliá-las 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 tecnológicos modernos.

*Harry Truman, Presidente dos EUA
Discurso Inaugural, 1949*

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 esqueléticos nos campos de concentração nazistas, das cidades totalmente destruídas 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 suprimir 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 pudessem ser erradicadas.

Preservar a paz e perseguir aqueles objetivos motivou a criação e fortalecimento de vários organismos intergovernamentais, como instâncias destinadas a promover e realizar a colaboração entre os países. A principal e mais conhecida destas 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 a 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 II Guerra Mundial. As crises econômicas⁴⁹ e político-sociais que antecederam à eclosão do conflito militar de 1939-1945, e que são mencionadas entre as suas principais causas, eram também situações a serem 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 aqueles que acreditavam que tudo pudesse ser resolvido pela via dos mercados de capitais, mercadorias e trabalho.

Nos países capitalistas centrais, esta nova atenção com as questões econômicas e, sobretudo, sociais era resultado de uma crescente preocupação com um possível - para alguns eminente - avanço dos movimentos operários e dos partidos socialistas. A União Soviética (URSS) havia saído do conflito como uma das nações vitoriosas e seu

⁴⁹ Em 1929, o mundo foi sacudido por uma grande crise econômica conhecida como a Grande Depressão. A crise, que teve início em 24 de outubro com a quebra da bolsa de Nova York, rapidamente se espalhou pelo mundo, perdurando ao longo da década de 1930.

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 e, principalmente as norte-americanas e européias, era um pesadelo. Este conflito entre dois sistemas, entre o capitalismo e socialismo, e entre os EUA e a URSS como nações hegemônicas, terminaria a 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*⁵⁰.

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 de fazê-lo. Neste 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 Social⁵¹, nos quais as políticas sociais nas áreas de trabalho, educação, previdência e saúde, constituíam-se resposta 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 euroamericano 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.

Estas dimensões, desde as novas tecnologias e novos conhecimentos sobre a estrutura e funcionamento das sociedades humanas; do desenvolvimento econômico e das políticas sociais; 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 Saúde e Desenvolvimento. Em cada contexto específico, em cada país, as políticas de saúde em muito dependeriam da forma com que estes elementos se articulavam.

⁵⁰ A Guerra Fria, caracterizada pela hostilidade entre EUA e URSS, mas sem confronto direto entre estas duas potências mundiais, tem seu final oficializado com a queda do Muro de Berlim (1989), e a dissolução da URSS (1991).

⁵¹ Forma organizativa do Estado, que o entende como agente da promoção social e organizador da Economia, experimentada, sobretudo, no pós guerra.

Ciência, técnica e fragmentação da saúde

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 Luis Pasteur e Robert Koch.⁵² Seu principal enunciado era que cada doença era causada por um ser vivo microscópico específico, e proteger um corpo são era principalmente destruir aquele agente patológico, evitar o seu contato com seres humanos e a sua propagação no ambiente. Era também, pela utilização de vacinas - que consistem basicamente na inoculação de fragmentos, de formas atenuadas ou inativadas dos micróbios -, imunizar o corpo humano de modo a tornar inócuo um eventual contágio (Brandt & Gardner, 2003).

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 de metade do século XX, que este processo se acelerou. As chamadas descobertas científicas se tornaram mais frequentes e mais rápidos foram os desenvolvimentos com vistas à sua aplicação prática. Assim, por 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 usada como substância antibiótica. Também na mesma década, a estreptomina e a sua combinação com outras drogas passaram a ser utilizadas com êxito indiscutível no tratamento da tuberculose.

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 sub-microscópico que apenas na década 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 de 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 a partir de 1959, uma decisão da OMS, a partir de iniciativa do representante da União Soviética e do governo cubano que, juntos, se comprometeram fornecimento inicial de 27 milhões de doses de vacina. Esta iniciativa seria mais tarde retomada, em 1967, através do Programa Intensificado de Erradicação da Varíola, com ampla participação de todos os países (Brown, Cueto & Fee, 2006).

Para a malária o governo dos Estados Unidos atribuía o *status* de ameaça global, especialmente sobre as 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, 2005).

