CARLOS EDUARDO AGUILERA CAMPOS

“CENTROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO.
RECONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA DE UMA
ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA. 1927-1997”

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de doutor em Medicina

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Amélia Cohn

São Paulo

1999

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Campos, Carlos Eduardo Aguilera

Centros municipais de saúde do Rio de Janeiro: reconstrução da trajetória de uma organização sanitária: 1927-1997 / Carlos Eduardo Aguilera Campos

-- São Paulo, 1999.

Tese(doutorado)—Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientadora: Amélia Cohn.

Descritores: 1. CENTROS DE SAÚDE/tendências 2. POLÍTICA DE SAÚDE/história 3. POLITICA DE SAÚDE/tendências 4.ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA 5.ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/história 6. ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/organização & administração

USP/FM/SBD-087/99

Dedico este trabalho à
J.P.Fontenelle,
médico sanitaria que dedicou, intransigentemente, a sua vida profissional à causa
dos Centros de Saúde do Rio de Janeiro.

Agradecimentos

A experiência de navegar, só para usar o termo mais moderno do mundo Web, pela fascinante história da organização dos Centros de Saúde do Rio de Janeiro representou, antes de tudo, um enorme prazer e contou com a participação de outros viajantes, que entravam e saíam da embarcação.

Agradeço primeiramente àqueles que viajaram todo o tempo ao meu lado. À minha orientadora, Profa. Amélia Cohn, que transformou este trabalho em um aprendizado permanente e um exercício, relativamente leve, de disciplina na busca do conhecimento, graças a sua habilidade e capacidade. É absolutamente verdade que não teria chegado até aqui sem a sua presença. É igualmente verdade que poderia ter chegado mais longe, se tivesse acolhido todas as suas inúmeras observações. Infelizmente a viagem durou apenas três anos e, felizmente, levo comigo todas as suas falas e anotações.

Agradeço aos diretores da Faculdade de Medicina da UFRJ, que sempre me apoiaram, especialmente no trabalho a frente do Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS). À idealizadora do PAPS, Profa. Vera Haulfoun e ainda à Profa. Silvia Vargas e ao Prof. Almir Valadares, seus sucessores na tarefa de manter vivo o ensino da Atenção Primária à Saúde na graduação. E a outros que compartilharam comigo do desafio de nos embrenhar nesta tão propalada e tão pouco praticada integração docente assistencial: Marly Serzedello, Clotilde Teixeira, Sérgio Coelho Gomes, Odaléia Barbosa de Aguiar. As companheiras das outras faculdades: Profa. Elisabete Pimenta Araújo Paz, da Escola de Enfermagem Anna Nery. À Profa. Mirian Ribeiro Baião, do Instituto de Nutrição e à Profa. Ludmila, da Escola de Serviço Social. Aos colegas e também agora amigos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, que acreditaram neste projeto, apoiando-me em todos os sentidos. Não foram poucas as minhas constantes, por vezes ousadas, por outras vezes, beirando até a impertinência, propostas de integração da Universidade com a Secretaria Municipal de Saúde. Todas foram sempre recebidas com carinho, seriedade e atenção. E, principalmente, foram as sugestões, quase sempre, mesmo que sem nenhuma obrigação, acompanhadas da decisão de se fazer. Às amigas da Superintendência de Saúde, Cristina Boaretto, Ana Maria de Castro, Sandra Torturella, Carla Brasil, Kátia Ratto, Cristina Custódio, Juçara Malafaia, Inez Costa, Rosana Gomes, Rosana Gomes, Laurinez Oliveira e Silva. Aos

amigos do Desenvolvimento dos Recursos Humanos, Cristina Alves, Celso Carvalho, Angela Borralho e Maria de Fátima Borges. Toda esta amizade resultou em um desejo de me tornar funcionário público municipal. Alcancei este intento com a aprovação em concurso como médico sanitaria da Secretaria Municipal de Saúde, e a tomada de posse, por decisão do Secretário de Saúde, à frente do Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau.

Agradeço ainda à Secretaria de Ciência e Tecnologia da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro pela bolsa concedida durante dois anos que muito contribuiu para a finalização deste trabalho.

Aos meus queridos Sandra, Paula e Daniel, que tornaram este trabalho um exercício de tolerância e paciência, da parte deles, e de reconhecimento pelo amor em família, da minha parte. Sandra também me estimulou muito a realizar este trabalho pela sua consciência profissional e compromisso com o serviço público de saúde.

Índice

<i>I. Introdução.....</i>	<i>03</i>
<i>II. Objeto</i>	
<i>II.1 A Saúde Pública como Instituição</i>	<i>24</i>
<i>II.2 A Organizações da Saúde Pública.....</i>	<i>26</i>
<i>II.3 A Hipótese.....</i>	<i>29</i>
<i>III. Metodologia.....</i>	<i>39</i>
<i>IV. Escopo.....</i>	<i>42</i>
<i>V. Periodização.....</i>	<i>50</i>
<i>VI. Descrição.</i>	
<i>VI.1 1927-1939: Vida, paixão e morte de uma proposta inovadora.....</i>	<i>53</i>
<i>VI.2 1940-1961 Descaracterização e Esvaziamento</i>	
<i>A Nova Higiene deixa a Capital.....</i>	<i>71</i>
<i>VI.3 1962-1978 Os Centros Médico Sanitários: subordinação e incorporação</i> <i>de algumas técnicas para os velhos problemas.....</i>	<i>87</i>
<i>VI.4 1979-1986: A Nova Saúde Pública: A busca de alternativas aos CMS</i> <i>por meio dos Cuidados Primários à Saúde.....</i>	<i>93</i>
<i>VI.5 1986-1997: Retomando algumas propostas do ideário de 27. A</i> <i>redescoberta dos CMS pela Nova Saúde Pública.....</i>	<i>100</i>
<i>VII. Conclusão.....</i>	<i>103</i>
<i>VIII. Bibliografia.....</i>	<i>106</i>

*“Temido pela fama de mau, o novo Ministro vai com calma
quando se trata da área que agora dirige:
“Prefiro conquistar os setores que não funcionam
do que tentar destruí-los”*

*Entrevista com o novo Ministro da Saúde José Serra
Jornal do Brasil, 19/04/98, pág. 12*

RESUMO

Os Centros de Saúde do Rio de Janeiro são analisados enquanto uma organização estruturada para desempenhar, na área da saúde, parte das funções do aparato burocrático do Estado brasileiro. Seu papel institucional vincula-se à emergência de novos problemas sanitários numa sociedade em processo de urbanização e de consolidação de um Estado nacional. Ao longo de sua trajetória histórica passou por situações distintas, no que se refere ao seu papel no Sistema de Saúde, articuladas a determinantes de natureza técnica e política. Enquanto fenômeno burocrático, esta organização sobreviveu às diversas conjunturas históricas interpondo resistências, que se manifestaram, principalmente, pela lentidão com que eram processadas as mudanças internas propostas.

SUMMARY

The Health Centers in the city of Rio de Janeiro are analyzed as organizations that have been structured to execute part of the bureaucratic duties pertaining to the Brazilian State, as far as health care is concerned. Their role, as institutions, is related to the solution of new problems, in their sanitary aspects, that are emerging in a society in process of increasing urbanization and inside a process of organizing a National State. Along the course of their history, these organizations have overcome various distinctive situations, depending on technical and political determinants. As bureaucratic phenomena, these organizations have survived many historical conjunctures, presenting itself as resistant to the proposed changes, mainly by slow ways of implementing these propositions.

I. Apresentação

A principal motivação que nos levou a iniciar este trabalho está relacionada a uma nova experiência didático-pedagógica, iniciada em 1990, e portanto, já não tão recente, que buscou integrar o ensino de graduação da Faculdade de Medicina da UFRJ à experiência assistencial desenvolvida pela rede de Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. Esta iniciativa nos permitiu, como um dos participantes da disciplina Atenção Integral à Saúde, do terceiro período do curso médico, um olhar mais atento para estas unidades. Da mesma forma como ocorria com os alunos, a impressão inicial a respeito destas unidades nos surpreendia positivamente. Muitas vezes influenciados pelas constantes notícias sobre o caos da Saúde Pública, tínhamos consolidado, a partir de um senso comum sobre a rede pública de saúde em geral e, por conseqüência, sobre os Centros de Saúde, uma imagem e uma expectativa negativas. Isto ocorria mesmo quando não se tinha uma experiência prática concreta com os mesmos. E este era o caso destes alunos, recém admitidos no curso médico. De fato, os Centros de Saúde eram pouco conhecidos pela maioria de nós, professores e alunos. No máximo tinha-se uma vaga lembrança de, por ocasião da infância, terem sido locais em que se era levado pelos pais para se receber as tradicionais vacinas. E, diga-se de passagem, esta lembrança é válida para muitas gerações.

Logo nas primeiras visitas aos Centros de Saúde esta imagem pré concebida modificava-se. Tínhamos uma grata surpresa com o que víamos. A infraestrutura nos parecia bem razoável. Bem construídos e localizados, além de confortáveis e bem conservados, os prédios tinham uma tal disposição que era evidente que tinham sido especialmente planejados para o fim ao qual se destinavam. Também surpreendiam pelo movimento. Repletas de clientes, distribuídos pelos diversos setores, as unidades davam mostra de dinamismo. As equipes pareciam bem estruturadas, com profissionais dedicados e interessados. Havia ainda uma boa disponibilidade de insumos, com recursos diagnósticos e terapêuticos apropriados para o nível de atenção proposto. Os programas e rotinas bem estabelecidos davam um perfil próprio às unidades. Clientes e profissionais pareciam saber exatamente o que esperar em termos de atendimento.

Isto não impediu, porém, com o passar do tempo e com o convívio mais próximo, a percepção dos seus problemas. Na medida em que o

relacionamento ia se aprofundando, ficava clara a existência de comportamentos muito comuns e recorrentes, que nos pareciam, por vezes, pouco adequados a unidades que, por princípio, destinavam-se ao atendimento de comunidades locais, ou como usualmente são chamadas, de nível primário. Dentre eles pudemos constatar: consultas médicas demasiadamente rápidas e impessoais; profissionais de enfermagem atuando de forma burocrática e fragmentada, em tarefas estanques; carência, em muitos setores, de pessoal qualificado, especialmente de nível médio; confinamento das equipes, atuando nos limites da unidade, que invariavelmente não se envolviam em atividades extra muro, voltadas diretamente para a comunidade.

Mas talvez a característica que mais nos chamou a atenção tenha sido aquela relacionada aos critérios utilizados na recepção das pessoas que buscavam espontaneamente o atendimento da unidade. Com uma oferta de serviços de algum modo restrita e propositadamente dirigida a algumas ações de saúde, este rol de atividades, quando colocado frente às inúmeras demandas individuais, resultava em um conflito básico e permanente. Daí transparecia em cada profissional uma postura institucionalizada de indiferença formal a tudo aquilo que não pudesse ali ser oferecido. Como consequência deste padrão de comportamento, pareceu-nos ter-se estruturado um tipo de abordagem aos potenciais clientes que ignorava muitas vezes as suas necessidades manifestas. Passamos então a nos indagar sobre alguns aspectos relacionados a esta forma de recepção e atendimento às pessoas. Quantas necessidades já não seriam mais manifestadas pelos indivíduos, decorrentes desta postura na porta de entrada? A recusa a um diálogo mais aberto e esclarecedor a respeito das funções destas unidades no sistema de saúde e a autoridade que demonstravam os Centros de Saúde estariam associadas a uma forma de relacionamento, de certo modo hostil, que rechaçava tudo aquilo que não fosse tarefa considerada institucional? Em caso afirmativo, de onde se originava, então, esta autoridade, já tão cristalizada no cotidiano da relação entre os profissionais e os clientes?

Essas impressões e indagações iam se repetindo em cada Centro de Saúde que chegávamos. E não foram poucos. A disciplina, com um grande número de alunos matriculados a cada semestre, tinha como estratégia alocar pequenos grupos em cada unidade. Isto nos fez interagir com várias delas, localizadas em distintas regiões da cidade, em vários momentos. De uma maneira geral nossas impressões eram tão similares, que logo percebemos que as unidades

se comportavam com um determinado padrão, constituindo-se numa organização singular, trabalhando em sintonia uma com as outras, num verdadeiro espírito de corpo. Em suma, davam a clara sensação de serem partes indissociáveis, integrantes de uma bem estruturada organização, espalhadas pelos diversos bairros da cidade do Rio de Janeiro.

A partir destas reflexões e indagações, nossa idéia inicial era analisar esta rede sanitária a partir de sua dinâmica interna, buscando desvendar aspectos relacionados aos padrões organizacionais das diversas equipes de profissionais nas diferentes unidades. Estávamos interessados em responder a perguntas do tipo: que características comuns a estas unidades poderiam distinguí-las da rede pública de saúde do Rio de Janeiro como um todo. Ou melhor dizendo, o que existia de comum nestes Centros que os distinguiam de outras unidades ou redes públicas de saúde, redes estas constituídas em outros momentos históricos para responder a outras finalidades? Que condicionantes estariam associados a estes padrões organizacionais singulares? Em que medida seriam estes padrões, oriundos de processos de coesão interna, por meio de consensos formalizados, frente a fatores externos de diversas naturezas, vividos ao longo de sua trajetória?

Por padrão organizacional, o entendemos como sendo um processo de construção e de estabelecimento de elos explicativos pelos atores sociais envolvidos, cujo resultado seria a formação de uma cultura, isto é, de consensos sobre o entendimento a respeito da realidade e sobre os valores e pressupostos assumidos como adequados para o trabalho. Neste sentido a organização seria uma forma particular de expressão humana.

“À medida que as pessoas convivem através do tempo, elas trazem ou criam certas expectativas a respeito de seus comportamentos. Toda cultura tem maneira de fazer as coisas, as quais o autor denomina “normas”, que influenciam seus membros, ou seja, todo o comportamento fixado formalmente ou não. Assim, a norma é o comportamento sancionado, através do qual as pessoas são recompensadas ou punidas, confrontadas ou encorajadas, ou postas em ostracismo quando violam as normas.”¹

Para além deste processo, porém, constatamos que esta rede tinha se constituído há muitas décadas atrás, mais precisamente nos anos vinte, o que demandava reconsiderar o estudo puro e simples da dinâmica e do comportamento interno das equipes como cristalizadores de um determinado modo de operar. Até porque, muito daquilo que poder-se-ia chamar de padrão organizacional, poderia estar relacionado a um processo de consolidação que se fez lentamente, ao longo do período histórico de existência desta rede. Neste aspecto Mário Testa, com muita propriedade, afirma que,

*“uma organização é, considerada de forma instantânea, uma cristalização da história, um momento da mesma que recolhe, nessa forma concreta, todo um desenvolvimento relacionado a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas”.*²

A um mesmo tempo resultado e construtora da história, a organização e as características que a definem, revelam aqui e ali não só estes múltiplos determinantes dos diversos momentos por que passou, mas, principalmente, revela-se na forma de um produto novo, uma síntese, consubstanciada em edificações, em modos de operar, em representações³. Como se diversas imagens pudessem ser progressivamente agregadas, fundidas, originando imagens novas, contendo sempre tudo aquilo que, separadamente, continham anteriormente.

A partir daí, a possibilidade de reconstruir a história da organização em busca de seus pressupostos passou a ser o elemento mais relevante deste trabalho. Analisar e esquadrihar esta trajetória nos pareceu uma oportunidade de lançar luz sobre o processo de consolidação de um determinado padrão organizacional que a rede de Centros de Saúde do município do Rio de Janeiro alcançou. Associado a este objetivo consideramos fundamental relacionar a história da rede aos diversos períodos que marcaram uma determinada política de saúde e seus propósitos. Não foi nossa intenção levar tanto em conta as características particulares das administrações nos diversos governos responsáveis

¹Freitas, 1991, p.33

²Testa, 1992. p 113

³“Filos. conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento.” Ferreira, 1996. “Senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade.” Minayo, 1996. p. 173.

pela gestão da organização, mas sim os aspectos mais gerais da política setorial, que determinaram, em cada período histórico, mudanças nas diretrizes políticas e técnicas, e de que forma estas mesmas mudanças se refletiram na vida organizacional da rede de Centros de Saúde. Entendendo-a como um ser vivo, um sujeito social, cujas características, funções e ações foram sendo forjadas na interação com as políticas setoriais implantadas no país, conferindo-lhe maior ou menor força e legitimidade em relação às diversas correntes existentes no jogo político em que estava imersa. Ao mesmo tempo, buscando a compreensão, nesta história, da forma como a organização construiu seus próprios caminhos e pressupostos, e construindo, ao mesmo tempo, a própria história sanitária do país, da qual foi, e é, parte indissociável

Não podemos deixar de citar, como um fato relevante e decisivo para a construção do objeto deste estudo, as contribuições de diversos autores que investigaram a evolução da rede de Centros de Saúde no estado de São Paulo. Nossa motivação, a partir de leituras de autores que se dedicaram a este tema, foi o de comparar estas duas trajetórias, demonstrando as similitudes e divergências entre a estruturação da rede básica de São Paulo em relação a do Rio de Janeiro. Intrigou-nos, sobretudo, a desproporção de estudos deste tipo a respeito destas duas realidades. De fato, há uma vasta produção acadêmica sobre a constituição da rede básica de São Paulo, sendo praticamente inexistentes, com raras exceções, estudos de sua congênere do Rio de Janeiro. Os autores empenhados em estudar o sistema de saúde do Rio de Janeiro, o fizeram, quase sempre, enfocando o sistema de serviços de saúde previdenciários. Isto pode estar relacionado ao exuberante crescimento desta rede a partir das décadas de quarenta e cinquenta. Crescimento este, diga-se de passagem, que passou ao largo da rede sanitária. A pouca ou, por vezes, nenhuma integração da rede de Centros de Saúde do Rio de Janeiro ao sistema de saúde previdenciário foi outro fato que nos chamou bastante a atenção. Mas se em São Paulo, ao contrário do caso aqui estudado, os sistemas sanitário e previdenciário se integraram, ao menos física e programaticamente, dando aos autores a oportunidade de proceder a uma análise conjunta destas duas vertentes do sistema de saúde.

Logo pudemos perceber que, no caso do Rio de Janeiro, a falta de estudos sobre a história dos Centros de Saúde certamente não foi devido à eventuais dificuldades de bibliografia sobre o tema. Encontramos uma ampla gama

de documentos e relatórios valiosos sobre a implantação e posterior desenvolvimento desta rede. Esta documentação facilitou em muito o trabalho, haja vista não ser mais possível, em muitos casos, resgatá-la por meio de agentes que vivenciaram os momentos iniciais deste processo.⁴ Esta foi também a razão que nos fizeram redimensionar e redefinir as funções das entrevistas que levamos a cabo durante a investigação: elas tiveram um caráter mais complementar, para confirmar as opiniões e avaliações encontradas nos documentos. O levantamento bibliográfico, graças ao cuidado revelado com a descrição desta iniciativa pelos seus idealizadores e, posteriormente, pelos relatórios circunstanciados de diversos governos municipais, revelou em detalhes um projeto consistente e amplo de reforma da organização sanitária do país⁵ e a sua evolução ao longo de sete décadas.

Estavam assim dadas as condições para o estudo da trajetória desta organização, já que demandou analisar um intervalo de tempo suficientemente longo, para se chegar a uma visão mais clara deste processo. Tínhamos portanto a possibilidade de analisar a constituição da rede e buscar as suas articulações que se deram entre ela e as inúmeras conjunturas políticas e técnicas por que passou. O longo período de existência dos Centros de Saúde também se revelou um aspecto favorável ao estudo. A inauguração do primeiro Centro de Saúde completou o seu septuagésimo aniversário em janeiro de 1997. Dificilmente encontraríamos uma rede que, semelhante a esta, tivesse funcionado, ininterruptamente e de maneira tão estável há sete décadas. Especialmente em se tratando de nosso país que, normalmente, convive com organizações que tem como características principais a imaturidade, a descontinuidade, a instabilidade e a falta de tradição⁶. Buscamos, desta forma, analisar com mais profundidade esta trajetória histórica que o material bibliográfico revelava, muitas vezes com riqueza de detalhes.

Podemos por fim afirmar que os Centros de Saúde do Rio de Janeiro se transformaram na primeira rede sanitária do país, seguindo os princípios ainda atuais de distritalização e regionalização. A importância deste estudo para o momento presente do Sistema Único de Saúde nos pareceu evidente. Até porque a

⁴ Tivemos, por exemplo, a felicidade de poder entrevistar o Dr. Alfredo Bica, que em 1935 era médico epidemiologista do CS do Meier.[NR]

⁵ Como por exemplo, a existência de um livro, datado de 1937, com quatrocentas e vinte e três páginas: J. P. Fontenelle. “A Saúde Pública no Rio de Janeiro, Distrito Federal. DNS, RJ, 1937, 423p.”

⁶ Para Mario Testa a labilidade das organizações é uma situação comum a toda a América Latina. Mário Testa,

evolução quantitativa deste tipo de estabelecimento do país, desde a sua gênese, pode ser considerada surpreendente. As decisões dos diversos governos acabaram por consolidar este tipo de organização sanitária no país. Conclui-se, pelo número de unidades hoje existentes, que, nos últimos setenta anos, o país investiu pesadamente neste modelo e estas constituem-se um patrimônio incalculável.^{7 8}

Obedecendo à definição do IBGE, são Centros de Saúde aqueles estabelecimentos caracterizados por prestar assistência médica em clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), desenvolvendo atividades ambulatoriais programadas para uma população definida, bem como o controle e a prevenção de doenças e de fatores de risco associados a problemas de saúde. Diferenciam-se dos Postos de Saúde, por possuírem profissionais de nível superior em regime de trabalho permanente em sua equipe.

Foram cadastrados, em 1992, 14.763 Centros de Saúde que responderam por 46,5% das consultas ambulatoriais prestadas no país. Os Centros de Saúde são, portanto, o principal estabelecimento na prestação deste tipo de serviço no Brasil. Outro dado relevante é a existência de somente 286 unidades privadas (1,9%) sendo as restantes de natureza pública, em sua maioria administrados pelos municípios (74,8%). Entre os mais de 5.000 municípios, apenas 604 deles não o possuíam e estavam concentrados nos estados do Amazonas, Pará, Piauí, Maranhão e Tocantins. Estes provavelmente eram inexistentes pela falta de médicos em suas circunscrições, possuindo certamente Postos de Saúde. O número de Centros de Saúde crescem a uma taxa de 12,7% ao ano desde 1980, demonstrando uma tomada de decisão política e um consenso em torno da sua importância para o sistema de saúde municipalizado.⁹

Já com relação aos Postos de Saúde, estes guardam os mesmos objetivos com relação à assistência básica programada para populações definidas, como citado acima, mas diferenciam-se dos Centros de Saúde por não possuírem profissionais de nível superior em seu quadro permanente. Eram a maioria dos estabelecimentos básicos nas regiões Norte e Nordeste e seu número cresce 6% ao ano desde 1980. Seu número absoluto era de 8.556 estabelecimentos no país, em

1992, p.115.

⁷ Levantamentos periódicos do IBGE, em convênio com o Ministério da Saúde, a respeito dos serviços de saúde do Brasil, denominados Assistência Médico Sanitária, comprovam a importância dos Centros de Saúde e a reafirmação de suas funções históricas no agora Sistema Único de Saúde.

⁸ IBGE, 1992.

1992.

Os dados apresentados pelo IBGE não permitem analisar as diferenças dos serviços com relação à sua oferta de atividades ou muito menos na sua composição de recursos tanto materiais quanto humanos. Estas diferenças certamente existem. É possível, porém, pressupor certa homogeneidade entre eles, especialmente no que diz respeito ao entendimento sobre a sua função no conjunto da rede pública de serviços de saúde e suas propostas programáticas. Nem mesmo as atuais tentativas de flexibilização do caráter público e estatal das unidades de saúde, notadamente os hospitais, colocam em questão até o momento, o *status* destas unidades, que unanimemente são consideradas como de natureza pública e estatal face aos seus objetivos, funções e a seu público alvo.

Ao reconstruirmos a história da estruturação da rede de Centros de Saúde do Rio de Janeiro buscamos alcançar a atualidade e lançar luz sobre ela. Entendendo o Sistema Único de Saúde como uma multiplicidade de eventos históricos particulares, consubstanciados em cada realidade local específica, que exigiriam, por conseguinte, tratamentos e análises também particulares, o resgate de uma experiência tão marcante, como a história dos Centros de Saúde do Rio de Janeiro, representa um questionamento também em sentido oposto: que aspectos são comuns, e servem de elo de ligação, para o entendimento de experiências vividas mais recentemente nos diversos municípios brasileiros?