Depois de vultosos esforços coletivos e investimentos, os resultados destas 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 Assembléia 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 esta excessiva confiança na capacidade das 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. Cada vez mais, o diagnóstico e o cuidado médico curativo passaram a ser assistidos por equipamentos tecnológicos crescentemente 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.

Como decorrência destes desenvolvimentos 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 principalmente 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 atenção curativa), ao mesmo tempo em que os gastos aumentavam continuamente, nesta área. O cuidado tornava-se também crescentemente especializado e fragmentado, o que se refletia na organização do ensino e do próprio conhecimento em saúde.

Este 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 crescentemente 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, à saúde, à proteção ao trabalho, à previdência, entre outros domínios – um 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 outros, vários movimentos empreenderam a crítica ao tipo de atenção à saúde que se mostrava crescentemente verticalizada, superespecializada e fragmentada. É comum a todos eles a introdução, sob distintas formas, de elementos da

vida social na problemática da relação entre saúde e doença, procurando romper com as concepções estritamente biológicas ou biologicistas desta relação.

Medicina Preventiva

A Medicina Preventiva, originária nos EUA a partir da metade dos anos quarenta, foi uma tentativa de se fazer frente aos crescentes custos da atenção curativa e, ao mesmo tempo, da 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 da Grã-Bretanha. Propunha-se uma reorientação da formação médica no sentido do desenvolvimento de uma atitude preventiva, epidemiológica, social, educativa e de equipe.

As organizações corporativas médicas, de início, reagiram contrariamente a qualquer forma de medicina estatal ou medicina socializada, mas diante das estatísticas alarmantes de mortalidade e as análises que as relacionavam às condições sociais em que eram geradas, tiveram que desimpedir o caminho para ampliação das políticas públicas e para uma abordagem social da saúde. Ao mesmo tempo, essa proposta conviveu e se articulou à 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 ganhos 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 de medicina, um movimento que se apoiou 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 Rockefeller e a Ford. No Brasil, a principal manifestação deste 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, estes departamentos se tornariam obrigatórios para os cursos de medicina (SCOREL, 1999).

O profissional médico a ser formado, segundo o modelo preventivista, devia desenvolver um conjunto de atitudes para 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, foram se incorporando às pesquisas sobre agentes, ambiente e hóspedes de doenças, elementos das ciências sociais.

Através dos órgãos de saúde pública, a política estatal de controle de determinadas enfermidades ou eventos tinha como foco, 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 a redefinir as responsabilidades do médico mantendo a natureza do seu trabalho; a ampliar seu espaço social, preservando a organização hospitalar e dos consultórios privados; a desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca; a diminuir o custo da atenção médica, mantendo, todavia, um cuidado médico excessivamente técnico; e a melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social (Arouca, 2003: 238).

Medicina Comunitária

A Medicina Comunitária surgiu, também nos EUA, 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 criadas para responder a essas tensões a partir de programas assistenciais destinados à contenção da pobreza, e representou a forma pela qual a assistência médica individual foi incorporada na saúde pública norte-americana. Neste 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 dos projetos sociais e educacionais, bem como pelo envolvimento do pobre em seu planejamento e administração. (Donnangelo, 1976: 89).

Seguindo essas orientações, os programas de medicina comunitária – cujo alvo era a prestação de serviços à coletividade, de início, sobretudo, 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 através de ações de treinamento de curta duração.

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

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 no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, em Paulínia, em São Paulo, e em Sobradinho e Planaltina, no Distrito Federal.

No plano internacional, este movimento culminou, em 1977, com o estabelecimento, pela OMS, da Meta de *Saúde para Todos no Ano 2000*, e da definição, pela Conferencia 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 este movimento de afirmação da saúde como direito social e expansão da cobertura dos sistemas de saúde, na América Latina e no Brasil se desenvolveu uma nova abordagem social da saúde, que enfatizava as insuficiências de um enfoque estritamente biológico da saúde. Esta nova abordagem se apoiava na idéia de que a estrutura social e as condições de vida, assim como elementos culturais e simbólicos, constituíam determinações sociais da doença, e que uma a plena reforma da saúde só se daria nos marcos de um processo de transformação da sociedade. A política, deste 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. Este pensamento se constituiu, 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. Esta última organização 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, a designação que terminou por ser adotada para referir esta linhagem de pensamento social em saúde foi a de Saúde Coletiva, procurando-se com isso, acentuar seu caráter necessariamente multidisciplinar e de ruptura com a tradição médica de cunho biomédico.

Alma-Ata, Cazaquistão, 1978: a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde

“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 Maller, 1978, Diretor da OMS, no discurso de encerramento da Conferência Internacional de Alma-Ata

A comunidade de Alma Ata, na Ásia Central, entre os séculos X e XV era um centro comercial e um dos pontos centrais 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 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 central para se tentar alcançar a meta de Saúde para Todos na passagem para o século XXI. Os principais elementos desta estratégia incluíam 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, quando da conclusão dos trabalhos da conferência, e que compõe a epígrafe desta seção.

Pretendia-se uma completa reorientação das ações de saúde mediante um cuidado e uma abordagem integral da saúde; a adoção das chamadas *tecnologias apropriadas*, no sentido de serem adequadas às realidade locais, cientificamente embasadas 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 saúde e desenvolvimento, no sentido de que o trabalho em saúde não é concebido como uma intervenção tópica, destinada a curar, a aliviar o sofrimento, mas como parte de um processo que propicia uma a progressiva melhora das condições de vida. Desta forma, a ação direcionava-se, simultaneamente, na promoção, prevenção e cura; contemplando a participação da população; mobilizando a força de trabalho e os conhecimentos e tradições existentes nas próprias comunidades e organizando-se de forma intersetorial, atuando também em questões pertinentes a educação popular, à habitação e saneamento, 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 a pelo menos o final da década de sessenta. Ele envolveu uma intrincada preparação, em um ambiente global desafiador (Cueto, 2004).

Desde finais dos anos 60, o planeta experimentava o que se convencionou chamar de crise da hegemonia norte-americana. Esta era decorrente da derrota militar e política dos Estados Unidos da América no Vietnã (1975); de uma crise cambial que terminou com uma 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 em busca de melhores termos nas relações entre as nações ricas e aquelas chamadas do Terceiro Mundo. É deste 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).

Neste contexto, tornaram-se freqüentes as críticas àquelas 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 Medica Cristã, a Unesco e a OMS, isoladamente e em cooperação desenvolveram soluções para a expansão do cuidado médico básico, freqüentemente 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 Assembléia Mundial de Saúde, órgão máximo de deliberação da OMS, estabeleceu que a implementação de sistemas nacionais de atenção primária deveria ser considerada uma prioridade de primeira grandeza. No ano seguinte, a mesma instância estabeleceu a meta de *Saúde para Todos no Ano 2.000* 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 uma solução capaz de acomodar ambos 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).

A reunião se realizou como o complemento de 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 – freqüentemente 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 a uma atenção integral de saúde, proporcionada por sistemas de saúde universais e hierarquizados.

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 a 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 aos gastos públicos, 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 alli*: 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 esta concepção restrita, uns poucos procedimentos foram “empacotados” sob a sigla *Gobi*, formada pelas expressões em inglês para: (1) a monitoração do crescimento de crianças (*growth monitoring*); (2) o uso de técnicas para reidratação oral (*oral rehydration*); (3) a promoção do aleitamento materno (*breast-feeding*); e (4) a imunização (*immunization*) (Cueto, 2007; Brown, *et alli*: 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 quanto 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 da declaração de 1978 (Cueto, 2004).

No Brasil, nos primeiros anos do 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 às políticas seletivas do Banco Mundial, sobretudo, 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 alli, 2009).

O que estas variações de conceitos e termos indicam é que este é um debate que permanece em aberto. Por envolver considerações acerca do direito à saúde e sobre a natureza essencial do cuidado à saúde; sobre os modelos de organização dos serviços e as formas do seu financiamento; e acerca da acesso equitativo e as formas de gestão de serviços, entre outros temas fundamentais, trata-se de uma discussão extremamente atual, principalmente quanto 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.