Um dos fatos mais interessantes, ao nosso ver e já citado anteriormente, a respeito desta trajetória histórica da rede básica do Rio de Janeiro, foi o seu desenvolvimento constante e paralelo ao crescimento da rede de saúde previdenciária. Note-se que isto não ocorreu necessariamente tal como se deu em outras realidades, com características semelhantes. Este crescimento permanente, mesmo que em alguns momentos lento e marginal, em comparação ao desenvolvimento de um imenso aparato médico hospitalar previdenciário, parece demonstrar que, em maior ou menor grau, e dependente do momento histórico, esta rede básica se prestou a determinados objetivos, decorrentes do padrão de desenvolvimento econômico e social capitaneado pelo Estado brasileiro ao longo das últimas décadas. Isto a permitiu crescer, lenta e persistentemente em um primeiro momento, para além da necessidade de continuação das tradicionais ações de Saúde Pública, voltadas para os problemas coletivos que, na falta desta

⁹ Viacava, F. e Bahia, L., 1996.

organização, poderiam estar deslocadas para outro tipo de organização sanitária. Estamos falando aqui de uma função relacionada ao processo de marginalização de seguimentos importantes da sociedade brasileira que permitia à esta rede uma certa funcionalidade, desempenhando o papel de serviços voltados para os mais pobres; um progressivo contingente de excluídos, fruto do privilegiamento de um modelo econômico de desenvolvimento, encontrava nos Centros de Saúde sua porta de entrada e, ao mesmo tempo, a porta de saída para os cuidados de saúde. Era ali possível se dar um processo de homogeneização de suas necessidades por meio da racionalização de atividades ofertadas, geralmente voltadas para aqueles problemas de saúde ligados à sua própria condição de pobreza e miséria. Estavam dadas assim as condições ideais para a permanência dos Centros de Saúde como uma rede auxiliar e paralela, de forma a tornar menos conflituosa a coexistência dos grupos excluídos com os segmentos populacionais inseridos no mercado de trabalho e, em decorrência disto, cobertos pelo sistema de saúde previdenciário.¹⁰

Novos surtos de crescimento acelerado da rede básica, em momentos posteriores, foram também, em parte, decorrentes do mesmo processo anteriormente citado. Com a democratização do país, avançou-se na legislação e consolidaram-se os direitos sociais e, por conseguinte, o direito dos excluídos à assistência à saúde. Mas, ao mesmo tempo, em um contexto de redução do gasto público e de crise do modelo da saúde previdenciária, que acarretaram fortes medidas de racionalização do gasto em saúde, não restou aos governos que se sucederam neste período da política de saúde no Brasil, outra opção que não a de privilegiar a assistência básica. Ainda mais porque esta ação era respaldada pelo movimento mundial da Atenção Primária à Saúde. Estavam dadas assim as novas bases políticas e técnicas para a legitimação da rede básica nesse período mais próximo. Esta passa a respaldar propostas voltadas para o estabelecimento de um rol de procedimentos mínimos indispensáveis para os grupos que eventualmente não tinham a capacidade de, no mercado, satisfazerem as suas necessidades básicas de saúde. Estas proposições de cunho liberal se contrapõe às inúmeras iniciativas de governos municipais que, desde o movimento da Reforma Sanitária¹¹,

¹⁰ A abundância de uma rede pública de saúde, vinculada à diversas instâncias governamentais, no Rio de Janeiro, favorecia ainda mais esta condição dos Centros de Saúde. [NR]

¹¹ Elias, P. e Cohn, A., 1996/Cecílio, 1997. A Reforma Sanitária teve como origem o pensamento médico-social formulado a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e dos movimentos sindicais e estudantis da área médica a partir de meados da década de setenta.

lutaram para não se enquadrar neste plano mais geral da política de saúde e buscaram a construção de uma rede básica que reformulasse a lógica assistencial de todo o sistema sanitário, privilegiando a universalização da assistência, a integralidade das ações de saúde e a democratização da gestão no setor.

No município do Rio de Janeiro, a rede de Centros e Postos de Saúde respondia, no ano de 1996, por cinquenta por cento das consultas ambulatoriais produzidas pelo SUS no município. Ao mesmo tempo que a rede básica municipal ampliou o seu leque de atividades, e, a partir de 1986, incorporou novos profissionais e novos critérios de produtividade e desempenho, a antiga rede ambulatorial da previdência social mergulhou em uma crise sem precedentes, oriunda da indefinição de seu papel no Sistema Único de Saúde, da demora do processo de municipalização e da estagnação dos seus quadros técnicos e administrativos.¹²

Por todos os motivos acima citados decidimos pelo desenho do projeto, tal como se segue: nessa trajetória, não, tivemos a oportunidade de aprofundar diversos aspectos interessantes com que nos deparamos em vários dos períodos estudados. A intenção de trilhar todo o caminho percorrido pela existência destas unidades não nos permitia deter demasiadamente em determinados períodos e proceder assim a uma investigação mais detalhada de fatos instigantes ou em aspectos particularmente interessantes. Buscamos antes uma visão abrangente, caracterizando os principais momentos políticos, técnicos referidos a determinadas conformações administrativas e, secundariamente, a formas de atuação sanitária que a correspondiam. Também algumas das valiosas sugestões e contribuições de análise e investigação a nós sugeridas ficaram, devido ao pouco tempo disponível, adiadas. Mas não esquecidas. Por último gostaríamos de expressar a enorme satisfação que sentimos ao tentar decifrar os meandros desta organização. Pudemos constatar que a história da saúde no Brasil é cheia de altos e baixos e que as organizações, apesar de todas as dificuldades, se tornam vivas e atuantes, graças a muitos profissionais, anônimos ou não, que persistiram lutando pela melhoria de saúde de seus co-cidadãos.

[NR]

¹² Tal como no caso dos Centros de Saúde, só que em momento distinto, ocorre, com os Postos de Assistência Médica da Previdência, um processo de esvaziamento, fruto das mudanças da política de saúde. Estes não serão analisados neste trabalho. Dada a complexidade desta rede e o fato de terem sido municipalizados há muito pouco tempo, estas unidades ainda não se integraram por completo à rede básica municipal. [NR]

As unidades que compõem a rede de Centros e Postos de Saúde do Município do Rio de Janeiro podem ser vistas quadro abaixo. São ao todo 48 unidades. Outras unidades que também integram a rede básica municipal e que possuem, por diversas razões, denominações distintas, na verdade executam hoje as mesmas ações dos Centros e Postos de Saúde e estão no quadro seguinte.

Centros e Postos de Saúde do Município RJ, 1998

RA	Bairro	Nome
I	Santo Cristo	CMS José Messias do Carmo
I	Caju	PS Fernando A Braga Lopes
II	Cidade Nova	CMS Marcolino Candau
III	São Cristovão	CMS Ernesto Zeferino Timbau Jr
III	Mangueira	PS Mangueira
VII	Santa Teresa	CMS Ernani Agrícola
XXIII	Flamengo	CMS Manoel José Ferreira
V	Copacabana	CMS João Barros Barreto
VI	Gávea	CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues
VIII	Tijuca	CMS Heitor Beltrão
IX	Vila Isabel	CMS Maria Augusta Estrela
X	Ramos	CMS Américo Veloso
XI	Penha	CMS José Paranhos Fontenelle
	Jd América	PS Nagib Jorge Farah
XX	Ilha	CMS Necker Pinto
XII	Engenho da Rainha	CMS Ariadne Lopes de Menezes
XII	Pilares	PS Eduardo Vilhena Leite
XII	Jacaré	PS Renato Rocco
XIII	Engenho de Dentro	CMS Milton Fontes Magarão
XIII	Lins	PS Carlos Gentile de Mello
XV	Cascadura	PS Mario Olinto de Oliveira
XV	Irajá	CMS Clementino Fraga
XXII	Guadalupe	CMS Augusto Amaral Peixoto
XXV	Pavuna	PS Nascimento Gurgel
XXII	Anchieta	PS Flávio do Couto Vieira
XVI	Jacarepaguá	CMS Jorge Saldanha Bandeira de Mello
XVII	Bangu	CMS Waldyr Franco
XVII	Senador Camará	PS Alexander Fleming
XVII	Vila Aliança	PS Eithel Pinheiro de C. Lima
XVII	Vila Kenedy	PS Enrique Monat
XVII	Jardim Sulacap	PS Masao Goto
XVIII	Campo Grande	CMS Belizario Penna
XVIII	Santíssimo	PS Manoel de Abreu
XVIII	Campo Grande	PS Mario Vitor de Assis Pacheco
XVIII	Campo Grande	PS Adão Pereira Nunes
XVIII	Campo Grande	PS Oswaldo Villela
XVIII	Campo Grande	PS Pedro Nava
XVIII	Campo Grande	PS Alvimar de Carvalho
XIX	Santa Cruz	CMS Lincoln de Freitas Filho
XIX	Santa Cruz	PS Floripedes G. Pereira
XIX	Santa Cruz	PS Savio Antunes
XIX	Santa Cruz	PS Maria Aparecida Almeida
XIX	Santa Cruz	PS Catapreta
XIX	Santa Cruz	PS Ernani Braga
XIX	Sepetiba	PS Waldemar Berardinelli
XIX	Santa Cruz	PS Aluisio Amancio da Silva
XIX	Santa Cruz	PS Decio do Amaral Filho
XIX	Santa Cruz	PS Cesário de Mello
XIX	Paciência	PS Emídio Cabral

Fonte:SMS-RJ

Relação de UCPS e UMAMPS- Município do RJ-1998

RA	Bairro/Favela	Nome
XXVII	Rocinha	Albert Sabin
V	Vidigal	Rodolfo Perisse
VIII	Alto Boa Vista	Nicola Albano
VIII	Formiga	Julio Barbosa
XI	Cidade Alta	
XII		Sylvio Brauner
XIV	Colégio	Carlos Cruz Lima
XXIV	Jacarepaguá	Cecília Donnangelo
XVI		Hamilton Land
XVII	Fazenda Coqueiro	
XVII	Padre Miguel	Padre Miguel
XVIII	Campo Grande	Mario Rodrigues Cid
XVIII	Cosmos	Edgard Magalhães Gomes
XVIII	Campo Grande	Woodrow Pimentel Pantoja
XVIII	Campo Grande	Maia Bittencourt
XVIII	Campo Grande	Garfield de Almeida
XVIII	Campo Grande	Moura Filho
XVIII	Campo Grande	Raul Barroso
XIX	Paciencia	João Baptista das Chagas
XIX	Santa Cruz	Cyro de Mello
XIX	Santa Cruz	Ruy da Costa Leite

Fonte:SMS-RJ

II. Introdução

As organizações das sociedades modernas se caracterizam especialmente pela sua complexidade. O modelo burocrático de organização surge, segundo Weber, quando a sociedade alcança determinadas precondições dadas pelo surgimento do Capitalismo. Estas vão surgir só muito recentemente na história com o fim do patrimonialismo e do sistema feudal. Apesar de terem existido organizações de tipo burocrático em diversos períodos da história da humanidade, estas eram pouco desenvolvidas e representaram casos isolados. Em sua construção dos tipos ideais, Weber apontou o desenvolvimento da burocratização como um fenômeno inexorável da sociedade moderna, em que:

“todo o direito pode ser estatuído de modo racional, sendo um cosmos de regras abstratas. Seus representantes enquanto ordenam, obedecem, ao mesmo tempo, às ordens impessoais. A autoridade institucional é um exercício contínuo, vinculado à determinadas regras dentro de determinada competência.”¹³

Mesmo não se referindo a organizações concretas, princípios como o da hierarquia, da divisão do trabalho, do processo de recrutamento, do estabelecimento de normas e da profissionalização, da impessoalidade, conformaram um modelo que serve como um mapa que ajuda a leitura do mundo das organizações burocráticas.¹⁴

Muitas das características salientadas por Weber, aliadas à busca da eficiência, passaram a constituir-se em valores inquestionáveis, em substituição às formas de administrar das aristocracias, excessivamente voltadas para os métodos de governo e o controle dos subordinados. Do ponto de vista do controle social, enfoque priorizado por Weber na análise das burocracias, os instrumentos disponíveis para a administração são infinitamente superiores.¹⁵ Muitos autores, desde então, buscaram formular teorias para descrever, interpretar, explicar a existência, prever e controlar o funcionamento das organizações.

¹³ Weber, 1994. pp. 139-149

¹⁴ Freddi, 1990, p. 867

¹⁵ Crozier, 1981. p. 212.

Existiria, hoje, o que se passou a chamar Teoria da Organização? Para Freddi não se pode usar, neste particular, o termo teoria na estrita acepção da palavra, mas sim significando esquemas conceituais, complementares ou alternativos, referidos geralmente a:

“experiências humanas realizadas no âmbito de estruturas orgânicas preeminentemente caracteriza-das como tipos peculiares de sistemas sociais, ou seja, caracterizadas por uma rede de relações prescritas por uma autoridade, por valores mais ou menos amplamente interiorizados, conquanto sempre setoriais e específicos, por processos de socialização e de diferenciação dos participantes e, particularmente, por funções que tendem a ser minuciosamente circunscritas, relativamente estáveis e explicitamente definidas tanto quanto à dimensão hierárquica, como quanto à dimensão de especialização individual.”¹⁶

Em seu desenvolvimento histórico as teorias organizacionais podem ser agrupadas genericamente em duas escolas, baseadas em dois modelos distintos: o racional e o natural ou orgânico. O primeiro modelo, também conhecido como clássico, teve origem no pensamento de Saint Simon, e segundo o qual *“a humanidade deve finalmente passar do governo dos homens para a administração das coisas”*. Foram Taylor e Fayol que lançaram as bases conceituais da organização científica, ou prescritiva, do trabalho e levaram, especialmente para as fábricas, uma concepção e uma prática mecanicistas, permitindo otimizar os tempos e aumentar a produtividade por meio da segmentação e da especialização das tarefas.

O segundo modelo, chamado de natural ou orgânico, tem em Comte sua principal matriz filosófica. Este concebe a organização como um organismo com vida própria, interessado em manter um equilíbrio interno e externo que lhe possa garantir mais eficazmente a sobrevivência e o desenvolvimento. Mais conhecido no funcionamento organizacional como o modelo das Relações Humanas, sempre esteve ligado às descobertas dos seus aspectos sociais, informais, emocionais e afetivos.

As principais restrições a esse modelo e as suas respectivas

escolas, foram feitas por autores partidários da análise das burocracias enquanto possuidoras de funções políticas. Dessa perspectiva crítica, o insucesso de ambos modelos em prever ou prescrever o funcionamento das organizações estaria no fato de ignorarem por completo as relações de poder, tanto no ambiente interno quanto no ambiente externo:

“O problema do poder sempre constituiu um problema difícil para a sociologia das organizações. A teoria racionalista clássica da organização científica pretendia, de fato, ignorar o problema completamente. O modelo mecanicista do comportamento humano, sobre o qual ela se assenta, exclui as relações complexas e ambíguas que se desenvolvem em torno das relações de poder.”¹⁷

Também o modelo das Relações Humanas, para Crozier, *“tem falhado em refutar o tipo de organização burocrática que combatiam ao justificar as funções da organização segundo os primados da liderança, do afeto e das motivações subjetivas...”¹⁸*

O autor conclui que a análise estratégica permite descobrir que o poder não pode ser suprimido nem ignorado, pois ele continua ligado justamente à impossibilidade de se eliminar a incerteza, que, ao final das contas, sempre foi o principal objetivo em comum às duas correntes. Especialmente para a análise das estruturas burocráticas de Estado, estas críticas se tornam ainda mais relevantes. A lógica da racionalidade legal se tornou, para estas organizações, totalmente inadequada para que pudessem desempenhar as funções de intervenção econômico social e de intermediação de interesses.¹⁹ Esta é sua principal missão na sociedade moderna.

A questão central deste trabalho repousa nesta mesma inquietação: como se deu a gênese e que funções desempenhou, como organização sanitária do Rio de Janeiro, a rede de Centros de Saúde, no contexto histórico, político e social de seu tempo. À época de sua criação, as teorias administrativas

¹⁶ Freddi, 1991, pp 864-865

¹⁷ Crozier, 1981. p. 212

¹⁸ id ibid. p. 215

¹⁹ Freddi, 1990, p. 868

enfaticavam a primazia da racionalização dos métodos e da administração científica. De fato, concebidos, desde a década de vinte, como uma organização que deveria assumir uma forma burocrática, os Centros de Saúde tinham como princípios a profissionalização de tarefas, o estabelecimento de uma clara hierarquia de níveis e a definição precisa das normas que deveriam cumprir no gerenciamento de suas atividades. Isto foi reflexo do desenvolvimento das teorias administrativas do início do século. Estas organizações, ao inspirarem-se em diretrizes do tipo burocráticas buscavam a maior eficiência por meio da agilização dos procedimentos e da redução dos erros.^{20 21} Quanto maior a possibilidade de homogeneizar o seu objeto de trabalho e normatizar os seus procedimentos, tanto melhor para a lógica que buscavam alcançar. Mesmo quando se considera, como no caso em tela, que seu objeto de trabalho foi sempre constituído por pessoas, esta nova forma de organização sanitária²² buscou estabelecer delimitações ou recortes justificados em critérios estritos para lidar com determinadas necessidades coletivas. Ao definir estas necessidades tecnicamente, tornou-as, o mais próximo possível, objetos de trabalho homogêneos segundo alguns grupos de prioridades: tuberculose, higiene infantil, doenças venéreas etc. Paula Souza muitas vezes enfatizou este princípio, talvez temeroso do desvirtuamento que poder-se-ia incorrer organização, por ocasião da gênese de seu projeto reformador:

“O médico que vae fazer parte de um serviço dessa natureza, por força do objetivo visado, não poderá actuar como o faria na clínica privada, hospitalar ou dispensários, e sim, revestir-se da consciência de hygienista, tendo em mira a preservação da saúde dos matriculados e não o tratamento de males que não repercutam na coletividade ou descendência, pois, de outra forma, prejudicaria a função primordial da organização.”²³

A exclusão deliberada de clientes que pudessem buscar livremente as unidades para o atendimento de suas inúmeras demandas e

²⁰ As características das burocracias modernas estão descritas em Motta e Pereira, 1986. pp.29-38

²¹ Pode advir daí a fama que passaram a ter os sanitaristas de “médicos burocratas”, numa referência preconceituosa aos primados que tanto defendiam.[NR]

²² A organização sanitária é o conjunto de estabelecimentos que transforma em práticas os códigos e princípios da Instituição Saúde. Ao conceberem um novo conjunto de estabelecimentos, que tinham em comum uma mesma dinâmica e especificidade, em substituição aos então existentes, os técnicos do Departamento Nacional de Saúde Pública, propõem uma nova organização.[NR]

necessidades individuais parece ter sido uma imposição decorrente dos objetivos da organização e o marco definitivo para o fortalecimento de seus princípios. Em outras palavras, ao se restringir o seu objeto de trabalho, os Centros de Saúde tinham a possibilidade de desenvolver toda a potencialidade de uma estrutura organizacional do tipo burocrático.

MERHY assinala, a respeito das tentativas, na década de 20 e 30, de implantar os Centros de Saúde no Estado de São Paulo que:

*"o que estava em jogo eram duas concepções administrativas, uma baseada nos princípios do taylorismo, ao propor a supervisão especializada por tarefa, em oposição às idéias de Fayol, que preconizava uma organização centrada na divisão funcional e sistêmica com ênfase na estrutura organizacional e não nas tarefas específicas."*²⁴

Sem considerar o aspecto do conflito, enfatizado por esse autor, entre as duas correntes cujos defensores buscavam impor sua lógica, o que importa aqui é a constatação da dependência de teorias administrativas da, então nova forma de atuação sanitária, que surgiu como uma necessidade de seu tempo, a partir do contexto político e social em que vivia o país. Assim, adequar o funcionamento da organização sanitária ao estatuto da emergente sociedade capitalista representava um imperativo para os sanitaristas de então.²⁵

Ainda há que se registrar que, nem de longe, o caso brasileiro pode ser comparado ao processo de evolução organizacional ocorrido nos sistemas políticos liberal democráticos dos países desenvolvidos, especialmente no que se refere à evolução do fenômeno burocrático. No Brasil, as organizações burocráticas não se consolidaram plenamente por conta de fatores como o nepotismo, o clientelismo, as crises que geraram cortes de recursos e paralisaram intermitentemente as funções das organizações. Estas sempre foram fortes características que impediram o pleno desenvolvimento da burocracia estatal. Mas tão pouco pode-se dizer, ou significa, que o tipo de lógica burocrática não tenha marcado, mesmo que de forma parcial e lentamente, as estruturas públicas. Apesar

²³ Paula Souza, 1936. p 20.

²⁴ Mehry, 1992, p. 179.

²⁵ Os Centros de Saúde são concebidos a partir de propostas da Fundação Rockefeller [NR]

do discurso modernizante, muitas vezes os decretos e resoluções se tornavam letra morta no momento de sua implementação. Frequentemente, contudo, acabaram por se impor, tornando-se realidade anos ou décadas depois, como poderá ser verificado ao longo deste trabalho.²⁶

Invariavelmente omitido pelos autores que estudaram a evolução da política de saúde no Brasil, pode-se afirmar que o período compreendido entre as décadas de vinte e cinquenta foi marcado pelo processo de evolução dos serviços de saúde dentro de uma lógica burocrática. A análise desta dimensão da política de saúde foi pouco enfocada em detrimento de outras, que privilegiaram estudos da evolução do sistema de saúde segundo as variáveis público/privado; verticalização/horizontalização, ou ainda, a dimensão da assistência coletiva/individual. Sem desconsiderar a importância dos outros enfoques acima citados, o estudo da estruturação de uma burocracia sanitária no Brasil, e suas particularidades, pode revestir-se de importância ao permitir revelar muitas das características atuais do sistema de saúde. A crítica aqui colocada com relação à carência de estudos sobre a burocracia sanitária não se refere à propriamente às análises da política de saúde e suas repercussões na determinação de modelos assistenciais. Este tipo de produção acadêmica é, sem dúvida, muito ampla. O que se busca chamar atenção aqui é o pouco número de investigações de um outro tipo, quais sejam, que estudem o impacto do poder sobre a dinâmica e o funcionamento de organizações concretas, que se estruturaram como organismos burocráticos do sistema público de saúde.

Outro aspecto ainda relacionado às influências que as teorias administrativas tiveram na gênese da organização sanitária a partir da década de vinte refere-se à forma como seus membros se posicionaram em relação ao poder político. Esta dimensão do poder, no geral, era vista não só nas primeiras décadas deste século, como nas décadas subsequentes, como um obstáculo para se alcançar um modo mais eficiente de gestão e os resultados almejados. Neste sentido, a influência do poder político, na medida do possível, buscava ser ignorado, encontrando sempre maiores barreiras e resistências para influenciar nas análises e propostas sobre as mudanças e o funcionamento organizacional

Analisando mais amplamente este tipo de problemática entre as estruturas burocráticas e o poder pode-se afirmar que esta resistência não deixa de

²⁶ Castanheira, 1996.

ser, por sí só, política. Como produto de um sistema cultural e ideológico, a tecnoburocracia incorporou, por seu turno, um discurso que era por sí só político, exaltando as vantagens do racionalismo que tipificava a organização burocrática. O problema residia sempre na forma como conceberam estas relações de poder: o **calcanhar de Aquiles** da maioria dos teóricos da organização esteve justamente na dificuldade de incorporar as variáveis políticas na análise das organizações.

Como já citado anteriormente, a rede de Centros de Saúde foi justamente, na sua gênese, uma proposta de grupos tecnoburocráticos. Apesar de buscarem consolidar uma organização pautada na eficiência e na racionalidade, muitas foram as fontes de pressão política que se manifestaram contra ou a favor do seu papel institucional, de acordo com interesses representados na sociedade brasileira. Não obstante, diversas diretrizes advindas de gestores do setor, buscaram imprimir sua lógica e alcançaram progressivamente o objetivo de fazer esta organização desempenhar algumas das funções defendidas pelos seus idealizadores. Geraram-se, por fim, mudanças na estrutura e no funcionamento do sistema de saúde, mesmo que suscitando, ora reações de adesão, ora resistências, de acordo com a maior ou menor coerência entre as suas proposições e as políticas vigentes. Mas de uma maneira geral, o que se deu foi uma progressiva consolidação da organização dos Centros de Saúde, mas, contudo, sempre à mercê das relações de poder, convivendo com outras propostas organizacionais e ganhando maior ou menor evidência na dependência dos distintos propósitos políticos dos diversos governos nacionais ou locais

Analisar a dimensão do poder como um aspecto fundamental e revelador da organização sanitária pode mais adequadamente explicar a existência, persistente e permanente, da organização, tal como ela é, com suas funções e disfunções para com o conjunto da política de saúde. Segundo Crozier,

“a principal debilidade das teorias sociológicas da burocracia reside no fato de procurarem explicar o desenvolvimento e a persistência do processo ‘burocrático’, sem levar em consideração os problemas de governo que, seja como for, suscita o funcionamento de uma organização, e dos quais esses processos burocráticos são uma resposta.”²⁷

É mister, portanto, neste estudo, identificar no âmbito do poder, nas fontes de pressão tecno-políticas, a forma como se estruturou a organização, fruto ela mesma dos embates entre diversas concepções e ideários, os conflitos que daí decorreram e seus distintos graus de articulação provenientes de distintas esferas de exercício deste mesmo poder. Nesse sentido, como os resultados se caracterizaram por sucessivas conformações do ambiente das políticas de saúde e que se refletiram na vida organizacional, identificar os produtos finais em termos do funcionamento organizacional é um dos objetivos a se alcançar. Para tanto, faz-se necessário identificar os principais traços dos diversos projetos tecno-políticos que se sucederam ao longo da existência dos Centros de Saúde e, a partir daí, estabelecer paralelos entre as proposições oriundas destas concepções e ideários e a maneira como se articularam para formar um modo de operar da organização. De uma maneira geral as organizações estruturam um determinado funcionamento que se mantém por longos períodos, anos ou décadas. Daí o consenso de que as estruturas burocráticas tendem invariavelmente à inércia. Este processo usualmente se caracteriza pela formação de **culturas organizacionais**. Segundo Freitas, isto se dá por meio de um processo de formação de pressupostos básicos. Estes estão ligados à forma como os seus agentes interpretam e entendem suas experiências e como estas estão ligadas à ação. Criam-se assim determinados códigos e significados que permitem uma determinada forma de atuar da organização. A **cultura organizacional** é resultante da formação de pressupostos, que os grupos desenvolvem para lidar com o ambiente externo e interno, diante da incerteza.²⁸

Dessa forma, são os pressupostos, e não os valores, os pontos centrais da cultura organizacional. Quando um grupo ou uma organização resolve seus problemas coletivos, este processo gera uma visão de mundo, um mapa cognitivo, hipóteses sobre a realidade, e o sucesso na resolução destes problemas legitima este conjunto de valores como sendo corretos e válidos. A formação dos pressupostos se dá pela construção coletiva dos valores e dizem respeito ao que realmente é importante para a organização. Buscam, assim, dar resposta às questões sobre a melhor estrutura e forma de funcionamento, como as pessoas devem ser motivadas e administradas, que serviços devem ser ofertados e a quem o produto final deve dirigir-se.