7. O desafio do planejamento: a noção de saúde como sistema integrado

O planejamento no campo da saúde: atores institucionais, propostas e repercussão na organização da assistência médica e na formação profissional em saúde

No contexto da Guerra Fria, em termos políticos e ideológicos globais, a década de 1960 se caracterizou pelo acirramento da rivalidade entre os Estados Unidos e a União Soviética. A Revolução Cubana e o alinhamento de Fidel Castro à causa russa, a partir de 1961, contribuíram para que a gestão do Presidente norte-americano John Fitzgerald Kennedy (1961-1963) atribuísse grande importância às questões de natureza geopolítica e de segurança nacional em seu país e nos territórios vizinhos, especialmente na América Latina. A manutenção da imunidade latino-americana, pelo afastamento de brasileiros, argentinos, chilenos e demais países do continente dos ideais comunistas, procurava garantir o alinhamento destes às propostas e interesses norte-americanos, interesses então prioritários para a política externa dos Estados Unidos.

Uma das estratégias políticas adotadas pelo governo norte-americano foi a implementação da *Aliança para o Progresso*, em agosto de 1961, na cidade de Punta del Este, no Uruguai. A Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social, que serviu de palco para a Aliança, procurou estimular reformas sociais estruturais nos países latino-americanos e teve como objetivos, no campo da saúde, a construção da meta decenal de combate às enfermidades mais graves do continente, em particular a malária, devido ao seu impacto nos números de invalidez e morte. Suas recomendações gerais para os países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) foram a preparação de planos nacionais em todo o continente; a criação de unidades de planificação e avaliação nos Ministérios de Saúde; a melhora do processo de produção de estatísticas sobre saúde; investimentos na formação de pessoal profissional e auxiliar; a determinação do número de técnicos necessários, a capacitação dos funcionários em serviço e a ampliação dos centros de educação; e, por fim, a organização dos serviços de saúde locais, integrando as funções de prevenção e tratamento.

Estas foram medidas tomadas a médio e longo prazo. Aquelas apontadas como imediatas procuraram dar conta da formulação de projetos para produção de água potável; a redução da mortalidade; a erradicação do impaludismo e da varíola no continente, a intensificação do combate às outras enfermidades contagiosas, como a tuberculose; a melhora da alimentação e nutrição; o aumento da cobertura dos serviços médicos; o aumento em cinco anos da esperança de vida; a utilização da assessoria técnica da OPAS para a confecção dos planos nacionais; e o uso de meios de assistência técnica, multilateral ou bilateral.

Entre os desdobramentos mais importantes da *Aliança* também estão alguns temas que orientariam - a partir de então - políticas de saúde em diversos países do continente, incluindo o Brasil. Ela estimulava o desenvolvimento de políticas de planejamento em saúde e de aumento de cobertura dos serviços assistenciais, e a reforma dos currículos médicos. Temas estes que, desde então, se tornariam chaves na pauta da reforma de saúde brasileira.

O desenvolvimento de políticas de planejamento setorial estatal, sobretudo na área econômica, já era algo praticado no Brasil desde a gestão do presidente Getúlio Vargas (1930-1945). A novidade do pós-guerra foi o enquadramento das políticas sociais em uma perspectiva considerada planejada e articulada às metas de desenvolvimento nacional, permitindo a alocação de capital, de recursos materiais e

humanos de acordo com diferentes situações regionais, bem como em sintonia às perspectivas de mudanças das necessidades sociais em longo prazo.

Se a Carta de Punta del Este foi um marco institucional importante para o entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos profissionais deste campo para o desenvolvimento social e econômico das nações latino-americanas, a OPAS se situava como instituição central para o desenvolvimento deste debate e sua disseminação, sobretudo a partir dos primeiros anos da década de 1960.