²⁷ Crozier, 1981 p. 267

²⁸ Freitas, 1991.

Enquanto conjunto de pressupostos básicos, a cultura organizacional é um processo em formação, uma vez que alguma aprendizagem sobre como se relacionar com o ambiente e como administrar as questões internas está sempre ocorrendo. No entanto, este processo não muda aquelas coisas que foram aprendidas e que se tornaram estáveis na vida do grupo. Portanto, estas partes mais profundas da cultura ou não sofrem alterações, ou mudam muito lentamente. Neste sentido não só a organização apresenta padrões muito bem marcados que podem ser identificados por longos períodos históricos, que se modificam em tempos distintos e muito mais lentamente que os fatos tecno-políticos. Muitas vezes não tem com este último uma correlação temporal imediata. Também a cultura organizacional é responsável pela perpetuação de modos de operar e ver a realidade que, mesmo nas situações de mudança, fazem com que as visões anteriores se sobreponham aos novos valores assumidos ou, outras vezes, impostos como válidos ou corretos.

Há porém um outro aspecto a destacar, que é o da postura que os agentes que integram a organização assumem com relação ao instituído, ao organizado. Assim a tarefa de revelar um determinado padrão organizacional passaria também pela análise não só das práticas oficiais e hegemônicas, mas também daquelas práticas e concepções dos agentes que buscaram, em seu contexto histórico, mudanças e inovações. Esta última assertiva obrigaria identificar e analisar o comportamento dos grupos descontentes ou refratários ao comportamento usualmente considerado como o mais adequado.

A partir da compreensão dessa dinâmica da vida organizacional, pode-se então supor que há uma interveniência dos fatores administrativos sobre os propósitos tecno-políticos. Estes, na visão de Crozier, podem ter um efeito paradoxal, que torna a organização ainda mais rígida, formal e ritualista. As ameaças advindas de focos de incerteza, aliados à incapacidade dos membros de interpor-se às decisões do nível externo ocasionariam, da parte destes, uma intensificação do formalismo e das rotinas. Crozier denomina este fenômeno de **círculo vicioso**, sendo que o resultado pode ser uma maior resistência e a imposição de barreiras às mudanças. À medida que este círculo se perpetua, os meios passam a substituir os fins da organização, que deveria ser o cliente. Também a capacidade de sua adaptação ao meio se torna cada vez mais reduzida.

Lourau faz críticas a este tipo de visão organizacional. Para o

autor os fenômenos de institucionalização e de interiorização das normas pelos indivíduos, não leva em conta sua capacidade instituinte:

“A análise institucional deve apreender a ação social em seu dinamismo e, sem nada prejudicar sobre o sistema institucional existente, procurar extrair onde está a instituição, isto é, as relações entre a racionalidade estabelecida (regras, formas sociais, códigos) e os acontecimentos, desenvolvimentos e movimentos sociais que se apoiam implícita ou explicitamente sobre a racionalidade estabelecida ou a submetem à discussão.”²⁹

Os Centros de Saúde foram fundados sob a ótica organizacional que valorizou a delimitação clara de seu objeto de trabalho, das técnicas, das normas e rotinas, além de fluxos de tarefas e de metas bem definidas quanto ao alcance de resultados. Como uma organização burocrática, pressupõe-se que esta tenha assumido as características típicas a este tipo de organização como, por exemplo, a de resistência a mudanças bruscas e repentinas advindas do ambiente externo. Isto pode, de fato, ter garantido a sua sobrevivência, especialmente nos momentos extremamente desfavoráveis quanto à condução da política de saúde vigente no país. Esta certa rigidez com que definiu o modo de se organizar o trabalho, baseado na especialização de tarefas, se comparado com outras organizações de saúde, pode ter contribuído para a sua estabilidade. Por outro lado, pode ter servido para legitimá-la dentro do rol de funções que desempenhava na rede de serviços públicos aumentando a resistência contra possíveis ingerências externas advindas dos grupos de pressão técnica e política. Decorrente destas mesmas características, é certo que correu o risco do aprisionamento a determinadas funções no interior do Sistema de Saúde e, portanto, ficou muito dependente do prestígio ou desprestígio que as atividades que desenvolvia gozavam em cada conjuntura histórica. Consolidou-se assim a primazia de responder a determinadas demandas e necessidades que, historicamente, foram constituindo-se em sua fonte de acúmulo de poder administrativo, legitimando e fortalecendo a sua lógica de funcionamento, Isto não lhe garantiu uma autonomia duradoura e o resultado final era sempre favorável às mudanças propostas, mesmo que em processos de lenta maturação.

Numa primeira fase, esta rede é fruto de um projeto de agentes que buscaram a mudança tendo seus objetivos gerados a partir do jogo político e impulsionados pelo surgimento de novos paradigmas da administração sanitária. Ela foi, portanto, na sua gênese, uma proposta completa e acabada de um grupo que, a partir de sua inserção no aparelho de Estado, formulou política e tecnicamente uma alternativa à organização sanitária existente até a década de dez. Constituído por jovens sanitaristas, este grupo trouxe, notadamente dos EUA, formulações teóricas inovadoras quanto à administração sanitária, e no campo político passou a ocupar posições consideradas estratégicas na instância superior da estrutura sanitária da época, o Departamento Nacional de Saúde Pública^{30 31}. Segundo Costa,

“o surgimento do DNS foi um esforço, notavelmente bem sucedido, de trazer para o interior do aparelho estatal toda uma geração de jovens sanitaristas, até então situados mais ou menos à margem do processo decisório relativo à questão sanitária.”³²

Criticavam a falta de uma política de saúde que combatesse a ignorância do povo a respeito da higiene, e especialmente a inoperância da Saúde Pública frente aos novos desafios colocados pela urbanização e industrialização do país. Os Centros de Saúde adquirem assim um *status* de política propositiva, ao terem sido minuciosamente planejados por sanitaristas que, àquela época, passavam a ocupar cargos na organização sanitária federal, fundando um novo marco da organização sanitária do país. Além disso, no momento da constituição dessa rede, o país tinha como flagelo sanitário em suas áreas urbanas um quadro de morbi-mortalidade que assegurou legitimidade a esta nova proposta: a tuberculose, as doenças venéreas, a higiene materno-infantil, e que representavam desafios até então não passíveis de solução pela estrutura sanitária vigente. Foi neste vácuo de poder que se fortaleceu a idéia de que a organização dos Centros de Saúde pudessem se transformar em instrumento de uma política propositiva de organização sanitária.

²⁹ Lourau, 1995, p.142.

³⁰ O Departamento Nacional de Saúde Pública foi criado na gestão do presidente Epitácio Pessoa, pelo decreto 3.987, de 2 janeiro de 1920, substituindo o antigo Departamento Geral de Saúde Pública. Chagas Filho, 1993, p.163.

³¹ “A criação do Departamento Nacional de Saúde tinha por objetivo aglutinar determinadas questões sociais e sanitárias em um único aparelho estatal” Costa, 1985, p.90.

³² id *ibid.* p. 99.

Em um segundo momento, a organização não tinha um objetivo maior do que servir como modelo já implantado, estimulando a disseminação de outras unidades por todo o país. Assim, política e tecnicamente, representavam a superação do antigo modelo sanitário e a intenção de assegurar a primazia da Higiene e da Saúde Pública sobre as outras formas institucionais de assistência à saúde, notadamente a Clínica. Esta pretensão reformista dos sanitaristas, no fundo, tentava preservar a ascendência da Higiene e da Saúde Pública sobre a Clínica. Este foi talvez um forte motivo para terem publicado a descrição desta experiência com tanto detalhe. No nível administrativo, porém, pode-se constatar a todo momento a fragilidade de suas bases materiais e de seus estatutos formais-legais. Diversas situações críticas foram vividas pelos Centros de Saúde, mesmo nos momentos em que representavam um opção prioritária de governo ou solução técnica mais inovadora e apropriada para o atendimento à saúde da população. Esta organização sanitária, apesar de ter nascido forte, do ponto de vista da sua concepção e do seu ideário, como um modelo tecno-político a se implantar no país, não reuniu forças suficientes para a sua imediata e completa implementação. Os percalços por que passou esta nova idéia, até a concretização de uma rede, foram muitos. As dificuldades estavam associadas não só às deficiências materiais, mas sobretudo aos impasses decorrentes das discussões sobre qual deveria ser o papel a ser desempenhado pelo Departamento Nacional de Saúde, àquela época com suas atividades excessivamente concentradas na então Capital da República. Os conflitos decorrentes da discussão acerca do papel do Governo Central no desenvolvimento das políticas nacionais estão relacionados à emergência do Estado Novo. A necessidade de consolidar a influência do poder central nas diversas unidades da Federação fez com que a antiga ênfase dada às ações sanitárias na Capital da República fosse revista. Este período coincide com a implantação da rede de Centros de Saúde. Não é portanto de se estranhar que uma rede sanitária na cidade só tenha se estabelecido oito anos após a inauguração do primeiro Centro de Saúde, e que a partir daí, só tenha ficado sob a administração direta do Governo Central por escassos seis anos. Logo após a sua constituição, esta começou a perder seus recém contratados quadros técnicos, que foram, em grande parte, transferidos para diversas capitais, destinados a reforçar as estruturas sanitárias federais nos estados, ou a criar estruturas estaduais de Saúde Pública.

Há ainda um aspecto importante a salientar, que diz respeito à

trajetória da organização, que experimentou mudanças, conforme as alterações que ocorreram com o status federativo da cidade do Rio de Janeiro. Foram se sucedendo situações distintas com a as quais a rede se deparou em relação ao seu vínculo político-administrativo. Esta pertenceu, respectivamente, aos seguintes níveis governamentais: ao Governo Federal, entre 1927 e 1939, à Capital da República, entre 1939 e 1960, ao Estado da Guanabara, entre 1960 e 1974 e, por fim, à Capital do Estado do Rio de Janeiro, a partir de 1974. Estas modificações fizeram a organização conviver com um alto grau de incerteza e de mudanças em seu meio externo, determinando sempre novas situações a serem enfrentadas ou acomodadas. Também neste particular é surpreendente, como já foi referido, que esta rede tenha atravessado todas estas mudanças nos últimos setenta anos, sem terem ocorrido soluções de continuidade, se bem que em determinados períodos ela tenha funcionado quase que por inércia em decorrência de situações desfavoráveis. Foram assim diversos os papéis que desempenhou no sistema de saúde. De modelo inovador passa à condição de organização esvaziada, transformando-se, a seguir, em uma organização conservadora e ultrapassada, atuando de maneira rígida e ritualista, impondo resistências às inovações propostas. Por fim, com o surgimento da **Nova Saúde Pública**³³, parece ressurgir das cinzas, passando a constituir-se em organização estratégica para cumprir os objetivos do Sistema Único de Saúde, não só em sua área de atuação, mas com o papel de organização reposicionadora da lógica assistencial do sistema de saúde.³⁴

Como organização, esta rede espelhou com muita nitidez a própria história do movimento sanitário brasileiro, dentro das diversas conjunturas da política de saúde vividas pelo país. Houve momentos em que a sua atuação era propositiva, denotando a força dos seus representantes, que disputavam em pé de igualdade com os demais atores, a condução dos seus rumos da política sanitária. É interessante notar que algumas teses defendidas pelos sanitaristas tiveram mais repercussão e saíram vitoriosas justamente em momentos considerados críticos quanto ao quadro sanitário que apresentava o país. Isso porque o agravamento dos indicadores de mortalidade, o recrudescimento de endemias e epidemias foram sempre poderosos aliados do fortalecimento da organização de Centros de Saúde,

³³ Sears, 1993. Para o autor, trata-se de um novo momento tecnológico no interior da Saúde Pública, que sucedeu a Medicina Preventiva. Ver em detalhe mais adiante. [NR]

³⁴ Mehry, 1992(a). O autor defende esta tese na publicação intitulada “A rede básica como eixo do modelo técnico-assistencial do SUS.”

tirando-a do ostracismo. O vínculo social e político deste grupo com os grupos sociais marginalizados, ou excluídos do sistema de cuidados de saúde, foi freqüente e isto também se aplicou à organização que defendeu.³⁵ O papel dos Centros de Saúde como organização necessária à assistência à saúde no Brasil sempre esteve ligado ao debate sobre estes segmentos despossuídos da população, tanto em seu aspecto epidemiológico, quanto educacional ou social. Em outros momentos perderam legitimidade e influência devido a mudanças na política de saúde cujo eixo pendeu para outras formas de organização do sistema de saúde, notadamente a política previdenciária. Nestes períodos, por serem outras as prioridades ou as teses a respeito dos problemas nacionais, assumiram apenas uma posição reativa, de resistência, num quadro totalmente adverso, com a decorrente perda de prestígio.

Em São Paulo, a despeito do pioneirismo e do entusiasmo de Paula Souza, ao inaugurar em 1926, nos mesmos moldes daquelas unidades do Rio de Janeiro, o primeiro Centro de Saúde do país, a importância política e os interesses dos grupos ligados à economia agrária e rural não o permitiram avançar na proposta inicial de também constituir uma ampla rede de Centros de Saúde. Para autores como Mehry este foi o conflito fundamental que obstaculizou a constituição de uma **rede local permanente** e marcou a vitória dos que defendiam uma estrutura vertical campanhista no estado de São Paulo, tendência esta que só foi modificada substancialmente na década de sessenta.³⁶

No Rio de Janeiro este conflito se deu de forma velada, já que não conviviam lado a lado estes mesmos grupos de interesse. Mesmo quando a rede de saúde perdeu a “jovem guarda” de sanitaristas para os recém criados Serviços Nacionais, no início dos anos quarenta, a rede permaneceu. Até porque não havia proposta alternativa para a organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro. Tanto é assim que, no nível nacional, alguns dos sanitaristas³⁷ que conceberam a rede do Rio de Janeiro tiveram o cuidado de, a despeito da grande demanda por ações verticais de tipo campanhista nos estados, criar, em cada capital federativa e em médias cidades, no mínimo, um Centro de Saúde. Na prática, porém, as histórias de ambas as redes são muito semelhantes, já que, só a partir da década de quarenta estas duas redes se consolidaram. Prova disto é que, em São

³⁵ Cordeiro, H. 1996.

³⁶ Mehry(b), 1992.

³⁷ Especialmente Barros Barreto, que à época, chefiava o DNSP.

Paulo, dados do Departamento Nacional de Saúde registravam, em 1942, a implantação de noventa e três distritos sanitários, sete Centros de Saúde, e oitenta e sete postos e sub postos de saúde.

O pioneirismo da implantação desta organização, a despeito dos percalços e dos longos períodos de impasse e estagnação, bem como a sua estratégia de servir de modelo para a disseminação de Centros de Saúde no país, podem ser considerado um objetivo bem sucedido.

Para efeitos de esclarecimento do leitor, importa ainda pontuar as diferenças de nomenclatura e critérios utilizados na definição de Centro e Posto de Saúde, no contexto da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e que serão aqui adotadas. Diversamente dos critérios utilizados pelo IBGE, Centro de Saúde, para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, é a unidade básica de saúde que centraliza as ações e informações sanitárias de uma Região Administrativa (R.A.). Postos de Saúde são todas as outras unidades básicas que, localizadas numa mesma R.A., não desempenham esta tarefa, mesmo possuindo médicos e outros profissionais de nível superior em seu quadro técnico e administrativo. Como consequência, para cada R.A. existe somente um Centro de Saúde, podendo coexistir um ou mais Postos de Saúde que respondem por sub-áreas destas mesmas R.A. Este princípio de distritalização é coerente com a histórica função dos Centros de Saúde na cidade. Curioso porém é constatar que, desde o início dos anos oitenta, as R.A. já não correspondem mais aos distritos sanitários municipais. Estes foram redefinidos e hoje constituem-se em agrupamentos de R.A., sendo denominados Áreas Programáticas (A.P.). Estes dois critérios de distritalização, o das R.A., para as informações e gerência de Saúde Pública, e o das A.P., para a gerência distrital de saúde como um todo, convivem lado a lado. Pode-se concluir, daí, que os Postos Municipais de Saúde são unidades que, na R.A., são subordinadas a um Centro de Saúde. Já o Centro de Saúde é sede sanitária de uma R.A. e, por sua vez, desempenha o papel de sede de um sub-distrito sanitário dentro da A.P.

III. A Saúde Pública como Instituição e como organização.

Objeto e Hipótese

As práticas de saúde são descritas como historicamente dicotomizadas em dois modelos tecnológicos, que por sua vez geraram duas formas de intervenção distintas: as duas, de caráter social, uma que se convencionou denominar de sanitarista ou de Saúde Pública e outra, ligada à prestação de serviços médicos assistenciais para os indivíduos e, coincidindo com o processo de industrialização, voltada para os trabalhadores urbanos, denominada de medicina clínica, e no caso brasileiro, ligada ao aparato previdenciário.³⁸

À luz do conceito de Instituição³⁹, esta dicotomia é confirmada, já que existiu na história a ocorrência de processos sociais, políticos e econômicos que distinguiram a Clínica da Saúde Pública, e que corresponderam ao surgimento de objetivações que podem ser consideradas singulares. Um, que gerou o nascimento da Clínica na sociedade moderna, e outro, que desembocou no desenvolvimento da Medicina Social, ou Saúde Pública. Esta divisão das práticas de saúde, esteve sempre determinada socialmente, teve, via de regra, uma possibilidade de integração bastante limitada.⁴⁰ É fato que sempre existiu uma dicotomia entre as ações de Saúde Pública e aquelas ligadas à Clínica, apesar de suas lógicas estarem funcionalmente em sintonia com os objetivos do sistema social e econômico. Por uma questão de pressupostos teóricos e objeto de trabalho, a Epidemiologia gerou um conflito permanente, apesar de secundário, com a Clínica institucional. Crise esta bastante difícil de superar em determinados contextos. Um muro difícil de transpor estava dado pelo fato de que a Epidemiologia sempre pressupôs subordinar as necessidades individuais aos interesses da saúde das populações. E diga-se de passagem, inúmeras tentativas de integração organizacional da Clínica com a Saúde Pública esbarraram também na problemática deste conflito.

A Saúde Pública distinguiu-se da Clínica em diversos aspectos, em que pese o uso de muitas das matrizes de conhecimentos e práticas que comungam. Os códigos que embasaram a Saúde Pública foram, como em qualquer

³⁸Schraiber, 1993

³⁹Instituição pode ser definida como “árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo o seu grau de objetivação e formalização, podem estar expressadas em Leis (princípios-fundamento), normas ou pautas”. Barembliit, 1994, pág 177

⁴⁰Gonçalves, 1994. p.94

instituição, de transformação muito lenta, e permitem de forma muito nítida vislumbrar sua inserção na vida humana ao longo da história. Desde a sua emergência, no século XVIII, a Saúde Pública cumpriu um papel fundamental no desenvolvimento da sociedade industrial e do Estado capitalista moderno.

“A Saúde Pública é, por sua vez, uma necessidade do capitalismo para a reprodução da força de trabalho, um componente da legitimação do Estado e uma expressão da sua política.”⁴¹

Para fins deste trabalho importa analisar com mais profundidade estas características. Três delas, em especial, são fundamentais para o entendimento de sua singularidade, ou melhor dizendo, daquilo que lhe imprime um estatuto próprio. Em primeiro lugar a Saúde Pública sempre fez parte indissociável do aparelho de Estado. Por princípio a Saúde Pública sempre considerou o Estado como a única instância legítima para sua atuação e de seu desenvolvimento. Para Sears⁴², a Saúde Pública não só privilegiou o Estado como a única agência capaz de criar uma sociedade sadia, como compreendeu os parâmetros da comunidade através da perspectiva estatal.⁴³ Sendo este Estado subordinado às relações de produção capitalista, a Saúde Pública sempre atuou nos limites econômico e político da ação estatal, buscando uma comunidade sadia dentro do espaço de atuação possível das políticas sociais priorizadas para cada momento histórico. Deste modo, a Saúde Pública sempre desempenhou a função de reproduzir uma estrutura já dada de relações sociais. É interessante notar que devido a este traço fundamental da Saúde Pública, muitos dos seus agentes foram, ao longo da história, criticados como meros partidários das políticas sociais vigentes, e em recusarem uma atuação que atacasse a origem real dos problemas de saúde. Na avaliação de seus críticos estes seriam fenômenos estreitamente relacionados ao modo de produção capitalista e à forma de organização da sociedade. Na verdade, e honra seja feita, muitos propunham medidas mais radicais, que extrapolavam os limites impostos pela vinculação estatal da Saúde Pública cujas ações, caso fossem concretizadas, acarretariam significativas mudanças estruturais na sociedade, daí, invariavelmente terem passado à margem das políticas sociais que vigoraram em diversos

⁴¹ Testa. 1997. p.32.

⁴² Sears, 1993. Este autor faz, a nível mundial, uma interessante análise da evolução do pensamento no interior da Saúde Pública. [NR]

⁴³ id ibid. p. 12.

momentos. Segundo Costa,

*“o próprio Oswaldo Cruz, ao tentar o controle da tuberculose, percebeu os limites do modelo sanitista para enfrentar a complexidade do estado de saúde do país e propôs leis de proteção ao trabalho. Em 1906, Oswaldo Cruz chamou a atenção para o fato de que a persistência dos altos índices de mortalidade por tuberculose teria como causas a falta de arejamento e iluminação dos domicílios populares, a deficiência de alimentação, o esgotamento físico e mental dos operários e aglomeração excessiva nas habitações... ...Contudo suas propostas para profilaxia da tuberculose não foram recebidas com a mesma prioridade que as medidas contra a febre amarela.”*⁴⁴

Um segundo traço, é que a Saúde Pública sempre foi responsável por formular as **melhores** maneiras de administrar as técnicas que permitissem a prevenção dos agravos à saúde. Prevenir sempre que possível, na impossibilidade de curar. Esta característica trouxe à suas ações uma legitimidade só reconhecida a médio e longo prazos. As ações propostas nem sempre foram bem compreendidas ou valorizadas pela população. Em determinados momentos a reação foi até de hostilidade, como no famoso episódio conhecido como **a revolta da vacina**, que expressa, dentre outras coisas, a desconfiança de que o uso de técnicas de prevenção pudessem estar escondendo outros objetivos inconfessos do aparelho de Estado, como a repressão ao povo e aos seus costumes. Até porque, a figura da Saúde Pública, como um dos braços indissociáveis das políticas de Governo, sempre esteve presente na representação e no inconsciente popular, que, via de regra, não via naquelas ações benefícios imediatos para a melhoria de sua situação. Se no passado o povo se rebelou contra a vacinação obrigatória, hoje vai às ruas quando surgem epidemias e as vacinas demoram a chegar, como foi o caso recente da vacina cubana contra a meningite.⁴⁵

E, por fim, sendo talvez a característica que mais diferencia a Saúde Pública da Clínica seja sua abordagem coletiva, isto é, a busca da

⁴⁴ Costa, 1985, pp.76-77

⁴⁵ A situação ainda é mais confusa quando se reconhece que muitas medidas colocadas em prática foram inúteis para a prevenção ou mesmo agravaram a situação anterior. Este foi o caso, por exemplo, da abertura de milhares de quilômetros de canais para prevenir o crescimento do *Aedes aegypti* na década de quarenta.[NR]

comunidade sadia ao invés do indivíduo sadio. Este sentido do coletivo foi sempre tão forte e radical em sua formulação e constituição que se pode afirmar que a Saúde Pública historicamente pressupôs que o bem-estar coletivo subordinou os interesses do indivíduo. Este é, provavelmente, o seu mais importante diferencial no campo da saúde. E é neste particular que a Saúde Pública mais se chocou com o pensamento liberal clássico e os seus corolários, segundo as diversas matizes e correntes, que conformavam muitas das organizações médicas e de práticas clínicas.⁴⁶

Dadas estas características da Saúde Pública, importa aqui situá-la no âmbito da instituição saúde, já tão fortemente arraigada na sociedade humana. Cumpre-se ainda o dever de analisar que instrumentos ela se utilizou para materializar suas intervenções sobre o meio e as populações.

Para exercer suas funções de controle e profilaxia das doenças infecto-contagiosas, a Saúde Pública necessitou de um conjunto de equipamentos que colocasse em prática as suas ações. Estas, aos poucos, foram se constituindo em uma organização, aqui entendida não só em seu aspecto de consolidação burocrática, mas também enquanto um processo de formação de grupos de interesse. Estas duas dimensões estabelecem e situam o poder das organizações na sociedade.⁴⁷ Em decorrência da dicotomia e das particularidades existentes entre as ações de Saúde Pública e as da Clínica, a organização sanitária foi quase sempre dividida nos dois sub-setores que as correspondiam, se bem que a ação sanitária de Estado desenvolvida até os anos trinta do período republicano foi quase que exclusivamente voltada para a Saúde Pública. Esta última se destinava, como referido, à profilaxia das doenças infecto-contagiosas, ao controle e erradicação de surtos epidêmicos, de endemias e ao isolamento daquelas pessoas consideradas de risco para a disseminação de doenças, mas também para a ordem social. Seus equipamentos se dedicavam a estas tarefas mesmo quando se tratavam de unidades de tipo hospitalar: os Sanatórios eram destinados especificamente a estas últimas atividades.

A Saúde Pública começou a se constituir, enquanto organização no país, a partir da chegada de Dom João VI ao Brasil, em 1808. Naquela ocasião foram criados o cargo de Provedor Mor de Saúde da Corte do Estado do Brasil e as

⁴⁶ Sears, 1993

⁴⁷ Testa, 1992. p. 117

Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Dois anos mais tarde fundou-se o primeiro laboratório clínico, no Rio de Janeiro. Em 1828 transferiu-se para os municípios a tarefa de fixar normas sanitárias, o comércio de drogas e o exercício da profissão médica. É deste tempo o termo Posturas Municipais, que buscavam disciplinar a vida dos cidadãos de maneira a se evitar a propagação de doenças. Um novo surto de febre amarela motivou a criação, em 1850, da Junta Central de Higiene Pública, o que representou um retorno à centralização da administração sanitária no país. Em 1852, foi criado o primeiro estabelecimento de Saúde Pública do Brasil, o Hospício D. Pedro II. Em 1881, a Junta Central de Higiene Pública deu lugar à Inspetoria Geral de Saúde e Higiene Públicas, com sede no Rio de Janeiro. Em 1886 criou-se uma nova Inspetoria para cuidar da saúde dos portos.

Com a proclamação da República houve uma nova tentativa de transferir para os municípios as responsabilidades da gestão sanitária. Em 1899 foi fundado o Instituto Benjamin Constant e, nesse mesmo ano, devido ao surto de peste bubônica em Santos, foi criado o Instituto Butantã, em São Paulo. Ao mesmo tempo criou-se o Instituto Soroterápico Municipal, no Rio de Janeiro, sob a direção do Barão de Pedro Afonso que foi, mais tarde, sucedido por Oswaldo Cruz. Em 1907 transformou-se no Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos e, no ano seguinte seu nome foi alterado para Instituto Oswaldo Cruz.⁴⁸

Oswaldo Cruz foi responsável pela reestruturação da Diretoria Geral de Saúde Pública, que tinha sido criada em fins do século XIX, reforçando novamente a participação do nível federal na área da saúde. As Delegacias de Saúde foram criadas ainda neste período.⁴⁹

Uma ampla reforma da legislação federal sobre a saúde, foi realizada em fins dos anos dez e ficou conhecida com a **Reforma Carlos Chagas**. Esta representou a tentativa de ampliação do poder de intervenção de governo central sobre os estados da federação. Ao menos, como resultado desta tendência, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920. Este se estruturou em três Diretorias, com funções de supervisão geral, e dez Inspetorias, que se incumbiam das ações sanitárias.⁵⁰

⁴⁸ Singer, Campos e Oliveira, 1978, p.113.

⁴⁹ Silva e Mahar, 1974. pp 21-23.

⁵⁰ Chagas Filho, 1993. Diretorias: Serviços Sanitários Terrestres; Saneamento e Profilaxia Rural; Defesa Marítima e Fluvial. Inspetorias: Fiscalização de Gêneros Alimentícios; Engenharia Sanitária; Profilaxia da Tuberculose; Estatística Demógrafo-Sanitária; Exercício da Medicina, Farmácia, Arte Dentária e Obstetrícia;

Também ampliaram-se as atribuições para a ação de governo, tais como: saneamento, propaganda sanitária, higiene infantil, higiene industrial e o combate às endemias rurais.⁵¹ Novos estabelecimentos surgiram nesta época e começaram a se expandir rapidamente: os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural. É interessante notar que, com exceção de estabelecimentos de pesquisa, de controle sobre as pessoas e o meio (Delegacias de Saúde) e de isolamento (Sanatórios), estes foram os primeiros estabelecimentos de Saúde Pública dedicados a prestar assistência a populações definidas e de forma permanente. Antes de 1916, talvez devido à grande escassez de pessoal técnico, não havia postos permanentes, existindo apenas as célebres expedições de médicos sanitaristas ao interior do país, e que por sinal, retrataram o dramático quadro de saúde em que se encontrava a população brasileira. Carlos Chagas começou a implantar os Postos de Saneamento e de Profilaxia Rural com o objetivo de combater em cada local determinadas endemias ou epidemias consideradas prioritárias:

“A partir de 1916, o governo brasileiro inaugura os primeiros postos de profilaxia rural na periferia da cidade do Rio de Janeiro. Este projeto, que priorizava o combate a doenças como a malária, ancilostomose e doença de Chagas se expande e atinge diversos pontos do interior do país, durante a gestão de Carlos Chagas.”⁵²

Os médicos sanitaristas e as enfermeiras visitadoras eram considerados recursos estratégicos para esta nova política. Em 1922, foi então criado o Serviço de Enfermagem Sanitária. Para chefiá-lo foi convidada, pelo Governo brasileiro, com a intermediação da Fundação Rockefeller, a enfermeira Ethel Parsons, então Diretora do Bureau of Child Hygiene and Public Nursing do Texas.⁵³ Outras sete enfermeiras foram enviadas dos EUA e, sob a direção de uma delas, Louise Kiennienger, deu-se início, na Escola de Enfermagem Anna Nery, à formação de Enfermeiras Visitadoras. Os recursos destinados à construção do prédio da Escola, e também do Pavilhão para a internação de pacientes com

Lepra e Moléstias Venéreas; Profilaxia Marítima.

⁵¹ Braga e Paula, 1981.

⁵² Chagas Filho, 1993, p. 115.

⁵³ Castro Santos e Faria, 1996 p. 74

doenças infecto-contagiosas, foram fornecidos pela Fundação Rockefeller.⁵⁴ O Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, para a formação de médicos sanitaristas, foi criado em 13 de janeiro de 1925, subordinado à Faculdade de Medicina da Praia Vermelha e ao Instituto Oswaldo Cruz. A demanda por médicos sanitaristas era tão grande que os formandos eram imediatamente admitidos no Serviço Público Federal.⁵⁵

Todo o trabalho desenvolvido nos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural serviram de base material para se implantar os Centros de Saúde. Estes foram uma nova forma de organização que passou a ser defendida com muita ênfase a partir da segunda metade da década de vinte, fruto da reiterada influência da Fundação Rockefeller. Uma rede concreta de Centros de Saúde, no entanto, só vai surgir em meados da década de trinta.

Essa proposta era um reflexo das mudanças de concepção acerca da atuação da Saúde Pública e da Higiene no país: iniciou-se então esforço por reformas, especialmente com relação às Delegacias de Saúde, consideradas ultrapassadas. Seus defensores concentraram ainda sua atenção na assistência aos habitantes das grandes e médias cidades do país. Este período pode ser denominado de Nova Higiene, e os representantes destas novas propostas ficaram conhecidos, no Brasil, pelo nome de jovens turcos, como será visto mais adiante. Este movimento de renovação sanitária tem nos Centros de Saúde sua proposta de mudança organizacional na área da Saúde Pública.

A partir daí pode-se considerar que a estrutura organizativa da Saúde Pública, enquanto aparato burocrático, não se modifica muito. De fato, dos anos trinta aos dias atuais, os Centros e Postos de Saúde são os estabelecimentos que mais fortemente representam e identificam a organização da Saúde Pública no Brasil.⁵⁶ Não obstante, a organização sanitária brasileira experimentou grandes mudanças em seu sub setor clínico hospitalar. Dos sanatórios e asilos passou-se à construção de inúmeros hospitais previdenciários. Inicialmente ligados aos Institutos

⁵⁴ Chagas Filho, 1993. p. 116. Estes dois novos prédios, a Escola de Enfermagem Anna Nery e o Pavilhão Carlos Chagas, eram contíguos ao Hospital Escola São Francisco de Assis, na Praça XI, que pertencia à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, atualmente UFRJ. [NR]

⁵⁵ “Os higienistas diplomados nos termos do Artigo anterior, isto é, que tenham aprovação final dos exames, terão direito à nomeação, independente de qualquer concurso, para os cargos federais e médicos que tenham que exercer funções públicas com precedência sobre quaisquer outros candidatos.” id ibid. p.175.

⁵⁶ Mesmo nos dias atuais as campanhas institucionais do Ministério da Saúde voltadas para a os problemas de saúde pública terminam invariavelmente com a mensagem: “Procure um Posto de Saúde mais próximo de sua casa.” [NR]

de Aposentadorias e Pensões, estes hospitais marcaram a hegemonia do modelo Clínico e expressaram a nova orientação da política de saúde, de assistência ao trabalhador urbano das áreas industrializadas do país. O apogeu da medicina previdenciária como política de governo se deu na década de setenta e representou, não só, a mudança de marco teórico no setor com a hegemonia da Clínica, como também permitiu o surgimento de novos grupos de interesse em disputa no cenário do poder no setor saúde. Em sua auto imagem administrativa, estes grupos foram aqueles que conduziam o aparato assistencial privado e semi público da saúde previdenciária.

Quanto a sua dimensão de política social propriamente dita, o aparato hospitalar destinou-se ao papel de manutenção da força de trabalho, permanecendo na antiga organização sanitária a função de manter gastos sociais mínimos ou residuais para a parcela da população alienada do processo de desenvolvimento industrial.

Uma reforma mais recente, levada a cabo durante a década de oitenta, da legislação sanitária brasileira, culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, tornando as organizações sanitárias menos dicotomizadas e mais integradas com relação às ações calcadas nos modelos clínico e de saúde pública. Mas, ao mesmo tempo, aprofundaram dramaticamente a segmentação das clientela segundo seus níveis sócio-econômicos. Com o fortalecimento do sub setor privado ocorrido na década anterior, verificou-se um acirramento entre os distintos grupos de interesse envolvidos na disputa pela condução da política de saúde. Como resultado desta nova correlação de forças deteriorou-se, em muitos aspectos, a assistência prestada pela organização de saúde, especialmente a do tipo hospitalar, com o aumento da desigualdade no acesso aos serviços pela população, segundo o seu nível de renda. Não obstante, os antigos estabelecimentos de Saúde Pública expandiram-se aumentando tanto a sua cobertura assistencial, quanto o leque de serviços ofertados à população, especialmente o atendimento ambulatorial.

Esta descrição, ainda que sucinta, permite realizar uma aproximação ao objeto deste estudo, ao buscar, na história, as práticas dessa organização. Há porém que se atentar não só para o seu aspecto oficial, de poder instituído, traduzido nos relatos oficiais, mas também para as contradições, resistências, disputas internas, respostas e oposições a esse instituído. Considera-se, portanto, que as organizações são estruturas dinâmicas, permeáveis às forças

de setores socialmente subordinados, que marcam as contradições entre discurso e prática, em cada conjuntura estudada⁵⁷, que exprimem a luta dos grupos de interesse no interior da saúde.

Enquanto organizações constituídas por um conjunto de estabelecimentos, estes são os locais das disputas dos

*“pequenos poderes, reproduzindo e exprimindo a organização do poder central e os modelos de autoridade nele contidos. Por outro lado, entretanto, elaboram, reproduzem e exprimem modelos de autoridade, saberes e hierarquia próprias que podem ser diferentes dos modelos do Estado e mesmo se opor a eles. O conjunto das instituições compõe o projeto de hegemonia em cada sociedade.”*⁵⁸

Por outro lado também a história de cada organização as transforma em organismos singulares, que dificilmente podem ser apreendidos seguindo-se modelos convencionais, tais como aqueles formulados pela teoria clássica da administração, e sua metodologia, perseguindo o que seria sua estrutura, processo e resultado.

*“...mas tem que levar em conta aquelas questões que conferem à instituição uma organicidade própria, que a faz semelhante a um ser vivo e mais ainda, a um sujeito social. Estas características estão enraizadas com firmeza em sua história e são as que lhe dão a força para projetar-se com base nas tarefas, que são por sua vez, construtoras de história.”*⁵⁹

A organização, portanto, configura-se como uma cristalização da história, um momento da mesma que recolhe, nessa forma concreta, todo um desenvolvimento relacionado a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas. A análise das organizações existentes em um determinado momento histórico exprime, portanto, indiretamente das outras determinações procedentes do passado⁶⁰, uma vez que é a história que dá à organização a possibilidade de

⁵⁷ Madel, 1986. pp. 26-28.

⁵⁸ id ibid, p. 42.

⁵⁹ Testa, 1997. pp. 22-23.

⁶⁰ Testa, 1992, p. 113.

manter-se estável, instituída, com uma cultura arraigada e conservadora, tornando-a, em certa medida, cada vez mais forte e imune às influências das inovações decorrentes de processos políticos e técnicos em cada conjuntura que atravessa. Em termos típicos ideais, se o poder administrativo da organização, fruto da sua história, fosse suficientemente predominante sobre as outras formas de poder advindos do ambiente externo, elas dificilmente sofreriam mudanças.

Assim, após essa breve sistematização da evolução dos estabelecimentos de saúde no país, e a necessária ressalva com relação ao perigo do excesso de formalismo na análise histórica das instituições, convém, agora, aprofundar a forma como se manifestam e interagem as distintas formas de poder no interior das organizações públicas no setor saúde. Pode-se afirmar, grosso modo, que estas são de três tipos, coexistindo na organização e podendo tomar dimensões de processos instituintes ou, por outro lado, reforçar suas estruturas instituídas.

O primeiro deles é fruto do saber e da prática administrativa: o saber fazer e como fazer, que se acumulou com a experiência de seus membros e que se fortalece com o passar do tempo. Este poder está relacionado ao fenômeno burocrático, que cristaliza, em uma hierarquia formal e legalmente fundada, um conjunto de normas e rotinas atribuíveis a cada um dos cargos e funções da organização. O segundo deles é constituído pelos paradigmas que conformam métodos considerados como cientificamente adequados e que legitimaram o seu uso pelas organizações. Este pode ser denominado de **poder técnico**, e impacta a organização ao trazer geralmente em seu bojo propostas de inovações defendidas por grupos externos a ela, isto é, por técnicos de nível central ou especialistas de agências de pesquisa e ensino. Esta fonte de poder é geralmente vista como uma ameaça por questionar as antigas normas e rotinas, consideradas pelo discurso do poder técnico como inadequadas ao bom funcionamento e ao objetivo último da organização. Por último, pode-se discriminar uma terceira fonte de poder, derivada das resoluções decorrentes dos propósitos dos Governos. Aqui estão representados todos os grupos de interesse em luta pela hegemonia de uma determinada política social e de saúde, cujo resultado irá, em última instância definir, quem será mais ou menos beneficiado com os serviços da organização e de que tipo será esta oferta em termos de quantidade e qualidade.

Considerando-se a premissa de que as organizações existentes em nosso meio têm por principais características a labilidade, a imaturidade, a

descontinuidade, a pouca tradição e a dificuldade em consolidar suas próprias normas e estatutos, está portanto implícito o maior peso técnico e político, advindo das últimas fontes de poder, em cada conjuntura, ou momento por que passam as organizações, em detrimento exatamente do poder administrativo.

Recorre-se, aqui, a Mário Testa, para quem existe uma relação de coerência nas organizações, entre o poder administrativo, os métodos que utiliza (poder técnico) e o propósito institucional ou de governo (poder político). Esta relação segue necessariamente as regras de um “Postulado de Coerência” que se exprimem sempre e necessariamente como relações de determinação ou de condicionamento:

“Determinação definida como força positiva que estabelece os limites dentro dos quais o fenômeno deve ocorrer. Pode ser definida como sendo a fixação, por um fenômeno, das condições para a eficácia de outro. Condicionamento definido como a força negativa que fixa os limites, fora dos quais um fenômeno não pode ocorrer.”^{61 62}

As principais contribuições de Testa para a análise organizacional em situações vividas em países como o Brasil podem ser assim resumidas: os propósitos de governo, decorrente do papel das Instituições do Estado, determina tanto o poder administrativo quanto o método. Também o método, quer dizer, aqueles paradigmas que condicionam a incorporação de técnicas e modelos assistenciais, sendo portanto decorrentes das teorias em voga em cada momento histórico, determina igualmente a dimensão administrativa. Em sentido inverso e dialético, o autor afirma que o poder administrativo, isto é, aquele que advém dos grupos e processos de trabalho da organização, por sua vez, condiciona o método e os propósitos de governo.

Decorre daí a existência, portanto, de um permanente conflito, fruto das interações advindas das três formas de poder na organização. Dessa forma a maior ou menor estabilidade da organização estaria na dependência da resultante,

⁶¹ id ibid. 1992, p.111

⁶² “Testa toma a compreensão das diferentes formas que o poder adquire ao nível das organizações: o técnico, o administrativo e o político. As organizações são determinadas tanto pelo propósito de Governo (poder político) quanto pelos seus métodos (poder técnico). Entende a determinação como um processo positivo e o condicionamento como negativo, como o que impõe limites ao outro” Mehry, 1995, p. 136.

em cada momento, deste jogo de forças, acarretando em maior ou menor aceitação e conformidade frente às pressões advindas dos propósitos do governo e dos métodos que a ela se relacionam e, ao mesmo tempo, à maior ou menor capacidade administrativa de impor determinadas condições às mudanças vindas das diretrizes tecno-políticas. Daí conclui-se que a busca de legitimação das organizações públicas, especialmente em nosso meio, estão criticamente relacionadas à resposta que conseguem dar aos interesses colocados pelo poder político, e secundariamente ao método, que lhes é imposto. Estes interesses se originam geralmente no ambiente externo mas estão representados também pelos agentes que convivem na organização, e significam quase sempre uma ameaça e uma fonte de constante conflito ao seu funcionamento.

“Com o próprio Mário, é possível dizer que as organizações são campo de disputas de linhas de forças que sempre expressam alguma forma de poder e que ambicionam sua institucionalidade.”⁶³

Figura extraída de Testa, 1992. Pág 116

⁶³ id ibid., p.138.

Assim, se em princípio, as organizações expressam quase sempre aquilo que está instituído e consolidado como valores para as sociedades em que estão inseridas, apesar de transmitirem muitas vezes a sensação de imobilidade e, de fato, tenderem sempre à inércia e à estabilidade, até como reflexo de um instinto de sobrevivência a elas inerente, elas sofrem também, de forma dinâmica, os movimentos de transformação, ou a oposição dos processos instituintes e organizantes. Esta dialética entre o instituído e o instituinte, entre o organizado e o organizante é inerente à vida social.⁶⁴

As organizações são marcadas, portanto, pelas contradições, harmonias, anseios de liberdade, imposições de ordem, opressões, contestações, acordos, concessões que marcam a própria vida da sociedade em que estão inseridas. Configuram-se, então, como organismos que convivem com a vida e com a morte, lutam sempre contra a sua própria extinção ou dissolução. Esta é uma das razões porque as organizações buscam sempre o maior grau de estabilidade possível. Isto é alcançado através de objetivos predeterminados, de papéis prescritos, de uma estrutura de autoridade, de regras, regulamentos e normas, e, ainda, de padrões informais de práticas, normas e relações sociais entre os seus membros. Portanto, seria de se esperar que, a princípio, as mudanças deveriam ocorrer raramente nas organizações. De fato são muitas as barreiras e resistências às mudanças. Pela natureza contraditória da organização, contudo, a mudança torna-se inevitável.⁶⁵

A primeira hipótese deste trabalho, decorrente do postulado de coerência, é a de que a organização sanitária em estudo foi palco dos conflitos de interesses decorrentes das disputas entre os poderes administrativo, técnico e político. Assim, a forma como se comportou esta organização ao longo de sete décadas de existência está articulada ao tipo de condução e influência advinda, especialmente, dos propósitos de Governo e dos métodos, forças estas oriundas do meio externo a ela. Só secundariamente seu perfil burocrático e sua lógica administrativa foram capazes de interpor-se a estas outras fontes de poder. Esta última afirmação guarda coerência com o fato de, em nosso meio, o fenômeno burocrático ter se dado de forma distinta ao processo vivido pelas sociedades européias pós industriais com sistemas políticos do tipo liberal democrático. Não

⁶⁴ Baremblytt, 1994

⁶⁵ Freitas, 1991

houve, no caso das organizações públicas brasileiras, uma estruturação burocrática formal legal que permitisse sua autonomia administrativa, na qual as normas, rotinas e funções tivessem interposto condições às pressões do meio externo de forma a preservar a sua lógica e sua integridade. Até mesmo a sobrevivência das organizações no Brasil estão sempre ameaçadas, dada a transitoriedade que as caracterizam.

Por outro lado, segundo Rogers⁶⁶ as mudanças organizacionais ocorrem a partir de decisões políticas que transformam o modo como se dão as relações na organização. Alteram profundamente as práticas cotidianas e os fundamentos em que se baseiam estas práticas. A condução política das mudanças pode ser do tipo coletivo ou autoritário. O processo autoritário permite a tomada de decisão mais rápida mas freqüentemente sofre uma série de problemas no processo de sua implementação. Já decisões coletivas exigem um tempo maior de tomada de decisão, mas possibilitam, via de regra, um processo de implementação mais harmônico e seguro, baseado no consenso. Usualmente o que se verifica nas organizações brasileiras é a condução extremamente autoritária de mudanças

Intenta-se ainda, neste trabalho, estabelecer as articulações entre este tipo de condução do poder como conformadoras de uma determinada situação da organização referida às suas funções e papéis no setor saúde. E, principalmente, comprovar que esta dada conformação se deu mais por pressões alheias a sua própria lógica do que por um processo de construção interna, fruto da coesão de seus membros ou da estabilidade que geralmente goza uma estrutura burocrática de Estado.

Restaria ainda demonstrar a razão de ter havido, na prática, uma aparente contradição ao que foi exposto até agora. Ela repousa no fato de esta organização ter se mantido por várias décadas tão surpreendentemente preservada em seus objetivos, normas e rotinas diante da forte capacidade das instâncias tecnopolíticas de determinar mudanças nas organizações de saúde. Tem-se aqui por objetivo comprovar uma outra hipótese: a de que esta estabilidade só foi possível ao restringir-se drasticamente a função desta organização levando-a a um estado de hibernação. A preservação, portanto, de parte de suas funções e papéis teria se dado com a particularidade de que estas foram mantidas em um ambiente de restrições quase que absolutas, ocasionando uma precária condição de

funcionamento. Para a viabilidade e factibilidade desta condição de existência muito contribuiu a situação desta organização no conjunto da rede pública de saúde no Rio de Janeiro. Como poderá ser visto adiante com mais detalhes, era grande a disponibilidade de aparelhos sanitários públicos no Município do Rio de Janeiro. Os Centros de Saúde estavam quase que livres e desobrigados, nesta situação, de responder com mais presteza às pressões advindas dos usuários com suas correspondentes necessidades de saúde. Esta situação vai perdurar por muitos anos até a crise da previdência social, no início da década de oitenta. Nesta conjuntura os processos de mudança se realizaram de forma lenta, em movimentos contraditórios de avanços e recuos, não só no âmbito de cada estabelecimento particular, mas também nas macro-estruturas a que estavam ligados, isto é, a organização a que pertenciam.

Ao se reconstituir a história da rede de Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, busca-se analisá-la enquanto uma organização dinâmica, exposta ao mais variado conjunto de pressões e conflitos, que se deram em contextos históricos bem marcados. E mais, tem como objetivo confirmar que, em primeiro lugar, as pressões decorrentes das políticas de saúde e as mudanças de paradigmas na Saúde Pública determinaram invariavelmente o seu funcionamento. Ao mesmo tempo, buscou-se investigar os principais traços administrativos que condicionaram esta determinação e a tornaram uma organização singular, detentora de princípios e cultura próprios, a despeito de todas as mudanças por que passou. E esta personalidade própria pode ter sido exatamente a causa de sua não ruptura, em momentos críticos.

Deve-se chamar a atenção para o fato de que aqui se considera um conjunto de estabelecimentos criados em distintos momentos da história como uma **organização sanitária**. De fato, motivou esta conceituação a premissa de que estes estabelecimentos constituíram-se numa rede de serviços básicos, com as características de homogeneidade e estabilidade. Homogeneidade entendida aqui como unidades que, ao longo da história, desempenharam as mesmas tarefas e foram gerenciadas pelos mesmos princípios e normas, tendo as mesmas propostas programáticas, executando as mesmas ações sanitárias e atuando em **espírito de corpo**.