A agenda do planejamento em saúde seria renovada e reavaliada, sob o patrocínio da OPAS, ao longo de sucessivas reuniões internacionais entre ministros da saúde de todo o continente. Os encontros de Washington (1963), de Buenos Aires (1968) e do Chile (1972) são exemplos deste processo. Além disto, a partir dos cursos de Planificação de Saúde do Instituto de Planificação Econômica e Social (ILPES), em Santiago, no Chile, foram formados quadros profissionais de alto nível, afinados às metodologias do planejamento em saúde. O curso foi organizado, a partir de 1961, pela OPAS e pelo ILPES e destinou-se aos altos funcionários da administração de saúde dos países membros da OPAS. Seu objetivo principal foi a formação de pessoal especializado capaz de contribuir para o arranjo de planos nacionais de saúde na América Latina, bem como a capacitação de pessoal hábil para estimular a gradual construção de sistemas de saúde integrados nacionalmente.

Havia naquele período grande e generalizada tônica pela integração das ações de saúde, então consideradas amplamente desconexas e pontuais. Mais do que isto: considerava-se também que a área da saúde, ou como esta se organizava, deveria se articular aos demais setores da sociedade e às necessidades do mercado de trabalho em saúde, por exemplo. Políticas integradas de saúde envolviam a articulação permanente entre os diferentes níveis de atendimento a saúde, bem como a organização, segundo critérios racionais, dos diversos serviços e unidades hospitalares de acordo com suas complexidades tecnológicas. Envolvia também uma formação de pesquisadores treinados para a produção e operacionalização de dados epidemiológicos acerca das diferentes realidades nacionais e regionais, pois se considerava que a América Latina possuía problemas sanitários próprios, distintos daqueles dos quais sofriam os grandes centros mundiais, seja na Europa ou nos Estados Unidos. Assim, num só tempo, se propunha atenção especial à produção de conhecimento acerca dos males especificamente latino-americanos - o que exigia a formação de pessoal altamente qualificado -, como também se entendia de antemão que os problemas pelos quais

passava o continente eram de natureza eminentemente primária, o que exigia, por sua vez, a formação de pessoal auxiliar para a atenção em saúde. Daí a centralidade da formação de recursos humanos em saúde como pauta permanente de planejamento.

Recursos Humanos (RH) tornava-se uma questão primordial tanto sob uma perspectiva quantitativa, pois se considerava reduzido o número de profissionais de saúde, especialmente os quadros auxiliares, como também do ponto de vista qualitativo, pois se procurou redesenhar um novo perfil de profissional de saúde, mais atento, como se disse, às circunstâncias epidemiológicas nacionais ou regionais, bem como aos determinantes sociais e econômicos inerentes a realidade latino-americana. Iniciativa concreta deste contexto foi a organização do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), fruto do *Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil*, no âmbito de um acordo de cooperação técnica assinado pela Organização Pan-americana da Saúde e pelo governo brasileiro em 1975.

O PPREPS foi matriz para o desenvolvimento de experiências consideradas inovadoras na formação de RH em saúde, no estímulo à criação de um domínio de produção intelectual e de um campo de práticas sociais e de políticas públicas no campo de RH para a Saúde do país. Ele, de forma articulada ao processo histórico mais amplo e também ao movimento da reforma sanitária brasileira, inclusive em suas implicações na organização de um sistema nacional de saúde para o país, se situou, naquele contexto, como uma das respostas à necessidade de incremento à formação de pessoal para a saúde.

Ainda no terreno das realizações nacionais durante este período, merece destaque a 4ª Conferência Nacional de Saúde. O encontro realizado no Rio de Janeiro, em 1967, teve como tema “Recursos Humanos para as Atividades da Saúde” e contou com a presença de Abraham Horwitz, diretor da OPAS; de Leonel Miranda, Ministro da Saúde, entre outras personalidades. Sua realização, num só tempo, revelava a importância atribuída à formação de pessoal de saúde como um quesito para a remodelação dos serviços e do atendimento, como também imprimiu, a partir daí, maior significado estratégico à área dos recursos humanos no campo da saúde. Significado estratégico que o PPREPS colocaria entre suas metas e objetivos.

Importante lembrar que a atenção conferida à formação de pessoal não era um fim em si mesmo, mas sim servia como um meio de se alcançar melhores níveis de atendimento e cobertura de saúde. Desse modo, para compreendermos melhor a adoção

desta estratégia, iremos discutir o chamado diagnóstico da realidade sanitária brasileira da época, ou, em outros termos: o chamado quadro sanitário do país.