Mas em que pesem estas características gerais, na prática, as

⁶⁶ Rogers, 1983

unidades possuem simultaneamente algumas particularidades que as distinguem. Só para citar dois exemplos: pode-se diferenciá-las segundo períodos históricos pela sua aparência e estrutura arquitetônica: *“as de tijolinho são certamente aquelas edificadas na década de sessenta”*.⁶⁷, ou ainda pela distribuição de seu pessoal técnico. Há, na composição de cada unidade, um número muito maior de profissionais de nível superior, especialmente médicos, concentrados nas unidades que estão mais próximas das zonas central e sul da cidade.

Já a estabilidade é entendida aqui como uma rede com uma cultura organizacional marcante, forte o suficiente para ter-se mantido em funcionamento ininterrupto ao longo da história, a despeito de mudanças importantes nos vários níveis políticos e técnicos a ela diretamente relacionados. Isto é, aos propósitos de governo e também às mudanças de paradigmas que viveu a Saúde Pública no Brasil e no mundo.

Ao se enfatizar as características de homogeneidade e estabilidade, não se pretende encobrir o dinamismo com que cada estabelecimento se adaptou a cada conjuntura, e a forma com que cada um deles respondeu às pressões que determinaram as mudanças fundamentais na organização. Isto se deu diferentemente para cada um dos estabelecimentos, provavelmente, às custas de conflitos, tensões e lutas internas. Foi a suposição, porém, da existência de estabelecimentos constituídos como uma organização que permitiu analisar os processos de mudança, como fundamentalmente indissociáveis, vividos simultaneamente por todos eles.

Outro aspecto bastante complexo para a análise do processo histórico desta rede de Centros de Saúde diz respeito à sua relação com as instâncias de poder que exerceram, de acordo com o momento histórico, maior ou menor influência sobre ela. Como uma organização vinculada ao município do Rio de Janeiro, as instâncias governamentais responsáveis pela sua gestão sofreram variações também na dependência das mudanças da situação política desta cidade, que, diga-se de passagem, não foram poucas. Dessa forma, a própria constituição desses serviços possivelmente incorporou e superpôs toda a riqueza e dinamismo político da evolução histórica do Rio de Janeiro.

Como uma das organizações do sistema público de saúde instalada no Rio de Janeiro, a rede de Centros de Saúde sofreu portanto influências

⁶⁷ Dr. Felipe Cardoso, depoimento, anexo.

advindas do papel da cidade na história do país, ficando assim muito mais exposta aos impactos decorrentes dos propósitos políticos dos governos do que se estivesse em outra circunscrição. Isso porque a cidade foi, nestas últimas décadas, cenário de inúmeras mudanças políticas e institucionais, acarretando diversas alterações no seu vínculo federativo.

Entre as décadas de vinte e sessenta, o Rio de Janeiro era a Capital da República, e enquanto tal se destacaram duas situações distintas: na primeira fase, compreendida entre 1927 e 1939, sua organização sanitária era responsabilidade exclusiva do governo central. E esta era também, ao mesmo tempo, a principal tarefa do governo federal em matéria de Saúde Pública, que tinha, nos estados, uma atuação muito fragmentada e residual. Isto fez com que a Capital desempenhasse duas funções básicas: ser o balão de ensaio das práticas sanitárias e servir de modelo propositivo a ser implantado para o resto do país, pelos respectivos estados. Sua rede sanitária municipal era, portanto, pertencente ao poder central⁶⁸.

A partir do Estado Novo, a atuação do Governo Federal passou a se caracterizar por uma política de desconcentração com relação aos estados da federação, coerente com o propósito de construção de um Estado nacional. Em consequência, o governo federal passou a atuar mais diretamente nos estados, implantando serviços locais com maior poder de intervenção sobre as ações sanitárias de cada estado e, ao mesmo tempo, desonerando-se das tarefas que eram executadas diretamente na capital da República.⁶⁹ Assim, nesta segunda fase, entre 1940 e 1960, a organização sanitária passou a ser tarefa e responsabilidade do governo do Distrito Federal.

Entre 1960 e 1974, com a mudança da capital da República para Brasília, o Rio de Janeiro tornou-se uma cidade estado, a Guanabara. Apesar de ter perdido a condição de sede do poder central, muitas das tarefas do governo federal permaneceram, neste período, sediadas no Rio de Janeiro. Além disso a ele era atribuído o *status* equivalente ao nível institucional dos demais estados brasileiros, com a vantagem de ter apenas algumas dezenas de quilômetros quadrados. O Estado da Guanabara nasceu assim politicamente forte, e contou com inúmeras

⁶⁸ Nesta época o Governo do Distrito Federal já administrava uma considerável rede de emergência e de ambulatórios, o que não parecia ser então a prioridade do poder central. [NR]

⁶⁹ Com exceção de atividades de cunho mais geral e de relevância para o país como um todo, como a vigilância dos portos. [NR]

facilidades que esta nova situação lhe conferiu, como maior agilidade administrativa e melhor acesso a diversas fontes de financiamento.⁷⁰ Esta força advinha, além disso, do fato de que o governo federal mantinha nesta cidade um patrimônio considerável como, por exemplo, uma extensa rede pública de saúde previdenciária, que, de uma forma ou outra, recebia deste mesmo poder central uma atenção especial.

A partir de 1974 a cidade do Rio de Janeiro passou a ser a capital do estado do Rio de Janeiro, fundindo-se o antigo estado do Rio de Janeiro com estado da Guanabara. Na condição de capital deste novo estado, a cidade passou a sediar, concomitantemente, diversos órgãos federais e estaduais, contando novamente, como na época de Capital da República, com órgãos municipais próprios. Assim, no que se refere ao sistema de saúde, as unidades foram redefinidas quanto ao seu vínculo, podendo pertencer a três redes distintas, ligadas respectivamente aos governos federal, estadual e municipal.

Essa sobreposição de ações sanitárias no país, no entanto, não era exclusividade do Rio de Janeiro, mas comum a todos os estados da Federação. Dada, porém, a dimensão quantitativa e qualitativa da rede pública aí sediada, esta sobreposição torna-se muito mais evidente, provocando um intenso conflito de atribuições e impasses. Além disso, a relativa abundância de equipamentos públicos de saúde foi fundamental para a sobrevivência dos Centros de Saúde: em momentos de crise ou estagnação a rede podia **hibernar**, transferindo para outras instâncias as suas responsabilidades. Ainda como decorrência da grande oferta de serviços para suprir as necessidades de atendimento, pode-se presumir que eventuais mudanças pudessem ser adiadas indefinidamente, uma vez que não havia uma pressão para que se adequassem à demandas urgentes advindas das necessidades dos seus moradores.

Quando se analisa a situação da rede de Centros de Saúde, pode-se supor que as diversas situações político-federativas por que passou a cidade tiveram pesos distintos sobre o seu funcionamento. E de uma maneira genérica pode-se afirmar que esta rede, em termos de sua relação com o poder técnico-político, sofreu um lento, constante e gradativo afastamento e diminuição de sua influência nos rumos da política nacional de saúde, à medida que se afastou do

⁷⁰ Esta pode ter sido a razão do Governo Carlos Lacerda ter conseguido uma série de recursos externos, inclusive para reformar Centros de Saúde, à época da “Aliança para o progresso” [NR]

núcleo de poder federal: os Centros de Saúde foram administrados, respectivamente, pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, do Governo Federal, de 1927 a 1939, pela Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, entre 1939 e 1960, pela Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara, de 1960 a 1974, e finalmente, pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro a partir de 1974.

Neste estudo, ao se recuperar a trajetória desta organização pretende-se valorizar principalmente o impacto desta dimensão do vínculo político e federativo do Rio de Janeiro, e não tanto os conteúdos programáticos ou os contextos mais operativos, ou mesmo as diretrizes de cada gestão governamental em si mesma. Dessa forma, a trajetória da rede de Centros de Saúde será aqui analisada muito mais segundo as linhas gerais da política de saúde e os principais paradigmas que deram origem às propostas e conteúdos técnicos de sua organização sanitária em cada período histórico e o maior ou menor graus de sintonia da rede com este eixo tecno-político.

Outro aspecto relevante refere-se à forma como os Centros Municipais de Saúde se integraram no conjunto das diversas conjunturas da política de saúde à nível nacional. Esta interação se deu também em outras dimensões, relacionadas à própria especificidade desta rede. De um lado tem-se a relação entre os Centros de Saúde, enquanto uma rede básica, com outras organizações de assistência básica e hospitalar. De outro, está referida ao conflito que contrapunha a assistência sanitária à médico previdenciária, tendo sido os Centros de Saúde representantes daquela. E toda esta interação deu-se exatamente numa cidade que concentrava um grande número de unidades públicas vinculadas a cada um destes níveis, constituindo-se em uma rede bastante complexa.

IV Metodologia, Escopo e Periodização

Na perspectiva que um olhar mais atento sobre a organização dos Centros de Saúde revele, não só, a sua própria trajetória singular, mas permita que o estudo das mudanças a ela referidas reproduzam a própria história da Saúde no Brasil, busca-se investigar de que forma se deu a articulação entre as suas funções, a partir das diversos paradigmas que embasaram os conteúdos técnicos e metodológicos sobre os quais se justificaram a ação sanitária. Técnicas e métodos entendidos, aqui, como o saber epidemiológico, que trouxe no seu bojo a forma mais adequada de se organizar a assistência sanitária segundo o estado da arte de cada momento. Em outra dimensão foi necessário investigar as intermediações dos propósitos políticos e o desenvolvimento desta rede, que, em determinados contextos históricos, a lançou no epicentro de pressões por mudanças. Em outros momentos, constatou-se justamente que a dimensão política não vinha acompanhada de uma postura propositiva, quando então a rede em questão parecia estar em segundo plano em relação às prioridades de Governo.

A delimitação de períodos ou etapas históricas tem por objetivo, aqui, delinear a predominância de determinados padrões tanto do poder técnico quanto do poder político. Visa, a partir daí, facilitar a análise e as articulações aos correspondentes *modus faciendi* ou, por vezes, do *modus vivendi* da organização⁷¹ Estas intermediações, que se deram entre as distintas fontes e instâncias do poder, legitimaram as funções da organização no sistema de saúde. A periodização é, portanto, o recurso metodológico utilizado para investigar como diversos fatores relacionados aos propósitos de governo e o poder técnico se consubstanciaram em atos concretos, reunidos ora em diretrizes programáticas propositivas dentro de um determinado contexto da política de saúde, ora, como já foi mencionado, em ausência de propostas em diversos momentos históricos concretos. Nesta segunda situação, em que verifica-se um vazio de propósitos, intencional ou não, pode-se pressupor a ocorrência de impasses e fracassos em relação às funções da organização. Resta a indagação de como a organização legitimou, nestas conjunturas, sua existência no sistema de saúde. Um determinado comportamento

⁷¹Ferreira, 1996. *Modus faciendi: maneira de agir/Modus vivendi: acordo pelo qual duas partes em litígio se podem tolerar mutuamente*. Aurélio, 1996.

organizacional que se pode denominar de **reativo** seria então esperado quando desta segunda situação.

Como fonte de informações, buscou-se obter dados que permitissem analisar o conjunto de concepções, valores, atitudes, resoluções e práticas implementadas pelos agentes envolvidos na consolidação e/ou nas mudanças da organização. Foram levantados e analisados, retrospectivamente, dados primários, como artigos, documentos, relatórios de gestão, estatísticas, decretos, normas internas, organogramas, rotinas etc. Para trazer à baila aspectos que pudessem enriquecer e esclarecer a visão dos diversos contextos históricos, buscou-se realizar entrevistas semi-estruturadas com agentes que tiveram participação direta e decisiva em muitos dos fatos vividos pela organização. Foram escolhidas, na medida do possível, pessoas que tinham uma vivência mais abrangente da rede como um todo, mas que ao mesmo tempo tivessem um conhecimento ou uma vivência do seu dia a dia.

Os relatos oriundos da memória dos agentes formuladores dos modelos adotados pela organização dos Centros Municipais de Saúde constituíram-se em fonte de informação histórica suplementar. Tratou-se de informação inédita, pois aportou para a investigação concepções dos agentes que vivenciaram e participaram da implementação das mudanças da organização, e até então, encontrava-se sem registro.

Desta forma esses dados, coletados por meio de entrevistas com roteiros semi-estruturados, permitiram aportar ao estudo informações sobre a constituição da organização no contexto da evolução da cidade, a lógica da distribuição destes serviços pelas diversas regiões da cidade, a função da organização para o sistema de saúde local, as análises de governo que se faziam em cada período e que justificaram as diversas decisões tomadas. E também serviram para apreender sistemas de valores, de normas, de representações dos grupos que conduziam a organização.⁷²

A eleição dos entrevistados foi baseada nos critérios de periodização e sub-periodização que serão mais detalhadamente expostos a seguir. Desta forma, cada um deles foi entrevistado segundo um roteiro condizente com o período em que participou da gestão sanitária municipal. Estes agentes, ao serem entrevistados, expressaram as concepções que tinham do momento então vivido

pela organização.

*"...as vivências singulares são para nós meios de aproximação da totalidade em que se inscrevem, e assim representam o coletivo a que pertencem. Essa possibilidade deriva do fato de que sendo cada relato a forma pessoal de expressar o grupo ou o social, aquilo que cada um relata, e como relata, são construções que se determinam na vida em sociedade, no pertencimento aos grupos... É justamente nesta procura (da memória) e não na articulação dos elementos encontrados, que se constrói uma interpretação que é, em geral, uma ordenação original de coisas velhas, de pedaços de imagens, experiências, opiniões etc, que a memória guardou. Esta interpretação, produto de um momento especial, apresenta-se como um discurso organizado e é uma visão mais global do que a que se pode ter no cotidiano. Nas lembranças individuais o relato segue sendo um modo de reflexão, uma forma de contar e explicar, um ponto de vista da memória coletiva"*⁷³

Para a caracterização dos principais traços das políticas nacionais para o setor saúde ao longo da história, tanto no que se refere ao sub-setor da saúde previdenciária quanto ao sub-setor da saúde pública, utilizou-se da ampla bibliografia disponível, referente à evolução destas políticas, resoluções, leis, decretos etc. Esta análise foi realizada buscando-se estabelecer o impacto que tenham causado na organização dos Centros de Saúde, quando então sub-periodizações puderam ser estabelecidas, a partir dos grandes períodos acima referidos, e que dizem respeito à situação federada do município. Note-se que estes impactos podem ter um sentido tanto de mudanças estruturais na rede quanto de sua estagnação ou acomodação. Mas sempre, da perspectiva de que na história das organizações não existe necessariamente uma tendência inexorável e linear ao progresso e desenvolvimento de suas funções, mas ao contrário, reportando-se novas e velhas questões, avanços e retrocessos vão se alternando ao longo das

⁷² Minayo, 1996

⁷³ Schraiber, 1994. pp.33-34.

trajetórias organizacionais, articulados à própria dinâmica da sociedade.⁷⁴

Como tarefa de delimitação dos momentos técnico-políticos que influenciaram a organização, apresentam-se aqui aspectos relacionados à forma como se desenvolveram, neste século, o conhecimento sanitário e epidemiológico, as políticas de saúde e as organizações ligadas à Saúde Pública

A forma como estes momentos se traduziram em práticas sanitárias e se distinguiram e se sucederam ao longo da história foram subdivididas em quatro fases: a **Higiene**, a **Nova Higiene**, a **Medicina Preventiva** e a **Nova Saúde Pública**. Esta evolução não se constituiu por intermédio de fatos isolados, restritos ao Brasil mas, ao contrário, fez parte de um fenômeno mundial, em que pese ter se refletido com toda a força no país, como será visto adiante.

Talvez o aspecto mais interessante ao se analisar na atualidade as práticas dos agentes e dos estabelecimentos públicos de saúde, é poder constatar que estas guardam, com maior ou menor evidência, características dos diversos períodos por que passaram. Pode-se, portanto, identificar uma sobreposição e um acúmulo de concepções e maneiras de atuar, no cotidiano dos serviços, dentro de um complexo processo histórico e social, que forjou um **padrão organizacional** e contribuiu para estabelecer a forma como se estrutura a organização sanitária nos dias atuais. Talvez esteja aqui a chave para se compreender os processos de mudança, ou mais ainda, a lentidão com que se dá a dinâmica dos processos de incorporação de novos conceitos ou inovações pela organização. As urgências das imposições técnicas ou dos propósitos políticos vão encontrar, por vezes, organizações que tem, historicamente, a capacidade de interpor sua própria lógica de assimilação à mudanças, com tempos diversos daqueles pretendidos ou exigidos pelo meio externo.

⁷⁴ Norbert Elias (1996). Na introdução desta publicação, Eric Dunning e Stephen Mennell advertem que existe uma percepção corrente de entender o processo civilizador como uma teoria otimista, unilinear e de progresso da história humana, sem se dar conta que a história também é feita de processos *descivilizadores*, como por exemplo, o genocídio nazista. Isto se aplica também à história das organizações. [NR].

PERÍODOS	IDEÁRIO	DIMENSÃO TÉCNICA	DIMENSÃO POLÍTICA
Nova Higiene 1927-1939	Educação Sanitária Unidades de Saúde Pública, prevenção e controle dos domicílios. Distrito Sanitário, organização sanitária para o ambiente urbano. Nova Quarentena Sem assistência médica individual	Educação Sanitária à família Infecologia/Epidemiologia Ações de Saúde Pública Médico Sanitarista, Enfermagem em Saúde Pública e Guardas sanitários Intervenções por meio de visitas domiciliares e de estabelecimentos	Setor Público: Saúde Pública e emergências Setor Privado: prática liberal da medicina Setor Previdenciário: Início das Caixas de Aposentadorias e Pensões e dos Institutos Assistência hospitalar fragmentada, incipiente e de baixa efetividade
1940-1959	Campanhas e Serviços nacionais Expansão da atuação do DNS para os Estados Delegacias Federais de Saúde nos estados	Verticalização e especialização das ações Interiorização e monitoramento Rede básica permanente para as grandes e médias cidades Expansão da formação de sanitaristas	Setor público: Saúde Pública Setor previdenciário em expansão Municipalização da rede sanitária da Capital Estado Nacional
Medicina Preventiva 1960-1978	Programação em Saúde Assistência médica limitada Aliança para o progresso: Saúde como condição para o desenvolvimento econômico Doenças crônicas degenerativas como problema de Saúde Pública.	Prevenção por meio de exames periódicos. Ampliação dos programas de imunização Doenças infecciosas predominam Não rompe o modelo anterior, não evita a defasagem tecnológica Reformas restritas a poucas unidades Atendimento clínico à doentes	Apogeu da medicina previdenciária Unificação da previdência/INPS Especialização clínica e medicina hospitalar Atendimento médico individual hospitalar curativo ou ambulatorial especializado (epidemia de meningite) Privatização do Sistema Previdenciário
Nova Saúde Pública 1979-1986	Combate aos riscos auto infligidos/campanhas de massa Assistência voltada para os problemas mais comuns da comunidade Ações preventivas e assistência médica simplificada Participação Comunitária Resgate da dívida social e da pobreza Rede paralela aos CMS em bairros pobres ou sem assistência. (UACPS/UMAMPS)	Alma Ata/Atenção Primária à Saúde Ações coletivas sobre o consumidor atomizado Pacote de ações de alto índice custo/efetividade geralmente voltada para populações excluídas Constituição da equipe de saúde, ênfase no pessoal de nível médio e elementar Enfoque de risco epidemiológico Participação comunitária	Crise do Sistema Previdenciário Crise Sanitária Falência do Modelo Hospitalocêntrico Aumento da exclusão social e da desigualdade Redemocratização. Experiências inovadoras locais Maior ênfase à assistência básica ambulatorial Ações Integradas de Saúde Mudança da articulação público-privado

Saúde Coletiva 1986-1997	Sistema Único de Saúde Regionalização, Hierarquização Padronização de uma Rede básica Integralidade (atendimento às necessidades e às demandas) Redefinição das equipes de saúde (Saúde Pública, outras profissões de nível superior).	Programas de Saúde Integral, maior integração médico sanitária (clínica e epidemiologia) Abordagem multiprofissional Equipe de saúde Mudança da morbidade: DCD, envelhecimento. Maior complexidade tecnológica principalmente terapêutica (aids, diabetes, há, etc) Maior dependência, interação com outros níveis Doenças tem causas sociais e macroestruturais	Municipalização Ênfase na construção de redes básicas Aumento de recursos para a assistência básica Universalização excludente, crescimento do setor privado, crise do sistema hospitalar previdenciário Rede básica como eixo tecno-assistencial do SUS X Provedora de uma “cesta básica” Sistema dual de saúde
---------------------------------	--	--	---

IV.I. A Higiene

A ciência positiva, imparcial, detentora de soluções concretas para a ameaça oriunda das doenças que invadiam os territórios dos Estados modernos, tinha na Higiene sua corporificação técnica e política. Aqui a Epidemiologia subordina-se aos avanços do conhecimento médico e biológico, mas, ao mesmo tempo, institucionaliza e hegemoniza as práticas estatais na área da saúde. Enquanto a Clínica não gerou, neste período, uma organização suficientemente convincente para produzir soluções concretas e satisfatórias, a partir dos conhecimentos então acumulados, as medidas de Saúde Pública, ao contrário, alcançaram, em alguns casos, resultados espetaculares. Esta fase coincide, no Brasil, com a criação do Instituto Soroterápico, por Oswaldo Cruz. Nesta época o conceito de fronteira geográfica ainda era muito cara à Saúde Pública, já que isolar, aquartelar, cercar os doentes ainda era uma solução para a defesa dos Estados nacionais. Estados estes crucialmente dependentes do comércio e das trocas que se faziam a partir das fronteiras marítimas. Mas, ao mesmo tempo, começaram a surgir soluções a partir de intervenções sobre o meio ambiente, graças à descoberta de várias cadeias de transmissão de doenças. Como já citado anteriormente e, coerente com estas funções, a Saúde Pública contava com uma organização sanitária centrada em Delegacias e Institutos de Pesquisa. As primeiras situavam-se justamente, como no caso do Rio de Janeiro, no núcleo urbano central, junto ao porto, de forma a tornar esta defesa a mais eficaz possível. Os Institutos buscaram descobrir novas técnicas que interrompessem os elos das cadeias de transmissão e a disseminação das epidemias. E assim atuou Oswaldo Cruz na cidade do Rio de Janeiro, viabilizando a ainda frágil economia capitalista brasileira.

O período Carlos Chagas buscou vencer novos desafios e superar outros ainda não solucionados na fase anterior, como a Tuberculose. Ainda têm na Higiene o seu paradigma⁷⁵. Junto à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, institui-se um código sanitário detalhado e minucioso, com 1.194 artigos. Nele está contida, principalmente, a preocupação em dar à nova ação sanitária uma estruturação científica, de acordo com os melhores conhecimentos

⁷⁵ Chagas Filho, 1993. Legítimo sucessor de Oswaldo Cruz, que faleceu com apenas 44 anos, Carlos Chagas acumulou os cargos de Diretor do Instituto Oswaldo Cruz, de Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, e de Professor Titular da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. [NR].

disponíveis à época. Reforçou-se a hegemonia do conhecimento médico ao criar o curso de Saúde Pública como especialidade da Faculdade de Medicina. Regulamentou a obrigatoriedade de diagnosticar, por meio de exames de laboratório, e de notificar as doenças. Restringiu-se a atuação das farmácias como locais de atendimento e criou-se órgão de fiscalização profissional. Aprofundou-se a regulação da vida e dos costumes dos cidadãos.⁷⁶ Carlos Chagas manteve a intransigente defesa da obrigatoriedade das vacinações em massa em que pese a resistência que ainda imperava em vários segmentos da população. Em termos organizacionais, há um reforço a especialização de funções com a criação de várias Inspetorias, cada uma destinada a um determinado problema ou agravo.⁷⁷ E mais, elas deveriam voltar a sua atuação para todo o território nacional, para o que deveriam contar com a cooperação dos serviços estaduais e municipais.

Carlos Chagas, ao defender uma estratégia para o combate ao *“maior flagelo da humanidade”*, a tuberculose, antecipou o discurso que irá predominar nos anos seguintes, e que corresponderá ao período da Nova Higiene. Este consistiu em recomendar principalmente ações contra o contágio por meio da notificação dos casos, do isolamento, das desinfecções e da educação anti-tuberculosa. Carlos Chagas, porém, apontou que o problema só seria definitivamente resolvido no dia em que surgisse um processo biológico de imunização ou um tratamento específico contra a infecção, dentro de sua perspectiva cientificista clássica.⁷⁸

Dentre as inúmeras medidas tomadas entre finais da década de dez e início da década de vinte, três delas podem ser consideradas fundamentais, por lançarem as bases para uma nova forma de se atuar em saúde no país: a criação da especialidade médica de Higiene e Saúde Pública, o curso de Enfermeiras Visitadoras, e a implantação dos primeiros Postos de Profilaxia e Saneamento Rural.

Em todas estas iniciativas foi fundamental a participação da

⁷⁶ id. *ibid.*, p. 169. Entre muitas pode-se citar as seguintes regulamentações: edificações, proibição de uso de porões para estadia prolongada, criação de animais, destino de estrume e lixo, uso das águas, carteira de saúde para empregados domésticos, funcionamento das farmácias, e até mesmo sobre especificações técnicas dos açucareiros em bares e restaurantes, que tiveram que ser substituídos de manuais para automáticos, em todo o território nacional.

⁷⁷ id. *ibid.*, p. 164. Eram as seguintes as Inspetorias: Fiscalização de Gêneros Alimentícios, Engenharia Sanitária, Profilaxia da Tuberculose, Estatística Demógrafo-Sanitária, Exercício da Medicina, Farmácia, Arte Dentária e Obstetrícia, Lepre e Moléstias Venéreas, Profilaxia Marítima.

⁷⁸ id. *ibid.* p. 174.

Repartição Internacional de Saúde Pública da Fundação Rockefeller⁷⁹ que, desde 1916, já participava de esforços para o controle da febre amarela, malária e ancilostomíase no Brasil. As bolsas concedidas pela Fundação Rockefeller a médicos brasileiros para os cursos de especialização da Saúde Pública da Universidade John Hopkins, os recursos financeiros e o acompanhamento técnico foram medidas decisivas para se criar o ambiente adequado ao desenvolvimento de um novo modelo sanitário no país.

O curso de Higiene e Saúde Pública foi uma iniciativa conjunta do Instituto Oswaldo Cruz e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O curso de Enfermeiras Visitadoras foi viabilizado a partir da chegada de um grupo de enfermeiras dos EUA, sob os auspícios da Fundação Rockefeller, culminando com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Os Postos de Saneamento Rural, como já citado anteriormente, foram criados inicialmente na periferia da Capital de República e, mais tarde, se disseminaram pelo país. Tinham como objetivo o combate a determinadas doenças como a malária, a ancilostomíase e a doença de Chagas. Estes foram os primórdios da Nova Higiene: as fronteiras e o isolamento se deslocaram das áreas portuárias, com suas Delegacias de Saúde; e também as intervenções indiscriminadas sobre o meio ambiente se transferiram para os limites das comunidades e do domicílio.

IV.2 A Nova Higiene

O Curso Especial de Saúde Pública, criado em 13 de janeiro de 1925, formou uma nova geração de médicos sanitaristas, todos imediatamente admitidos no Serviço Público Federal. Juntaram-se a outros, que, desde 1916, tinham sido destacados por Carlos Chagas para trabalhar nos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural da Capital. Alguns deles tinham formação pela Johns Hopkins que, como já referido, oferecia bolsas de estudos sob os auspícios da Fundação Rockefeller.⁸⁰ A gripe espanhola, o surto de febre amarela no Rio de Janeiro, em 1925, e o crescimento dos casos de tuberculose eram claros sinais da

⁷⁹ “Fundação Norte Americana que, em nome da filantropia e da defesa sanitária internacional, estabeleceu relações de cooperação técnica com países sub-desenvolvidos para o controle de doenças endêmicas. Para Costa os seus objetivos se relacionavam aos interesses políticos e econômicos de expansão da influência norte americana no mundo.” Costa, 1985, p.113.

necessidade de superar a velha ordem, baseada em técnicas coercitivas e numa estrutura rígida e centralmente controlada a partir das Delegacias e Inspetorias.

Os novos sanitaristas defendiam que somente com uma nova consciência sanitária dos cidadãos poder-se-ia se dar solução às mazelas sanitárias do país. A ignorância, mais do que a pobreza ou as péssimas condições de vida, era tida como um fator que pesava decisivamente para alta incidência de doenças infecto-contagiosas. A Educação consistia na principal ferramenta para combater a disseminação das doenças. Este ideário estava relacionado à uma nova conformação política do país, com a quebra do regime oligárquico e a presença cada vez mais forte das classes assalariadas urbanas no cenário político e econômico.⁸¹ Em um país cujos problemas se tornavam progressivamente mais complexos, a atuação sanitária se colocava nos limites da concepção do Estado a respeito das causas dos problemas sanitários. Novos instrumentos diagnósticos, de profilaxia e de imunização permitiam a atuação mais direta no combate às doenças, não só sobre o meio, mas os indivíduos e as famílias, combatendo as rotas privadas da infecção. O Rio de Janeiro tinha, à época, uma população que beirava um milhão de habitantes. Uma descentralização que permitisse alcançar cada bairro, cada domicílio, cada família, notificando e orientando as pessoas sobre os mais diversos problemas, em uma só ação sanitária integrada, era a base deste novo modo de atuar em saúde. As cidades então deveriam ser divididas em distritos e, em cada um deles, um Centro de Saúde deveria ser instalado, funcionando com vários dispensários em horários alternados, sob a chefia de um médico sanitarista. Tal como tinha sido colocado em prática em várias cidades norte americanas, especialmente em Nova York.

A Epidemiologia, esquadrinhando todo o território urbano por meio da distritalização, poderia agora fornecer, em tempo real, a evolução das principais endemias e epidemias, assim como dos problemas relacionados à saúde materno-infantil e outras doenças, tornando possível medidas eficazes de controle e profilaxia.

O avanço do conhecimento clínico e epidemiológico permitiu implementar um novo modelo de quarentena

“que não é mais um método genérico, que engloba, às cegas e indiscriminadamente, tanto os doentes quanto os sãos, tanto o

*que é nocivo quanto o que não é. Esse novo modelo exige um conhecimento minucioso e preciso, que se aplica com cuidado e paciência, e não usa a pura força.*⁸²

As enfermeiras visitadoras consistiam no outro pilar no qual se apoiava esta nova estratégia. Tanto é que, em 1939, o município do Rio de Janeiro contava com 120 profissionais deste tipo, atuando principalmente na tuberculose e na saúde materno-infantil.⁸³

O sucesso desta iniciativa pode ser medido pela evolução dos Centros de Saúde até 1939. Todos os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural se transformaram em Centros de Saúde, na cidade do Rio de Janeiro. O mesmo foi feito posteriormente com as antigas Delegacias de Saúde. E como será detalhado mais adiante, em 1934 foi extinta, na Capital da República, a estrutura de Inspetorias, criando-se uma só Inspetoria: aquela que seria responsável pelos Centros de Saúde.

A emergência do Estado Novo alterou a configuração política no país, e trouxe a imperiosa necessidade de consolidação do poder central no nível dos estados da Federação. Antes concentrando suas atividades na Capital da República, o novo Departamento Nacional de Saúde nasceu com o principal objetivo de disseminar as diversas diretrizes da política de saúde por todo o país. Nesta reforma, que só foi, de fato, efetivada em 1941, houve um reforço às ações de cunho mais vertical e campanhista. O país foi subdividido em oito regiões, que sediavam as respectivas Delegacias Federais de Saúde. O objetivo do DNS era o de implantar, a partir de Campanhas Nacionais, o combate às seguintes doenças: tuberculose, lepra, peste, febre amarela, malária, doenças mentais, tracoma, boubas, doenças venéreas e os serviços de bioestatística, águas e esgotos e saúde dos portos. Uma geração inteira de sanitaristas foi deslocada então para os estados para reforçar esta estrutura, tanto nas Delegacias Federais como nos Departamentos Estaduais.

No âmbito político este período é marcado pela indefinição, por parte do Estado, de um arcabouço institucional mais nítido até a consolidação do Estado Novo. A partir daí tornaram-se claros os processos de modernização da

⁸¹ Cohn, 1980. p. 6.

⁸² Sears, 1993. p.21

⁸³ Fontenelle, 1962.

administração estatal, que se fortaleceu enquanto uma estrutura burocrática formal. Este fenômeno foi inspirado no populismo e tinha como principal tarefa intermediar o conflito direto e o enfrentamento dos interesses do capital e do trabalho.⁸⁴

IV.3 A Medicina Preventiva

Apesar da tendência à estagnação da Saúde Pública, a década de cinquenta iniciou-se de forma promissora com relação à sua importância para a saúde brasileira. Esta década foi marcada por uma retomada da discussão dos padrões de desigualdade e miséria, e sua relação com a saúde. O pós guerra e o fim do Estado novo permitiram um amplo debate sobre o papel da saúde pública no país. Posteriormente, a Aliança para o Progresso representou um aporte de recursos para os países latino-americanos, na tentativa de melhorias de suas condições sociais. Havia o interesse norte-americano em fortalecer sua influência no continente frente à ameaça da Guerra Fria. Foi desta época a elaboração do primeiro método de programação em saúde, priorizando investimentos em saúde segundo critérios de custo-efetividade.

Desde os anos cinquenta o conhecimento sanitário passou a basear-se em nova disciplina: a Medicina Preventiva. Ela tem como aporte teórico o **Modelo da História Natural da Doença**⁸⁵, passando-se a partir daí a preconizar o diagnóstico precoce das patologias e um sistema articulado de cuidados em níveis progressivos de atuação, correspondendo a cada um deles

*“complexidades patológicas, a partir do horizonte clínico, e considerando, previamente a este, as complexidades assistenciais de situações pré-patológicas ou patologicamente simples, mas relevantes do ponto de vista educativo”.*⁸⁶

Tornava-se necessário, então, investir no desenvolvimento de uma prática sanitária que abrangesse outras dimensões que não só a médica hospitalar, mas também aquela de nível ambulatorial. Isto se materializou, em tentativas de reestruturação das redes de Centros de Saúde, especialmente ao

⁸⁴ Cohn, 1980. p. 22.

⁸⁵ Leavell e Clark, 1976.

⁸⁶ Schraiber e Gonçalves, 1996.

longo da década de sessenta e início da década de setenta. A antiga aversão ao tratamento médico ambulatorial atenuou-se sem que, contudo, passasse a ser uma prática hegemônica na organização da Saúde Pública. Uma nova reforma era preconizada, mas esta tinha um conteúdo integrador e conciliador das lógicas clínica e epidemiológica.

“Durante decênios, após o auge das campanhas, ficou a Saúde Pública relegada a uma estagnação intelectual e material, sem acompanhar o mesmo ritmo de desenvolvimento dos meios oferecidos para a prestação dos serviços de medicina curativa, passando praticamente a ser considerada atividade secundária e colocada em posição de isolamento...o escopo final será provavelmente a total integração do serviços de medicina preventiva com os de medicina assistencial...nesta administração foi firmada a importância da Unidade Médico Sanitária.”⁸⁷

Novas unidades da Saúde Pública traziam algumas inovações mas, na prática, mantiveram muitas de suas funções históricas no sistema de saúde. Até porque o abandono vivido nas duas décadas anteriores não se reverteu, em termos de recursos investidos. Como resultado experimentava-se a manutenção de indicadores sanitários desfavoráveis. Cumpria-se, apesar da adição de alguns recursos tecnológicos mais atualizados, a mesma cartilha estabelecida desde o surgimento da Nova Higiene: o combate à doenças infecto-contagiosas, o atendimento materno-infantil e os exames periódicos de rotina. Apesar do discurso de integração das ações preventivas e curativas, da necessidade de atendimento às doenças crônico-degenerativas e ao câncer, da melhoria dos recursos diagnósticos e terapêuticos, e da integração com a rede hospitalar, muito pouco foi alcançado neste sentido.

As dificuldade em mudar a lógica da organização sanitária estava dada pela predominância dos interesses médico previdenciários, que inclusive foram aprofundando-se dramaticamente a partir da segunda metade de década de sessenta.

O contexto político e social desta fase foi marcado por dois momentos distintos e que podem explicar, em boa medida, o fracasso das teses que

começam a se esboçar na década de cinqüenta, mas que foram paulatinamente abandonadas a partir de meados dos anos sessenta. Com a retomada da democratização, em 1945, o país viveu um acelerado processo de desenvolvimento econômico, que se refletiu nas pautas sociais e políticas de então. Este debate permitiu que se discutissem as políticas de saúde pública e previdenciária de forma mais integrada à própria burocracia estatal, apesar de a importância da política previdenciária se tornar cada vez mais intensa e inexorável.⁸⁸

A este período segue-se uma política agressiva de privilegiamento de uma assistência médica previdenciária de caráter semi-público, isto é, com o financiamento público aos prestadores de serviços privados de saúde.⁸⁹ Este tipo de condução política da saúde no Brasil afastou qualquer possibilidade de integração dos dois sistemas, haja visto que tal modelo não se revelava compatível, no contexto brasileiro, com as funções da saúde pública.

Nesta segunda fase, pós sessenta e quatro, acelerou-se a tendência verificada no processo de desenvolvimento social e econômico que fizeram com que a Clínica e o Sistema médico-hospitalar fossem privilegiados e se transformassem em instrumentos voltados à reprodução da força de trabalho. Houve ainda, ao estimular esta vertente da saúde estatal, a intenção adicional de se constituir numa oportuna fonte de acumulação de capital. As organizações hospitalares se multiplicaram, enquanto, à Saúde Pública restou um papel acessório e complementar. Esta passou a executar atividades que não interessavam ou que não se adequavam ao sistema médico-hospitalar, como as ações de imunização, de vigilância epidemiológica ou ainda a prestação de cuidados à saúde aos grupos excluídos do desenvolvimento econômico. Estas funções porém, se dão de uma forma muito precária, devido ao estrangulamento financeiro e o esvaziamento dos quadros técnicos e científicos ligados à área

IV. 4 A Nova Saúde Pública

Na segunda metade da década de setenta a atenção dos formuladores de política voltou-se mais uma vez para a Saúde Pública. Foram várias

⁸⁷ Secretaria do Estado da Guanabara, 1971. p.30.

⁸⁸ Cohn, 1980. p. 12.

⁸⁹ Ou “*de apropriação privada da coisa pública.*” id ibid., Cohn, 1996, p. 23.

as razões do seu fortalecimento. Inúmeros questionamentos de conteúdo técnico, econômico e ideológico passaram a surgir nesta época. A Clínica e o seu aparato médico-hospitalar eram objeto de serradas críticas, especialmente no que se refere à sua baixa efetividade e ao excessivo predomínio de interesses comerciais em detrimento de uma abordagem dos problemas sociais. O padrão de gastos públicos, invariavelmente privilegiando a organização previdenciária, tornou a política de saúde perpetradora da iniquidade. A mudança no perfil de morbi-mortalidade tornava urgente uma ação mais conseqüente sobre as doenças ligadas ao aparelho cardiovascular e aos diversos tipos de câncer.

Em finais da década de setenta começou a se reconsiderar o modelo que privilegiava a assistência médica individual de alta concentração tecnológica. Os métodos e técnicas de abrangência coletiva, calcados em critérios de custo-efetividade, passaram a ser revalorizados e priorizados na agenda política. Justificava-se este discurso pelo fato do Terceiro Mundo sofrer os piores efeitos deste modelo, onde os poucos recursos utilizados no crescimento de um complexo sistema médico hospitalar entregava à própria sorte grandes contingentes da população, afetados por velhas mazelas sanitárias, além de outras, decorrentes do desenvolvimento econômico desigual.

Ao mesmo tempo, a Epidemiologia passou a disponibilizar conhecimentos oriundos da abordagem de risco, revelando a importância dos estilos de vida e dos fatores auto infligidos na gênese de diversas doenças. Assim passou-se a defender a promoção da consciência sanitária dos cidadãos, não mais por meio da regulação e intervenção direta da vida familiar, como na Nova Higiene, ou da introdução de enfoques psico-sociais à assistência médica, como na Medicina Preventiva. Tratava-se de um novo enfoque, que deveria contemplar um reposicionamento dos indivíduos em defesa de novos padrões de consumo. A população, vista como consumidores atomizados,⁹⁰ foi convocada a mudar seu comportamento na direção de uma vida mais saudável. Mais uma vez a Saúde Pública atuou nos limites da conformação política, social e econômica, resultante dos embates que se davam dentro da sociedade e do aparelho de Estado. Desta resultante, importava prevenir o que fosse possível, por meio do surgimento de um consumidor inteligente. As modernas técnicas de comunicação disputavam o consumidor, cada um vendendo a sua receita de felicidade individual no mercado.

Entre eles, a Saúde Pública.

No Brasil, o movimento da Atenção Primária à Saúde confrontou-se com o modelo previdenciário até então vigente no país. Mais e mais, pela própria incoerência do modelo, corruptor, desigual, excludente, ineficaz e ineficiente, surgiram novas experiências de saúde comunitária, estimuladas pela onda de redemocratização da sociedade brasileira. As unidades básicas foram, pouco a pouco, sendo transformadas pelas novas formulações da Programação em Saúde, desenvolvidas para o continente latino americano, e que assimilaram tanto o conceito de risco como o de custo-benefício. A rede sanitária voltou a posicionar-se no centro da discussão sobre a mudança do sistema de saúde brasileiro

Houve uma nova onda de expansão da organização de Centros de Saúde, que vai se dar principalmente no período subsequente. Em meados da década de oitenta, um amplo processo de recuperação do quadro de recursos humanos na área da saúde pública, permitindo a consolidação definitiva da nova lógica assistencial. Foram implantados os Programas de Atenção Integral à Saúde e a estrutura assistencial decorrente da incorporação deste modelo provocou um aumento importante da produção de consultas ambulatoriais, rivalizando em números absolutos, inclusive, com a Assistência Médica da Previdência Social. Esta passa a enfrentar então uma crise decorrente da indefinição de suas funções no novo sistema de saúde municipalizado; e a rede pública previdenciária foi paulatinamente municipalizada, incorporando as propostas da rede básica.

No plano político a luta pela redemocratização se inicia já na segunda metade da década de setenta. Movimentos organizados da corporação médica e iniciativas de saúde comunitária já denunciavam as precárias condições de saúde e vida nas periferias da cidade. Algumas prefeituras, já de oposição ao governo central, começaram a esboçar novos modelos de assistência, privilegiando a construção de políticas públicas mais voltadas para as necessidades cotidianas das comunidades locais. Em fins dos anos setenta, suas teses se tornam vitoriosas e ensejam o fim do modelo econômico e social, e por decorrência, da política de saúde imposta ao país por quase duas décadas. Novamente esta aberto o caminho para uma rediscussão dos papéis dos sub-sistemas de saúde pública e médico previdenciário para a saúde da população.

O último período histórico, compreendido pelas últimas duas

⁹⁰ Sears, 1993. p.29.

décadas, é marcado na sua dinâmica político-institucional pelo reconhecimento do direito à saúde de todos os cidadãos e pela obrigação pública por este mesmo direito. Isto contudo não foi garantido em termos reais, dada a persistência de um modelo desigual e concentrador de prestação de serviços de saúde. Persiste, assim, a tendência da atuação do Estado nos problemas de saúde coletiva, enquanto a assistência médica individual se torna cada vez mais suplementar, somente e onde o setor privado não tem interesse de ação, por inviabilidade de retorno econômico, coerente com as teorias de Estado mínimo, via privatizações de amplos setores da economia do país.⁹¹

A forma de atuação da organização sanitária brasileira sofre então grave risco de reduzir

“os pobres com suas ‘doenças da pobreza’ à condição de público-alvo de atividades programáticas descontínuas e ritualizadas de combate às endemias: na tradição assistencialista e clientelística das políticas sociais do país, se efetivamente essas medidas de caráter eminentemente preventivo fossem eficientes, teriam que pagar o ônus de sua invisibilidade política.”⁹²

A descrição das quatro fases acima não tem por objetivo uma análise extensa mas apenas demarcar alguns dos principais pressupostos dos métodos preconizados pelo setor e da política de saúde preponderante em cada momento. Esta periodização permite vislumbrar a complexidade de contextos e situações que se relacionam com a trajetória da organização dos Centros de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro. Cabe a seguir buscar, na descrição mais pormenorizada do comportamento da organização em questão, os pontos de articulação entre uma dada forma de conceber e atuar desta rede segundo os distintos paradigmas que conformaram o saber epidemiológico e clínico e os diversos propósitos de governo, resultantes do embate político no interior do Estado brasileiro. Como não deveria deixar de ser, e coerente com o objetivo deste trabalho, tem-se a hipótese que a organização sanitária refletiu, em seu modo de atuar, todas as conjunturas que viveu e que fazem parte indissociável de sua história. Dialeticamente, porém, esta encontrou não só formas de sobreviver aos momentos

⁹¹ Cohn, 1996, p. 42.

⁹² id ibid., p. 38.

de turbulência e mudança advindos do ambiente externo, mas também imprimiu, por sua parte, algumas características próprias à sua atuação. Esta capacidade de condicionar as pressões oriundas do poder técnico e político à sua própria lógica foi conquistada a partir dos processos de coesão interna, da construção de um **saber fazer**, da conformação de um **padrão organizacional**. Daí decorreu que as agendas técnicas e políticas foram, em parte, adaptadas e modificadas pelos seus agentes.

CAPÍTULO V - DESCRIÇÃO

V.1 1927-1939: o surgimento da Organização. Vida, paixão e morte de uma proposta inovadora

Como já abordado anteriormente, a Saúde Pública experimentou o seu apogeu entre fins do século XIX e início do século XX. Suas práticas, baseadas nas descobertas da bacteriologia, alcançaram êxitos fabulosos, saneando o meio. No Brasil, à época, incorporou-se às intervenções estatais que tinha como uma de suas tarefas viabilizar a emergente economia agro-exportadora. Oswaldo Cruz foi o expoente máximo desta corrente, legitimando, com sua produção científica, as ações então preconizadas pelo Estado brasileiro. A vitoriosa campanha de erradicação da febre amarela, no Rio de Janeiro, garantiu a credibilidade da atuação higienista que se estendeu até fins da década de dez. O surgimento, porém, de novas epidemias, como a gripe espanhola, lançou a Saúde Pública em uma crise que resultou em mudanças que serão analisadas a seguir.⁹³

Para Arouca o declínio da Saúde Pública, como orientação predominante da política de saúde no País, se iniciou na década de vinte. Suas principais causas teriam sido a progressiva desatualização e compartimentalização científica em comparação ao dinamismo da medicina clínica, associada à sua incapacidade de fazer frente aos problemas sanitários que se lhe delineavam.⁹⁴ Também Gonçalves analisa como, até o início dos anos vinte, a Saúde Pública enquanto política de governo, experimentou uma condução centralizada e autoritária, baseada em técnicas coercitivas. A partir daí, este tipo de condução política do setor saúde, por parte do Estado brasileiro, passou a se revelar inadequada à nova ordem política emergente, que buscava uma nova condução de seus conflitos, baseada na progressiva desconcentração do poder central e na busca de consenso entre as elites urbana e rural.

Outros autores, contudo, atestam que os anos vinte e trinta foram

⁹³ A proposta dos Centros de Saúde é uma tentativa de continuidade da ascendência dos sanitaristas sobre a medicina clínica, sob **novas bases científicas**. [NR]

⁹⁴ Arouca, 1975.

marcados ainda pelo prestígio da Saúde Pública no país, e que ainda não era ameaçada pela clínica, enquanto modelo organizacional público. Influenciados pelo movimento da Nova Higiene,⁹⁵ surgiram naquela época vários críticos à política sanitária então em vigor. E mais, vislumbraram numa Saúde Pública renovada por meio da educação sanitária possíveis soluções para as mazelas nacionais. Estava envolvido neste movimento uma forte crítica ao federalismo existente desde o início da velha República defendendo-se uma ação mais direta do governo central. Herschmann destaca, nos anos dez, o surgimento de um grupo de intelectuais cientistas que buscaram problematizar o atraso nacional na ótica da doença, isto é, como decorrente da falta de higiene e da ignorância em que se encontrava o povo. Este passou a ser um novo enfoque para explicar as causas dos problemas do país que costumavam ser atribuídos, pelos intelectuais do século XIX, ao clima e à “indolência inerente à raça do povo”. Este determinismo geoclimático e racial só começou a ser questionado em meados dos anos dez.

A elite médica de então tinha uma formação de cunho positivista⁹⁶, cujo modelo de cidadania pressupunha que o Estado e a vanguarda intelectual deveriam organizar, conduzir e administrar as intervenções que levassem o país ao progresso. Para isto era necessário tomar as medidas sanitárias que levassem o povo a alcançar a saúde do corpo e do espírito. Os principais grupos intelectuais médicos que propunham medidas ligadas à educação e à higiene estavam aglutinados na Academia Nacional de Medicina, para o caso dos médicos de formação clínica, como Miguel Couto e Afrânio Peixoto e no Instituto Oswaldo Cruz.

Ainda com referência aos estudos de Herschmann, este autor analisou a produção acadêmica de Miguel Couto, observando neste uma preocupação em associar o quadro de atraso e insalubridade em que se encontrava o país ao estado de ignorância em que se encontrava o povo. Neste sentido, sua produção voltou-se para temas como a higiene e a educação.

Por outro lado, as expedições ao interior do Brasil fomentavam este diagnóstico de que o problema do Brasil era a doença e não o seu padrão racial ou climático. O país só alcançaria o progresso desejado se enfrentasse as doenças que acometiam seus habitantes. Esta nova visão dos problemas nacionais levou ao

⁹⁵ Sears, 1993.