A organização da rede assistencial nos anos de 1970

A forma como atualmente é organizado o modelo tecno-assistencial do sistema de saúde brasileiro é comumente representado por uma pirâmide. Em sua ampla base desenvolver-se-ia um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela promoção e prevenção, por cuidados primários e pela assistência médica em sua área de cobertura. Esta base serviria ainda, de acordo com sua concepção original, como uma “porta de entrada” a todo os serviços oferecidos pelo sistema de saúde, para os demais níveis de complexidade tecnológica e hierarquização. Na parte intermediária da pirâmide se situariam os serviços de atendimento secundário, composto basicamente por serviços ambulatoriais, com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, um conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como, em alguns casos, serviços de atendimento de urgências médicas. No ápice da pirâmide encontraríamos os serviços médicos de maior complexidade tecnológica.

Em termos organizacionais, a marca do sistema é seu caráter racionalizador, que procurou ordenar o atendimento e o fluxo de pessoas dentro do próprio sistema. Tendo em vista a escassez de recursos, este projeto apresentava-se como uma estratégia de melhor aproveitamento dos recursos materiais disponíveis. Sem deixar de privilegiar as reais necessidades dos usuários do sistema, possibilitava-se a utilização do recurso tecnológico adequado, equacionando melhor a relação custo-benefício. Além disso, a organização piramidal serviria como um orientador para investimentos a serem realizados no próprio sistema, seja de pessoal de saúde, seja de equipamentos.

O Par Saúde–Democracia como bandeira de luta dos Movimentos Populares na Saúde

São Paulo, 11 de abril de 1979.

Mãe,

Não suporto mais a saudade sufocante do meu irmão Betinho. Minha vida segue sem sentido e sem alegrias. Sai um disco do Chico e não consigo me entregar no canto que

gostaria de partilhar com ele e com a Maria. O grito de gol fica preso no peito porque me sinto sozinho no Maracanã mais lotado. (...)

Henfil - Cartas da mãe - RJ: Record, 1986

No final de 1979, ano em que Henfil escreveu esta crônica (em forma de carta à sua mãe), a lei da anistia permitiu que os primeiros exilados políticos da ditadura militar que vigia desde 1964 voltassem ao Brasil. Betinho, irmão de Henfil, ficou imortalizado na música de Aldir Blanc e João Bosco “O bêbado e a equilibrista”, nos versos que diziam:

Meu Brasil / Que sonha com a volta do irmão do
Henfil./ Com tanta gente que partiu / Num rabo de
foguete / Chora! A nossa Pátria Mãe gentil / Choram
Marias e Clarisses / No solo do Brasil

Esta música, também de 1979, fala de saudade e esperança, e assim como as palavras de Henfil, ilustram um pouco do clima que marcou o Brasil naquele período. O sentimento de estar “sozinho no Maracanã mais lotado” era o reconhecimento de que a abertura política “lenta, gradual e segura” iniciada no governo anterior não estava sendo suficiente para afastar as tristezas que o regime militar criou para grande parte da população brasileira.

A expressão maior da insatisfação popular com o governo militar já vinha se dando no campo da saúde desde o início dos anos 1970, em meio a epidemias de meningite em São Paulo e ao alto grau de mortalidade infantil verificado nas estatísticas de 1974. Os tecnocratas do regime militar já haviam reconhecido que o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social deviam acontecer de modo paralelo e progressivo, como indicam o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND – Governo Geisel, 1975-1979) e a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6229/1975) – este último correspondente a uma tentativa de unificar as atividades das Secretarias de Saúde e de Assistência Médica e assim romper com a dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