⁹⁶ Herschmann, 1976. p. 33.

movimento pelo saneamento do país, que exigia uma ação mais centralizada do Governo Federal. A Liga Pró-Saneamento do Brasil, criada em 1918, por Belisário Penna e Arthur Neiva, contribuiu para este debate público sobre a natureza do problema nacional, que era a doença e o abandono da população do interior pelos governos.⁹⁷ Sua principal bandeira consistia na criação de uma agência pública de âmbito federal que coordenasse efetivamente as ações de saúde em todo o território nacional e superasse a excessiva autonomia e inoperância das organizações sanitárias estaduais, imposta pelo federalismo.

A criação de um Ministério de Saúde Pública foi defendida por uma comissão de notáveis, nomeada em 1917 pela Academia Nacional de Medicina. Apesar das resistências do Governo Federal, a gripe espanhola na capital, em 1918, foi o estopim das modificações que ocorreram na estrutura sanitária federal: criou-se, em 1919, o Departamento Nacional de Saúde Pública, dando-se maior amplitude aos serviços sanitários federais, e reestruturou-se o Serviço de Profilaxia Rural, a partir da experiência dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural da Capital.⁹⁸

Estava inaugurada assim uma nova etapa da gestão da Saúde Pública no Brasil, que buscava a distritalização e priorizava a educação sanitária como estratégia de ação. A descentralização por meio da distritalização, como já citado anteriormente, fez parte de uma estratégia que Sears denomina de Nova Quarentena. Tinha como objetivo isolar os casos em seu próprio domicílio e circunscrevê-lo, de modo a evitar a sua propagação. Para o sucesso desta nova abordagem contava-se que a família do doente estaria suficientemente esclarecida da importância de auxiliar a autoridade sanitária. Daí a importância da educação sanitária e da formação das agentes necessários a este processo, as visitadoras sanitárias que trabalhariam como educadoras.⁹⁹

Para Gonçalves, enquanto instrumento de política de governo, a Saúde Pública, após a fase áurea de Oswaldo Cruz, não recuperou o prestígio e a

⁹⁷ *O que distinguia os sertões brasileiros e seus habitantes era o fato de terem sido abandonados pela República dos Bacharéis, e encontrarem-se doentes. Esse pedaço do Brasil abandonado não era nem tão longínquo nem tão pequeno assim. Afinal, como lembrava Afrânio Peixoto, os sertões do Brasil começavam quando terminava a Avenida Central...*”. Lima e Hochman, 1996. p. 37.

⁹⁸ Chagas Filho, 1993, p.180. Os Postos de Profilaxia Rural foram criados em 1916, inicialmente na periferia da cidade do Rio de Janeiro. Este projeto priorizava o combate a malária, ancilostomíase e doença de Chagas. Carlos Chagas ampliou o seu número a partir de 1919.[NR]

⁹⁹ Collins e Green, 1994. Guardando similariedade com a descentralização que se promove atualmente, buscava-se alcançar objetivos como: maior resposta às necessidades locais, facilitar a participação, melhorar o acesso aos serviços, promover a educação, superar limites setoriais, facilitar a flexibilidade gerencial, superar as desvantagens da burocracia centralizada.[NR]

hegemonia que detinha anteriormente, assumindo um caráter cada vez mais complementar e subordinado à medicina previdenciária¹⁰⁰. Esta afirmação não é de todo válida para o período compreendido entre os anos dez e os anos quarenta, pois não se pode desprezar a importância do movimento iniciado nas décadas de dez e vinte, quando se estabeleceu um novo paradigma organizacional da Saúde Pública, tendo inclusive alcançado a primazia da condução da política sanitária nacional.

*“A Fundação Rockefeller cria uma rotina que se transforma em uma agenda pública, a idéia do controle das doenças infecciosas e parasitárias tanto que, em 1934, o recém criado Ministério da Educação e Saúde tem como um dos eixos da política de saúde, a difusão nacional dos Centros de Saúde. Faz parte de um esforço organizacional de colocar na agenda das políticas estatais o controle das doenças infecciosas e parasitárias e por conseguinte a melhoria dos indicadores sanitários”*¹⁰¹

Aos defensores desta nova organização sanitária, MERHY¹⁰² denominou de representantes da corrente médico-sanitária, adeptos da constituição de uma rede local permanente, baseada na implantação de Centros de Saúde em seus respectivos distritos sanitários. Este movimento se fez mais evidente em São Paulo e no Rio de Janeiro, então Distrito Federal. Note-se que, pelo menos em seus primórdios, esta rede foi pensada exclusivamente para os núcleos urbanos mais desenvolvidos do país. Era uma proposta, para o campo de saúde, afinada com os que defendiam que o país tinha como destino uma nova ordem: a industrialização e a urbanização.¹⁰³

Este projeto sanitário, portanto, articulava-se com o processo histórico e social vivido pelo país na segunda metade da década de vinte: o surgimento da problemática relacionada com uma crescente evolução do setor industrial e a intensificação da urbanização. Dinâmica esta fruto de um já adiantado

¹⁰⁰Gonçalves, 1994.

¹⁰¹ Costa, 1997. Conferência.

¹⁰² Merhy, 1992b

¹⁰³ “O primeiro surto de industrialização no país estava ligado ao fluxo significativo de comércio exterior, especialmente pela dimensão deste mercado. Pelo lado das exportações de produtos primários foram estimuladas atividades complementares como o tratamento do café, algodão, processamento do açúcar, carne, sementes oleaginosas, sistemas de transportes e sua manutenção, mecânicas onde se formam mão de obra especializada. Já pelo lado das importações foram desenvolvidas atividades industriais ligadas à embalagem, montagem, terminação, etc. Ainda outras indústrias se desenvolveram decorrente da urbanização: confecção,

processo de concentração de renda, viabilizado pela emergência da economia cafeeira¹⁰⁴. Esse certo deslumbramento com os novos engenhos humanos produzidos pela ciência e pela tecnologia, que constituíram-se em novos valores introduzidos pelo ambiente citadino, deu origem, tanto ao otimismo com que se tentou antecipar a futura civilização brasileira, como apurou os quadros do pensamento social. À medida que a difusão dos novos valores urbanos se processou, desenvolveu-se, em resposta, uma ideologia para conservar e justificar o antigo sistema. Opunham-se a este processo os defensores do ruralismo:

*“Em defesa da ‘natural’ civilização agrária, os interesses nela implicados se metamorfoseiam em diferentes formas de atuação e de pensamento... a felicidade do homem brasileiro está ligada ao meio rural, fonte de energia, de saúde, de pureza de costumes e também pela tese do livre cambismo... as atividades agrícolas são consideradas como as verdadeiras produtoras de riqueza, enquanto às atividades industriais se atribui a improdutiva tarefa de simples manipuladora e exploradora da riqueza produzida pela terra. Foi reforçado o preconceito de que o Brasil é um País essencialmente agrícola.”*¹⁰⁵

Desse núcleo de concepção ruralista foram deduzidas variadas posições de crítica ao industrialismo. Estes acontecimentos marcam o início da passagem do centro dinâmico da economia brasileira, voltada para o mercado externo, para a economia voltada para o mercado interno, ponto fundamental para a superação da estrutura econômica então existente.

*“Produto do domínio coronelista, a ideologia ruralista atuou como elemento anti-industrialista, empregando recursos para manter a predominância do universo agrário-comercial: para os ruralistas, a vida campesina representa o ambiente ideal para a formação de homens perfeitos, isto é, saudáveis, retos, solidários e respeitáveis.”*¹⁰⁶

textil, materiais de construção.” Furtado, 1982, p. 15.

¹⁰⁴ Nagle, pp 10-14.

¹⁰⁵ id. ibid., p. 15

¹⁰⁶ id. ibid., p. 25

Este conflito irá intensificar-se com a crise do café, quando se inicia uma política mais agressiva de substituição das importações. Aliado a numerosos conflitos e revoltas nos estados, estes parecem ser um dos principais motivos que determinam uma certa paralisação do projeto dos Centros de Saúde até a sua definitiva implantação pelo Estado Novo. Os Centros de Saúde do Rio de Janeiro são, de fato, implantados como uma rede sanitária, em 1934.

Apesar das divergências entre os dois grupos acima citados, quanto à priorização da população alvo à organização sanitária a adotar, ambos defendiam alguns pontos em comum, como por exemplo, a concepção acerca das funções do Estado, via o fortalecimento do poder de intervenção do governo central e a conseqüente criação de um Ministério da Saúde, ou ainda a estratégia da educação sanitária como redentora da saúde nacional.

Esta conjuntura está relacionada, segundo Madel, a:

*acontecimentos que marcaram a presença da questão social no Brasil definem o processo inicial de metamorfose de um Estado liberal para um Estado mediador, apesar do caráter não sistemático da regulamentação existente (caixas, férias, habitação etc.)*¹⁰⁷

Quanto ao setor saúde, este período se caracterizou pela tentativa de racionalização de uma estrutura sanitária que se apresentava então descoordenada e ineficiente, tendo como referência para a sua superação, as idéias provenientes da escola sanitária norte-americana. Como resultante deste processo as organizações médicas tomam cada vez mais a forma de aparelho de Estado:

*Mostram-se assim dupla resposta: às reivindicações dos movimentos sociais da década de vinte e resposta de um sistema de poder que tentará a realização do processo de industrialização da sociedade brasileira com um mínimo de transformações sociais*¹⁰⁸

¹⁰⁷ Madel, 1986, pag 33

¹⁰⁸ id. ibid, p. 57. Os CS são a proposta sanitária daqueles que defendiam um país urbano, industrial, com o fortalecimento do mercado interno. Esta pode ser uma das razões de ter ocorrido uma menor resistência aos Centros de Saúde no RJ, distintamente do caso de SP, que concentrava maiores interesses da oligarquia agrária exportadora. [NR].

Seus defensores se opunham à organização sanitária vigente, constituída por uma estrutura excessivamente verticalizada, baseada nas Inspetorias e Delegacias de Saúde, cada qual responsável por determinado problema ou doença. Sob os auspícios da Fundação Rockefeller, como bolsistas da Johns Hopkins School, os sanitaristas adeptos da rede local permanente^{109 110} buscaram viabilizar uma proposta inovadora, por meio de mudanças da organização sanitária estatal. Nesse período, um grupo ativo de sanitaristas foi ganhando destaque no Rio de Janeiro, tendo sido conhecidos sob a alcunha de “jovens turcos”¹¹¹ Entre eles estavam José Paranhos Fontenelle, Barros Barreto, Carlos Alcioly de Sá, Ernani Agrícola, Bandeira de Melo, Jansen de Melo, Mario Pinotti, Otávio Vieira, Amílcar Barca Pellon, Arlindo de Assis, Manoel José Ferreira.^{112 113} Muitos dos integrantes desta “velha guarda” foram discípulos de Carlos Chagas na década de vinte, tendo iniciado suas carreiras trabalhando nos Postos de Saneamento Rural ligados ao Departamento Nacional de Saúde, situado na Capital da República, Rio de Janeiro.

Tendo como eixo a educação sanitária, da qual emergiam novos hábitos e uma nova consciência, esse ideário de uma nova medicina social é retratado por Clementino Fraga:

“Assim de referência aos outros aspectos da hygiene pública devemos esperar da nova organização mais fiel applicação das medidas sanitarias. E pois maior rendimento do trabalho desenvolvido...depois de Pasteur os conhecimentos das doenças transmissíveis guiaram a technica de sua prevenção, hoje tranquilla e confiada dos proprios recursos. Transposto o marco victorioso, novos cuidados se impoem a medicina social, deslocando-se a vida do indivíduo do insulamento de seu interesse pessoal para o plano complexo do interesse colletivo-na

¹⁰⁹ Termo utilizado por Merhy para diferenciar este grupo daqueles que defendiam a estrutura sanitária tradicional: a vertical especializada. Merhy, 1992a.

¹¹⁰ Merhy, 1992a

¹¹¹ Segundo o Prof. Lúcio Costa, atual Presidente da Sociedade Brasileira de Higiene, este termo foi cunhado tendo por referência o então recente processo de ocidentalização da Turquia, que acabou com algumas das tradições milenares daquele país. Os jovens sanitaristas desejavam modernizar a Saúde Pública brasileira, daí o termo ter sido cunhado e se popularizado quando se fazia referência a eles. [NR]

¹¹² Freitas, 1988, p. 86

¹¹³ Barros Barreto foi bolsista da Fundação Rockefeller, em 1924, na área de higiene industrial (Iyda, 1994). Paula Souza e Fontenelle fizeram parte da primeira turma do curso de Saúde Pública da Johns Hopkins em 1925. Paula Souza irá implantar o primeiro Centro de Saúde do país, em São Paulo, no ano de 1926. Costa, 1985 p.115.

família, na profissão, no meio e na ambiência de seus passos e actividades. E a medicina, fortalecida em tres quartos de seculo por tantas aquisições, ganhou o rumo de novos destinos, encaminhando pela educação sanitária a formação dos habitos sadios que defendem o indivíduo e colaboram na protecção da espécie.”(p. 6)¹¹⁴

A grande influência que as idéias sobre educação sanitária gozavam na época não estava restrita apenas à Saúde Pública. De fato, existia no país um grande movimento pela educação. Seus adeptos, ao defenderem a nova civilização urbano-industrial em detrimento da agrário-comercial, desempenhavam o papel de formuladores e de disseminadores de novos padrões culturais.

A partir de determinado momento, as formulações se integram. Da proclamação de que o Brasil, especialmente no decênio dos anos vinte, vive um momento decisivo que está a exigir outros padrões de relações e de convivência humanas. Consolidou-se a crença na possibilidade de reformar a sociedade pela reforma do homem, para o que a escolarização desempenhava um papel insubstituível.

O entusiasmo pela educação e o otimismo pedagógico, que tão bem caracterizavam a década de vinte, começou por ser, já no decênio anterior, uma atitude que se desenvolveu a partir das correntes de idéias e movimentos político-sociais que atribuíam importância cada vez maior ao tema da instrução, nos seus diversos níveis e tipos. É a partir deste movimento que surgem as reivindicações por um Ministério para atender às questões da instrução, saúde e saneamento, e que seriam as bases da reformas sociais. A higiene e a instrução eram consideradas questões geradas por outras condições existenciais, isto é, a sua ausência é índice de pobreza e de miséria, portanto, a solução dependia sobretudo da prosperidade econômico-financeira do País.¹¹⁵

Com relação às propostas organizacionais dos Centros de Saúde, um dos pontos mais importantes dizia respeito à integração de serviços distribuídos em diferentes dispensários e à distritalização. A idéia de delimitação espacial do

¹¹⁴ Fraga, 1935

¹¹⁵ Nagle, 1974. Tanto a IIª quanto a IIIª Conferências Nacionais de Educação, em 1928 e 1929 respectivamente, tiveram como um dos seus temas oficiais a Educação Sanitária.

espaço urbano para a execução das ações de saúde integradas surgiu de experiências bem sucedidas em Pittsburg, Wilkes-Barre e Nova York.

“O desenvolvimento econômico e científico observado nos EUA cria condições objetivas para o desenvolvimento de serviços de saúde mais complexos e eficientes. A nova instituição é a resposta técnica para equacionar muitos problemas que os dispensários não mais resolviam¹¹⁶.”

A partir daí verificou-se que, como se fossem lojas de departamentos, pequenas unidades de saúde poderiam controlar, ao mesmo tempo, vários problemas considerados de Saúde Pública. “Isso levou, em 1915, à criação do Distrito Sanitário n.º 1, na Zona Leste, baixa¹¹⁷ da cidade de Nova York. A análise desta experiência nos Estados Unidos permitiu concluir que esta descentralização tinha como vantagem adicional uma maior participação dos cidadãos.¹¹⁸

O conceito de Distrito Sanitário, portanto, se deu de forma concomitante e justificou a construção destas sedes distritais, que por sua vez originaram os Centros de Saúde. De fato, esta nova forma de organização sanitária foi um sucesso, a ponto de, em 1930, existirem, naquele país, 1.511 Centros de Saúde, sendo que muitos deles desempenhavam várias tarefas de assistência social coordenando clínicas até então separadas e surgiram para substituir o controle centralizado de cada serviço especializado (tuberculose, doenças venéreas, vigilância sanitária etc). Mantinham maior ou menor grau de autonomia frente aos vários tipos de organizações verticais de combate às doenças, mas suas ações se davam integralmente no nível local, permitindo uma maior funcionalidade, e por estarem mais próximas dos problemas e das pessoas, potencializando seus efeitos.

A enorme diferenciação do perfil dessas unidades ocorreu nos Estados Unidos. Isto pode ter sido decorrente do grande número de iniciativas independentes de implantação desta proposta. Prefeituras, associações diversas, comunidades de bairro e Cruz Vermelha passaram a administrar Centros de Saúde em todo o país. Porém, nos seus primórdios a ênfase de sua atuação recaiu sobre as tradicionais funções da Saúde Pública e incluíram atividades ligadas à educação

¹¹⁶ Barbosa, 1994. P.114.

¹¹⁷ Rosen, 1994, pag 354.

¹¹⁸ id ibid., 1994.

sanitária, saúde da criança, controle das doenças endêmicas e epidêmicas, saúde escolar, vigilância sanitária sobre alimentos, inspeções sanitárias de estabelecimentos e supervisão das parteiras. Em sua proposta original não havia ênfase para a assistência médica individual, a não ser quando se tratasse de uma atividade indispensável às atividades acima citadas.¹¹⁹,

O Centro de Saúde proposto e implementado pelos higienistas brasileiros baseou-se nesta experiência norte-americana e suas características foram sendo forjadas a partir das teorias apreendidas por estes na John Hopkins School, e depois, adaptadas ao nosso contexto. Era portanto um projeto de uma elite acadêmica e política, e calcado na educação sanitária dos cidadãos, e que foi incorporado à agenda do Governo Federal como uma proposta voltada principalmente, em seus primórdios, para as grandes cidades, especialmente o Distrito Federal. Este processo revela-se portanto distinto daquele desencadeado nos Estados Unidos, que se baseou em iniciativas de base comunitária e dos poderes públicos municipais e locais, e que conformaram Centros de Saúde como organismos de assistência social, com forte participação de vários segmentos da sociedade civil.

Em São Paulo, Paula Souza inaugurou o Centro de Saúde do Instituto de Hygiene, no ano de 1926. Esta é considerada a primeira unidade deste tipo inaugurada no país. Publicação recente, contudo, a respeito dos documentos antes confidenciais do Rockefeller Archive Center (EUA), apresenta uma Carta de Paula Souza, datada de 19 de junho de 1925, que dá margens a dúvidas. Este documento está escrito nos seguintes termos:

“Informa que os Centros de Saúde tem funcionado muito bem de modo integrado, sem as antigas divisões (uma para doença venérea, outra para puericultura etc). Agora os especialistas dedicam-se em horários diversos, a suas especialidades, mas sem prejudicar o caráter geral dos trabalhos. Tanto mais que muitos poucos são verdadeiros higienistas. Explica que as discussões realizadas no Congresso de Higiene, em Belo Horizonte (II Congresso Brasileiro de Higiene, 1924) confirmaram que não há vantagens em conservar os postos nos moldes antigos dos postos de profilaxia rural, criados para controle de

¹¹⁹ id ibid.

doenças endêmicas específicas. Seguindo orientação do Dr. Strole planeja transformar estes Postos de Profilaxia em Postos municipais permanentes em São Carlos e Botucatu. Com a reorganização do Serviço Sanitário, planeja implantar vários departamentos operando em tempo integral (outra conquista dos ideais norte americanos) sendo os funcionários contratados sem a garantia de estabilidade no emprego. Esta só seria garantida depois de doze anos de serviços prestados.”¹²⁰

A intenção de Paula Souza era o de implantar, sucessivamente, novos Centros de Saúde, configurando uma rede descentralizada e distritalizada. A despeito desta proposta ter sido vitoriosa quando aprovação legislativa da reforma do serviço sanitário do Estado de São Paulo, nada saiu do papel e o plano foi abandonado. Porém, seus colegas da cidade do Rio de Janeiro foram, ao mesmo tempo, buscando consolidar uma rede descentralizada de Centros de Saúde: a posse de Clementino Fraga no Departamento Nacional de Saúde, em novembro de 1926, viabilizou a implantação do primeiro Centro de Saúde, no Distrito Federal. Juntamente com Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle, Clementino Fraga inaugurou, no dia 1º de janeiro de 1927, o Centro de Saúde de Inhaúma, então área periférica do município.

As vantagens enaltecidas por Clementino Fraga, quando da inauguração do Centro de Saúde de Inhaúma, eram principalmente de natureza gerencial e administrativa. Segundo ele, ao invés da divisão por funções, em que cada uma das repartições sanitárias era especializada em uma doença endêmica, ou tarefa de Saúde Pública, se fazia mister, especialmente numa grande cidade como o Rio de Janeiro, um sistema de divisão por distritos, que aglutinasse as diversas tarefas das repartições em local acessível às populações.

“Dahi o novo systema de administração que nos últimos tempos vae fazerho caminho em substituição à divisão por funções, creando-se em cada districto uma repartição sanitaria local, pela concentração, em um mesmo edificio, de todos os dispensários dessa zona e de outros serviços de Saúde Pública sob a chefia de

¹²⁰ Castro Santos e Faria, 1996. p. 74.

*um sanitarista*¹²¹

José Paranhos Fontenelle, alguns anos mais tarde, publicou um livro em que propunha a disseminação desta organização sanitária por toda a Capital. Traz à baila novas vantagens da sua implantação, aproveitando ainda para criticar a velha estrutura sanitária, que considerava superada e obsoleta. Como diretor do Centro de Saúde de Inhaúma, empossado desde a sua inauguração, escrevia com grande entusiasmo sobre a idéia desta nova organização sanitária:

"Não seria difficil a transformação no Rio de Janeiro, por exemplo. Separado o serviço federal de Saúde Pública, para exercer somente as funções sanitárias geraes da nação, do serviço local do Districto Federal, seria este organizado por áreas correspondentes de modo geral às actuaes freguezias urbanas e suburbanas. Em cada uma, um Centro de Saúde completo, séde da actividade do respectivo sanitarista, trabalhando sob o regimen de tempo integral, e, ao seu redor, medicos especialistas, de tempo parcial, fazendo funcionar os dispensarios, em dias e horas differentes. Cada centro desses seria tambem um centro de enfermeiras, um centro de propaganda, um centro de guardas, - emfim um centro de esforços em materia de saude publica naquella área limitada, onde o sanitarista estudaria seus coefficients de morbidade, de mortalidade, de mortalidade infantil, etc., seria responsavel por todo o trabalho e faria um relatorio annual, com avaliação da efficiencia de sua obra. Os actuaes chefes das Inspectorias de Tuberculose, de Doenças Venereas, de Hygiene Infantil, etc., cujos serviços agora são desarticulados e isolados uns dos outros, em compartimentos estanques, seriam assistentes do director, como conselheiros e fiscaes das respectivas especialidades formando o estado-maior sanitario. Indo de centro em centro, seriam o elemento estimulador e uniforme de cada problema, em toda a cidade. Mas em cada centro o sanitarista chefe seria a integração de todos elles, com o espirito vivo e forte do problema total. Embriagado

¹²¹ Fraga, 1928, p.221.

*por esta idéa magnifica, já estou vendo, por exemplo, o Centro de Saúde de Botafogo, installado na rua General Severiano, no bello edificio hoje atravancando de estufas e formoladores que a sciencia sanitária de nosso tempo manda desprezar, transferindo o combate contra os micróbios para o quarto do doente, sob a direção da enfermeira de saude publica. Alli perto já estão um dispensario de tuberculose, um de doenças venereas e um de hygiene infantil. Falta fundil-os, completalos e dar-lhes um chefe unico, responsavel".*¹²²

No discurso de Fontenelle estavam explicitadas, portanto, não só a necessidade de superação de uma estrutura administrativa e gerencial obsoleta, mas também a necessidade do desenvolvimento de uma nova administração sanitária, que resgatasse a importância e o prestígio da Higiene e da Saúde Pública.

Note-se, porém, que o primeiro Centro de Saúde não se instalou em nenhuma área nobre e central da cidade, como sonhava Fontenelle, mas sim na distante e pobre região de Inhaúma, pólo de migração populacional, com recursos públicos incipientes, apesar de sua população já contar, à época, com cerca de 125.000 habitantes. Também não houve, neste início, nenhuma reestruturação na rede sanitária: nesta região não havia delegacias ou dispensários de qualquer especialidade, e a região contava com apenas trinta médicos, todos com prática exclusivamente privada.^{123 124}

A área servida pelo Centro de Saúde de Inhaúma é um distrito suburbano, do Engenho de Dentro à Cascadura...para iniciar o serviço imediatamente, foi preciso utilizar o prédio em que funcionava o antigo Posto de Saneamento Rural de Pilares, na periphéria do districto, edificio esse que necessitou sucessivas adaptações e accrescimos, e que ainda assim está longe de bem

¹²² Fontenelle, 1937. p.18.