Contudo, a insatisfação geral com o regime autoritário se transformou na luta pelo movimento popular de saúde e pelo movimento sanitário por um novo modelo de saúde que se traduzisse num novo projeto de sociedade. Deste encontro entre os movimentos populares - de mulheres, estudantes e lavradores, lavadeiras, donas de casa, professoras

rurais, entre outros, boa parte ligados às Comunidades Eclesiais de Base -, e os profissionais articulados ao movimento sanitário interessados em contribuir para a expansão da rede de postos de saúde e para a organização popular no campo da saúde pública, surgiram as comissões de saúde. As primeiras comissões, que datam de 1977, foram as do Jardim Nordeste e de São Mateus - regiões que aglutinam dezenas de bairros pobres da cidade de São Paulo. Na assembléia pública reunida em 1979, com quase mil pessoas representando os onze bairros de São Mateus, as principais exigências eram a melhoria imediata dos poucos postos de saúde existentes e construção de novos centros de saúde; construção de um pronto-socorro com maternidade; construção de um ambulatório do Inamps; eleição de um conselho de representantes das comunidades para fiscalizar o funcionamento desses órgãos.

O Movimento Popular de Saúde (MOPS), que começava a ganhar corpo naquele momento e ganharia oficialmente esse nome no III Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária, ocorrido em Goiânia em 1981, era composto por grupos que defendiam a estratégia prioritária de reivindicação de melhorias materiais, bem como por grupos que entendiam que era fundamental a luta pela participação popular, na forma de fiscalização dos postos, pronto-socorros e ambulatórios, transformando as relações sociais pela participação política direta.

Os primeiros conselhos populares atuantes nestes órgãos públicos de saúde tiveram que pressionar muito para que o governo e alguns profissionais de saúde os reconhecessem oficialmente como uma instância do Estado, que não precisava pedir licença para controlar os serviços. Ao mesmo tempo, o movimento popular de saúde, com todas as divergências que haviam em seu interior, buscou atuar por meio das comissões de saúde enquanto organismos abertos, autônomos, promotores das lutas da população. Ou seja, a luta mais ampla pela abertura democrática intensificada pelos movimentos de trabalhadores, em especial pelos operários metalúrgicos, refletia-se no campo da saúde na reivindicação por participação do movimento popular de saúde na esfera estatal, fiscalizando os órgãos públicos, e na sociedade civil, representando as populações das regiões desassistidas através das comissões de saúde. Segundo Stotz (2005, p.23):

“O trabalho de mobilização e organização popular, estruturado por uma aliança entre os profissionais e técnicos da saúde e as lideranças e os ativistas populares, faz avançar a luta pelo direito à saúde, afirmada em tentativas de organizar os serviços de modo alternativo que questionam

o modelo vigente de atenção à saúde. São contribuições fundamentais ao processo da Reforma Sanitária, que se inicia na VIII Conferência Nacional de Saúde e culmina na Constituinte.”

O Movimento Sanitarista recobra o fôlego

*“Para que a saúde possa ser um direito garantido pelo Estado é fundamental que se faça uma mudança nesse Estado”
Sérgio Arouca*

Detentora de uma herança constituída pelas ações e pensamentos de homens como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Adolfo Lutz, Belisário Penna e Josué de Castro, a Saúde Pública brasileira, agora impulsionada também pelo ideário da de grupos defensores da ampliação dos direitos sociais do conjunto da população brasileira, busca se rearticular. Associado à luta pela democracia e pela redistribuição de renda, o processo de rearticulação do Movimento Sanitarista dirige inicialmente o seu olhar para a atenção básica, para a prevenção e para a ampliação da cobertura.

Gradativamente desenvolve-se uma série de iniciativas destinadas a repensar a estrutura de atenção à saúde do país. Fazem parte deste conjunto a retomada da realização das Conferências Nacionais de Saúde, não convocadas desde 1965; o fortalecimento e a modificação, no âmbito das faculdades de Medicina, dos Departamentos de Medicina Preventiva; a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/ Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ Abrasco (1979); a constituição dos Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva em diversas universidades brasileiras, entre outras.

A efervescência de idéias no campo da saúde passou a formar novo tipo de profissional e abriu a possibilidade de ingresso no setor público de quadros mais identificados com as propostas de alteração das políticas estatais vigentes. Estes novos profissionais somaram-se, não sem conflitos, a parcelas de antigos militantes da área que, apesar de professarem crenças políticas distintas e de estarem submetidos a estruturas organizacionais autoritárias, mantinham vivo interesse pelos problemas que afligiam a grande maioria da população.

Vinculado aos movimentos populares em saúde, ampliando sua presença na aparelhagem estatal e ancorado nas reflexões acadêmicas e em experiências internacionais, o movimento sanitário começou a esboçar alternativas mais sólidas às

ações descoordenadas e fragmentadas levadas a efeito pelo complexo público de atenção à saúde. Revigorados pelas sucessivas vitórias obtidas pela oposição e pelo intenso debate que se travava na área, os sanitaristas passaram a apresentar propostas mais abrangentes do que aquelas destinadas a somente remendar a canoa furada em que se transformou a atenção à saúde baseada na medicina previdenciária.

No campo das relações trabalhistas, podem ser citados o Movimento dos Médicos Residentes, que buscava reconhecimento dos residentes como profissionais e o Movimento de Renovação Médica, que lutava por implementar novas idéias e nova dinâmica nos Sindicatos da categoria, vistos então como conservadores, imbuídos de uma concepção liberal da profissão, que relegavam para segundo plano as questões decorrentes do processo de assalariamento vivenciado pela ampla maioria dos médicos que chegavam ao mercado de trabalho.

8. A Crise do Estado Brasileiro e a Criação do SUS: o sistema de saúde em formação

A crise de financiamento do estado brasileiro

A vigência da idéia do planejamento econômico em escala nacional, de uma concepção de Estado como formalmente responsável pelo provimento de recursos de infra-estrutura e de serviços essenciais - entre os quais os de atenção à saúde - consagrou um modelo estatal conhecido como “desenvolvimentista” no Brasil. Do ponto de vista econômico, o ápice do sucesso deste modelo ocorreu na primeira metade da década de 1970, quando as taxas de crescimento nacional anual giraram em até 14% (PIB, 1973). Simultaneamente ao seu sucesso, já se desenhava internacionalmente uma das mais importantes crises do capitalismo mundial. Detonada a partir da diminuição na produção de petróleo, por parte da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), o maior centro produtor deste insumo, a crise produziria impacto econômico, a partir de 1973, em boa parte dos países mundiais.

No Brasil, os efeitos da crise internacional se fariam sentir mais tardiamente, no chamado segundo impacto da crise do petróleo, a partir de 1979. A partir daí, o país vivenciou a crise do endividamento e do ajuste fiscal, os constrangimentos da hegemonia ideológica de uma razão de mercado e o fim do otimismo

desenvolvimentista. Encerrava-se, assim, o período clássico de vigência do desenvolvimentismo como único norte ideológico do papel do estado brasileiro.

Politicamente, a decadência do modelo desenvolvimentista se fazia acompanhar pela crise dos regimes autoritários à direita. A sucessão do governo Ernesto Geisel (1974-1979) abria as fissuras em torno daqueles que se posicionavam a favor do regime ditatorial e aqueles mais favoráveis a uma abertura política, ainda que lenta e gradual, como anunciado à época.

João Batista Figueiredo, eleito em reunião do Colégio Eleitoral em outubro de 1978, enfrentaria tanto o processo de abertura política, em torno do qual militavam atores bastante heterogêneos, como também a crise econômica em seu estado mais agudo. Os primeiros anos da década de 1980 apresentariam indicadores de PIB negativos, estagnação econômica e inflação crescente. O Brasil abria gradualmente o seu flanco para os discursos do estado mínimo e do neoliberalismo, cujo primeiro fiel representante no poder central foi o Presidente Fernando Collor de Mello, no início da década seguinte.

Uma proposta de universalização do atendimento médico em plena crise

Nesse contexto de ampla crise de financiamento estatal e de abertura política, no início da década de 1980, foi desenvolvido o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, amplamente conhecido no setor pela sigla PREV-SAÚDE. Ele constituiu-se em uma proposta de articulação objetiva entre as áreas de saúde pública, tradicionalmente sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, e os serviços de assistência médica até

ERROR: syntaxerror
OFFENDING COMMAND: %ztokenexec_continue

STACK:

-filestream-