¹²³ Tanto o primeiro Centro de Saúde quanto os três que se seguiram foram instalados em dependências de antigos Postos de Saneamento Rural, já nesta época inadequados ao perfil sanitário de regiões que se tornavam progressivamente integradas à malha urbana da Capital.[NR]

¹²⁴ Barros Barreto e Fontenelle iniciaram suas carreiras como sanitaristas, sob a orientação de Carlos Chagas, nos mesmos Postos de Saneamento Rural que iriam mais tarde se transformar em Centros de Saúde. Ali eles adquiriram a experiência de trabalhar de forma ampla, atendendo a todos os problemas, por serem os únicos médicos do local.[NR]

*satisfazer às necessidades do serviço.*¹²⁵

Além de situado longe do núcleo do poder sanitário, esta opção de localização parece ter sido bastante conveniente no sentido de não ferir susceptibilidades ou tampouco poderes locais previamente estabelecidos, como aqueles cristalizados nas antigas Delegacias de Saúde. A este respeito Fontenelle escreveu:

*Foram três anos de trabalho insano, ainda mais agravado pela febre amarela, que tornava a assaltar o RJ, e me deixava quase abandonado nos subúrbios da Capital brasileira.*¹²⁶

Esta parece ter sido a mesma lógica quando da inauguração dos outros três Centros de Saúde, em 1929 e 1930. Transformaram-se os Postos de Saneamento Rural de Bangu, Jacarepaguá e Penha em Centros de Saúde, todos em áreas longínquas sem a presença de outros aparelhos sanitários.

Contrastando com o caso de São Paulo, a despeito de terem sido criadas naquele Estado, estruturas descentralizadas de Saúde Pública, elas mantiveram sua concepção verticalista, funcionando como as tradicionais Delegacias de Saúde, subordinadas às diversas Inspetorias especializadas.¹²⁷ Apesar da cidade do Rio de Janeiro ter contado com quatro Centros de Saúde até 1930, isto, porém, não garantiu a consolidação e expansão da organização de forma substancial e definitiva até a emergência do Estado Novo.

Em 1920, a Reforma Carlos Chagas, instituída no bojo da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, já tinha ampliado o rol das ações da Saúde Pública, incluindo entre elas a propaganda e a educação sanitária, o combate à lepra, às doenças venéreas e à tuberculose, a higiene infantil e do trabalho, e a fiscalização de gêneros alimentícios. A estrutura do Departamento Nacional de Saúde, no que se refere à sua atuação na capital da República, passou a contar com sete Inspetorias e uma Seção para cuidar das tarefas descritas acima. As únicas estruturas descentralizadas eram os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural e as Delegacias de Saúde. Os primeiros tinham a tarefa de combater a malária

¹²⁵ Fraga, 1928. pp.221-222

¹²⁶ Fontenelle, pag 21.

¹²⁷ Mehry, 1992(a).

e a *opilação*, enquanto as Delegacias atuavam principalmente na fiscalização das edificações¹²⁸. Tanto os postos quanto as Delegacias eram unidades relativamente muito simples, contando geralmente com um médico, um escriba e alguns guardas sanitários. O Centro de Saúde de Inhaúma, de estrutura muito mais complexa, foi inicialmente enxertado no organograma já existente, até 1934, fazendo parte, como um apêndice, da Inspetoria das Delegacias de Saúde.

A legitimidade dessa nova proposta assistencial dependia ainda de um movimento reformista, que necessariamente necessitava medir forças no espaço político com os defensores da antiga lógica de organização sanitária. Estes últimos defendiam os serviços especializados e verticalmente organizados. Belisário Pena era o representante mais evidente desta corrente. A transformação dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural de Bangu, Jacarepaguá e Penha em Centros de Saúde já prenunciavam a vitória do grupo reformador. Até 1934, portanto, estas novas unidades nem ao menos estavam incluídas no organograma do Departamento Nacional de Saúde como órgãos autônomos e descentralizados, mas sim e tão somente, como já foi citado acima, na Inspetoria das Delegacias de Saúde. Aqui vale lembrar que a esta mesma burocracia estatal sanitária, leia-se o Departamento Nacional de Saúde, foi fortalecida politicamente a partir da adesão de seus membros à reforma constitucionalista de 1932¹²⁹. Foi justamente neste período que Clementino Fraga preparou o terreno para a implantar mais amplamente a nova organização sanitária da Capital. Foi reduzido o número de Delegacias de Saúde de dez para três. Em 14 de julho de 1934, o decreto legislativo n.º 24.801 modificou radicalmente a organização do agora Ministério da Educação e Saúde (decreto 19.402, de 14 de novembro de 1930). No que diz respeito ao sub-setor saúde, este passou a ser formado por cinco novas Diretorias: Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República; Diretoria dos Serviços Sanitários do Estado; Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância; Diretoria de Assistência Hospitalar.

Foi então criada a Inspetoria de Centros de Saúde¹³⁰,

¹²⁸ As Delegacias de Saúde foram criadas por Oswaldo Cruz para funcionar basicamente como órgãos descentralizados de combate à febre amarela. Alfredo Bica, depoimento. Anexos.

¹²⁹ Iyda, 1994

¹³⁰ Art. 57. As actividades sanitarias do Districto Federal serão executadas pelo Serviço de Saúde Pública do Districto Federal, que constará dos seguintes órgãos centraes: a) Laboratorio de Saude Publica; b) Inspectoria da Alimentação; c) Inspectoria dos Centros de Saude; d) Inspectoria dos Serviços Especiaes; e) Inspectoria de Engenharia Sanitaria. §3.º A Inspetora dos Centros de Saude exercerá, por intermedio de seus órgãos districtaes

subordinada à Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República. Esta nova estrutura passou a aglutinar algumas das Inspetorias antes existentes no antigo Departamento encarregado da assistência sanitária à Capital, com exceção daquelas relacionadas à fiscalização e à Engenharia Sanitária. Este decreto representou uma mudança importante de toda a organização até então vigente, em que cada uma das Inspetorias era responsável por determinada doença ou atividade de Saúde Pública. Para se ter uma idéia da amplitude desta reforma, basta dizer que o quadro de pessoal desta nova *Inspetoria de Centros de Saúde* passou de 76 para 1.101 funcionários (aumento de 1.448%), e as despesas com salários passaram de 412.590\$ para 5.698.430\$ (aumento de 1.381%). O município foi dividido em 12 Distritos Sanitários. Os prédios das três Delegacias de Saúde, que não tinham sido extintas até então, transformaram-se em Centros de Saúde, passando a ser sedes, respectivamente, dos distritos 1 e 2; 3 e 4; 5, 6 e 7. Nota-se que, com esta decisão, não haviam sido construídos prédios suficientes para servirem de sedes aos recém criados Distritos Sanitários. Deste modo, as Delegacias de Saúde foram improvisadas para funcionar como sedes de vários deles, simultaneamente. Também os antigos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural tornaram-se Centros de Saúde e sedes distritais. Esta situação de improvisação tornou-se permanente e duradoura: alguns dos Distritos Sanitários só tiveram seus respectivos Centros de Saúde construídos muitos anos ou décadas depois.

De um ponto de vista mais amplo, isto é, da política nacional de saúde, a reforma que consolidou a atuação ministerial na área da saúde, e que se estendeu por outros setores da administração sanitária, marcou o início do movimento de extensão da ação sanitária federal para os estados, assim como uma tentativa de se estabelecer uma política assistencial ligada aos hospitais. Este último objetivo nunca foi alcançado, já que todo o seu desenvolvimento esteve a cargo do setor previdenciário. Barros Barreto descreveu assim o momento histórico:

Com a criação, em 1930, do M.E.S., nele obviamente se integrou o antigo Departamento Nacional de Saúde Pública. Mas, só em 1934, positivou-se o início da reestruturação, que vinham exigindo

e sob feição inicialmente educativo-prophylactica as actividades sanitarias relativas às doenças contagiosas, ao cancer, á hygiene da criança, á hygiene mental, aos exames de saude, á hygiene do trabalho á fiscalizaçao do commercio a varejo dos generos alimenticios, á policia sanitaria, aos serviços auxiliares de laboratorio o de bio-estatistica. As actividades relativas á hygiene da criança, quando ministradas nos centros de saude, serão orientadas, dirigidas e executadas pela Divisao do Amparo á Maternidade e á Infancia, por intermedio do

*os progressos da técnica de organização sanitária e a situação brasileira, a impor de maneira formal que não mais se concentrassem no Rio de Janeiro as iniciativas do governo da União. Instituiu-se, assim, naquele ano, um órgão técnico de comando para vários serviços do setor saúde, dispersos dentro do novo ministério. Deu-se, pela primeira vez, uma direção especializada aos hospitais gerais mantidos pela União; remodelou-se, fundamentalmente, a organização sanitária do Distrito Federal, instituindo-se o sistema moderno e ideal dos Centros de Saúde; e estendeu-se a ação federal aos Estados.*¹³¹

O Ministério sofreu uma nova reforma em 1937, quando instituiu-se um novo órgão de direção geral: o Departamento Nacional de Saúde, e estabeleceram-se as seguintes divisões: Saúde Pública, Assistência Hospitalar, Assistência a Psicopatas e de Amparo à Maternidade e à Infância. O país foi dividido em regiões e criadas, para cada uma delas, Delegacias Federais de Saúde. O seu objetivo maior era incrementar a cooperação da União com os Estados¹³².

É importante também destacar aqui as funções e as relações entre os Centros de Saúde e a rede de saúde do Distrito Federal. Do ponto de vista de sua organização, os Centros de Saúde deveriam contar com os seguintes serviços: administração e estatística, pré-natal, higiene da criança, doenças transmissíveis, tuberculose, lepra, doenças venéreas, saneamento e polícia sanitária, higiene e alimentação, higiene do trabalho, exames de saúde, laboratório e enfermarias. Esta estrutura evidencia a intenção de centrar a atuação dos serviços quase que exclusivamente nas tarefas tradicionalmente reservadas à Saúde Pública. Aqui a influência da proposta norte-americana se fez notar com toda a sua intensidade. Esta concepção era amplamente consensual na época, já que em São Paulo Paula Souza enfatizava que

“...os Centros de Saúde deveriam ter caráter essencialmente de assistência sanitária e estranho, conseqüentemente, a toda clínica

Serviço de Puericultura do Distrito Federal. Lei n. 378 - de 13 de Janeiro de 1937

¹³¹ Barros Barreto, 1942, p. 170.

¹³² Fernando Bica. depoimento. Anexos. Neste período vários sanitaristas que trabalhavam nos CS da capital foram convidados para chefiar delegacias federais de saúde em vários estados. [NR]

que não tiver o objetivo profilático."¹³³

Esta proposição técnica e assistencial dos Centros de Saúde do Rio de Janeiro pode ser melhor entendida quando se analisa a divisão de atribuições com relação à assistência à saúde entre os diversos níveis de Governo na Capital. O atendimento médico ambulatorial e de emergência não era atribuição do Governo Federal, que tinha como função básica as ações de Saúde Pública. A tarefa de *prestação de serviços médicos de urgência e ambulatoriais aos pobres*¹³⁴ estava, tradicionalmente, a cargo da Prefeitura do Distrito Federal. O atendimento às urgências e emergências e de consultas médicas para os pobres também eram regionalizadas. Estava previsto até mesmo atendimento domiciliar. Documento da época estabelecia que:

*"-Os socorros urgentes à domicílio serão prestados quando solicitados e a ação e função dos profissionais da assistência cessarão logo após a chegada do médico da casa".*¹³⁵

Pode-se supor que a assistência à saúde no âmbito do Distrito Federal estava dividida, mesmo que informalmente, entre três instâncias distintas: o Departamento Nacional de Saúde assumia as atribuições consideradas de Saúde Pública; a Prefeitura do Distrito Federal tinha como responsabilidade o atendimento médico ambulatorial aos pobres e o atendimento de urgência a toda a população; as famílias mais abastadas, por sua vez, contavam com a assistência de cunho liberal, feita pelo *médico da casa*.

Ainda sobre a função da prestação de serviços de saúde por parte da Prefeitura do Distrito Federal, esta se fez mais abrangente a partir da década de trinta, quando Pedro Ernesto, médico e interventor do governo do Distrito Federal, implantou vários Dispensários e Postos de Pronto Socorro. Muitos destes Postos foram transformados, anos depois, em Hospitais Municipais. Esta divisão de tarefas não era ocasional, já que os Centros de Saúde permaneceram ligados à Diretoria Nacional de Saúde até o ano de 1939.

¹³³ Paula Souza, 1936, pág 20.

¹³⁴ SUSEME, 1968. O termo grifado é do texto original e faz referência a função dos ambulatórios públicos, prestar assistência aos pobres, já que as pessoas de maior posse dispunham dos seus médicos da casa. Ver nota seguinte. [NR]

¹³⁵ Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara, 1972. p.152.

Esta situação começou a modificar-se quando Clementino Fraga assumiu a direção da recém criada Secretaria Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Sanitário, em 2 de julho de 1937. Isto se deu após o afastamento do prefeito Pedro Ernesto, motivado por sérios conflitos políticos com Getúlio Vargas, que inclusive o levaram à prisão.^{136 137}

Mas havia também problemas do ponto de vista da coerência da propostas apresentada pelos técnicos e o que realmente se alcançou na legislação e no funcionamento dos Centros de Saúde. Do ponto de vista do modelo, uma das suas principais características, o de sediar, sob comando único e em uma única instância descentralizada, as diversas ações de Saúde Pública, o decreto de 1937 já trás vetos em dois artigos que contrariavam os princípios da reforma de 1934.

“Art. 60. Para attender ás necessidades relativas ao amparo a maternidade e á saúde da criança, no Districto Federal, fica creado o serviço de Puericultura do Districto Federal.

Este artigo deixou claro que pelo menos o setor materno infantil tinha a intenção de não se submeter a direção única, princípio caro à organização. Com relação a outra questão de princípio, fundamental e caro aos idealizadores da reforma de 34, o decreto de 37 é ainda mais duro, chegando a tomar posição em favor dos seus opositores, que naturalmente discordavam dos princípios consagrados na proposta da nova organização. Este contraste fica ainda mais claro quando confrontados os dois lados em textos que se seguem abaixo. Na primeira passagem, Fontenelle narra suas convicções quanto à melhor forma de organizar o trabalho da enfermagem. A seguir têm-se o veto à proposta de criação de uma superintendência de enfermagem, atribuindo aos seus defensores a tentativa de sobrepujar a Higiene em detrimento de outros setores:

“A´ chegada da Sra. Parsons, tive o prazer de ser designado pelo director geral do Departamento para com ella collaborar nas bases da organização do nosso corpo de enfermeiras. Felizmente, estavamos ambos, desde logo, de accordo em dois pontos importantes: a necessidade de manter o serviço de enfermeiras como organismo autônomo, dentro do Departamento,

¹³⁶ Lemme, 1992.

¹³⁷ Barros Barreto, que entre 1926 e 1929 era o então assistente do diretor da Departamento Nacional de Saúde, Clementino Fraga, tornou-se o seu Diretor Geral entre os anos de 1934 e 1939, retornando ao mesmo cargo entre 1941 e 1945. [NR]

para fornecer trabalho de enfermagem aos varios serviços especiais (Tuberculose, Doenças Venéreas, Hygiene Infantil, Doenças Epidêmicas etc) e a utilização das futuras profissionaes como enfermeiras de districto, e não como enfermeiras especializadas de tuberculose, de hygiene infantil, etc. Esse é o typo adeantado de organização, que nos Estados Unidos já demonstrou as immensas vantagens de mais economico, mais efficiente, mais rapido e mais facilmente acceito pelo povo, pois que cada família só tem de manter relações com uma única enfermeira para todos os problemas de saúde. Ninguém imagina que esforço foi preciso para vender o ponto de vista contrario, pois todos achavam que era melhor cada um ter as <suas> enfermeiras. A mim, custou-me o ter de deixar voluntariamente o meu posto de assistente da Inspectoria de Tuberculose para fazer vencer a idéa.”

O veto presidencial ao artigo número 57, e especialmente a sua justificativa, não deixam dúvidas quanto à discordância com relação às idéias defendidas de forma tão contundente por Fontenelle, no texto acima:

“Veto o art. 57 e seu paragrapho unico, assim redigido:

“Art. 57. As enfermeiras que trabalharem nos serviços da Inspectoria dos Centros de Saúde e no Serviço de Puericultura do Districto Federal ficarão subordinadas á Superintendencia de Enfermagem, cuja direcção ficara entregue a actual Superintendencia e, na falta desta, a uma enfermeira diplomada, que tenha tido curso especializado em administração, e experiencia na chefia de serviços de enfermagem.

Paragrapho unico. O programma de trabalho dessas enfermeiras será organizado, conjuntamente, pela Superintendencia de Enfermagem e pela direcção dos serviços referidos neste artigo, sujeito a approvação do director do Serviço de Saúde do Districto Federal.”

Não se justifica a instituição de uma Superintendência de Enfermagem, como órgão autonomo e separado dos quatro

serviços de saúde do Districto Federal (Serviço de Saúde Pública do Districto Federal, Serviço de Assistência Hospitalar do Districto Federal, Serviço de Assistência a Psychopathas do Districto Federal e Serviço de Puericultura do Districto Federal), e destinado a fornecer enfermeiras a dois desses serviços (Serviço de Saúde Pública do Districto Federal e Serviço de Puericultura do Districto Federal). Seria este um aparelho improprio e anormal, consistente apenas de uma directoria ou superintendencia, com injustificavel intromissão nos serviços independentes, pois em taes serviços é que se localizariam as enfermeiras subordinadas á alludida directoria ou superintendencia. Essa intromissão seria causa de frequentes incidentes pessoaes, occasionadores de desordem, confusão e prejuizo.

Cada um dos serviços de saúde do Districto Federal (Serviço de Saúde Pública do Districto Federal, Serviço de Assistência Hospitalar do Districto Federal, Serviço de Assistência a Psychopathas do Districto Federal e Serviço de Puericultura do Districto Federal) deverá ter o seu corpo de enfermeiras adequado ás suas necessidades, da mesma forma que terá o seu corpo de medicos . Taes enfermeiras figurarão nos alludidos serviços como parte integrante delles, e sendo dirigidos pela mesma chefia desses serviços. Esta é a única solução, que a experiencia aconselha e justifica.

Uma Superintendencia de Enfermeiras, ao lado dos Serviços autonomos, é tão inexplicavel com o que seria uma Superintendencia de Medicos.

E' ainda de notar que, no paragrapho unico do artigo vetado, quiz o legislador dar ao Serviço de Saúde Pública uma posição de superioridade e de predominio sobre o Serviço de Puericultura, o que não condiz com o espirito do projecto, que é todo orientado no sentido de que o amparo a maternidade e á infancia deve constituir, não uma actividade menor e subalterna, mas ao contrario uma actividade do mesmo nível das demaes que se

relacionam com os problemas da saúde pública e da assistência médico-social. As disposições vetadas não devem, pois, prevalecer, pois, com ellas, prevaleceria uma orientação funesta aos interesses tão elevados de amparo á maternidade e á saúde da criança.

Também outro artigo dá a idéia da manutenção de determinados princípios pouco afeitos à filosofia da nova organização sanitária:

Art. 65. À medida que se forem organizando os planos nacionaes de combate ás grandes endemias do paiz, dar-lhes-a o Ministério da Educação e Saúde immediata e progressiva execução, mediante o estabelecimento de serviços especiais, destinados á realização dos planos traçados, que serão custeados e dirigidos technica e administrativamente pela União, salvo nas zonas em que os governos locais possam executal-os, com ou sem o auxilio federal”

Daí conclui-se que a persistência e o entusiasmo dos **jovens turcos** não tinham ainda permitido alcançar o consenso a respeito de teses fundamentais a consolidação dos princípios que assegurariam a organização sanitária o papel hegemônico do novo sistema sanitário que se pretendia implantar. Momentos ainda mais difíceis estavam por vir. Estes podem ser atribuídos não só à resistência e oposição aos princípios da nova forma de funcionamento, mas principalmente à descontinuidade administrativa e à mudanças na condução da política de saúde, deste momento em diante muito mais preocupada em auxiliar os esforços de consolidação de um Estado nacional, do que com a experiência pioneira de uma organização sanitária particular. Especialmente em se tratando de uma estrutura administrativa localizada no Distrito Federal, que passou, neste contexto, a não ser mais prioritária para a política do Estado Novo. Importava sim, integrar o país, aumentando o poder de intervenção nos estados e a influência do Governo Federal na vida nacional. Isto foi feito de forma autoritária e ditatorial. Não só novos governadores eram impostos por meio da nomeação de interventores mas também os sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde Pública tinham a função correspondente com relação aos Departamentos Estaduais de Saúde. Muito bem remunerados, estes técnicos foram arregimentados nas turmas que se formavam em

Cursos de Saúde Pública da Fiocruz e passaram a chefiar as Delegacias Federais de Saúde nos estados ou trabalhar nos Serviços Nacionais.¹³⁸ Os quadros técnicos se escasseavam na capital. As intenções mais claras do Governo Federal se materializaram em 1939, com a sumária municipalização da organização, transferida em poucas letras, e sem justificativa, para a Prefeitura do Distrito Federal.

¹³⁸ “Na década de 30 o Serviço de Febre Amarela remunerava seus médicos com salário compensador.” Freitas, C. A., p. 93.

V.2 1940-1961: Descaracterização e esvaziamento. “A Nova Higiene deixa a Capital”

Em 1939, o Decreto Lei nº 1.040, de 11 de janeiro, transferiu os Centros de Saúde, antes subordinados ao Departamento Nacional de Saúde, para a Prefeitura do Distrito Federal.¹³⁹ Inconformado com esta medida, Barros Barreto se demite do cargo de diretor geral¹⁴⁰.¹⁴¹ Este processo se deu de forma abrupta e nem ao menos o seu Diretor Geral parecia ter conhecimento da medida. Esta medida também causou grande impacto já que a organização tinha conseguido se estruturar há menos de cinco anos. A municipalização da rede de Centros de Saúde, porém, revelou-se um processo inexorável, pois refletiu uma nova correlação de forças dentro do Governo federal que impunha outras estratégias no que se refere às políticas sociais. O Estado Nacional tinha agora objetivos prementes: o de consolidar o seu poder e influência nos distintos estados da federação. A constituição deste Estado Nacional importou, para a área da saúde, na reformulação completa das antigas funções do Departamento Nacional de Saúde. Houve uma tendência ao ressurgimento ou fortalecimento das organizações de orientação campanhista e vertical no interior da administração sanitária. Em 1940 foi editado Decreto Lei estabelecendo o regime administrativo do Serviço Nacional da Febre Amarela. O Decreto n. 8.674, de 4 de Fevereiro de 1942, aprovou o Regimento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde continha em sua estrutura os seguintes Serviços Nacionais: Lepra, Tuberculose, Febre Amarela, Malária, Peste, Câncer, Doenças Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Portos, Águas e Esgotos, Bioestatística.

O reflexo mais evidente para a Capital da República, dessa necessidade de se incrementar a ação do Departamento Nacional de Saúde no âmbito dos estados da federação, foi a transferência de diversos serviços

¹³⁹ Este decreto conta com apenas sete artigos e tem caráter estritamente administrativo e formal, sem nenhuma justificativa ou exposição de motivos.[NR]

¹⁴⁰ Cunha, 1993.

¹⁴¹ “O antigo Departamento Nacional de Saúde Pública tinha até então, e principalmente, o encargo de realizar todas as atividades sanitárias na capital da República. O novo Departamento, não. Tais atividades na capital passaram em grande parte para a Prefeitura em 1939. Barros Barreto considerou como grave erro técnico/administrativo e por isto se afastou do cargo, ao qual retornou em 1941.” p. 72. Picaluga, 1976.

assistenciais para o poder municipal do Distrito Federal.¹⁴² Os Centros de Saúde, como proposta inovadora, não tinham conseguido se firmar como proposta hegemônica de organização sanitária. Seus defensores continuavam ao menos sustentando a tese segundo a qual a rede da capital deveria ser o modelo norteador para a criação de estabelecimentos semelhantes nos estados da federação. Daí, para eles, a necessidade de esta rede continuar sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde. Esta, pelo menos, era a intenção de Barros Barreto quando reconduzido à direção, em 1941. Os Centros de Saúde permaneceram assim como proposta organizacional que melhor atendia as necessidades de assistência das populações residentes em grandes e médias cidades do país. E foi desta forma que começaram a se expandir pelo país. Nesta segunda gestão, Barros Barreto defendeu e executou um plano de estímulo à criação de novas unidades nas capitais dos estados e em médias e grandes cidades no interior. O ambiente político permitia que esta proposição fosse bem sucedida.

O ideário que se consubstanciava na organização dos Centros de Saúde não tinha sucumbido às novas políticas traçadas pelo Departamento Nacional de Saúde, mas estava assim delimitado a determinada função. Até porque Barros Barreto, um dos defensores desta forma de organização, retornou à direção do Departamento Nacional de Saúde, depois de breve afastamento. Seu retorno inclusive foi atribuído ao simples fato de nenhuma outra pessoa ter aceito substituí-lo no cargo, tal a ascendência e o respeito que impunha sobre toda a **jovem guarda** de sanitaristas¹⁴³. Buscou então implantar Centros de Saúde, tal como originalmente tinham sido concebidos, nas capitais e em médias cidades brasileiras. Se a batalha na cidade do Rio de Janeiro estava por hora perdida, restava a importante tarefa de disseminá-los pelo país com recursos do Governo Federal, que agora se voltava para consolidar sua influência no conjunto dos Estados da Federação. Desta forma, em sua segunda gestão à frente do Departamento Nacional de Saúde, foi estabelecida uma organização padrão para as unidades sanitárias nos diversos estados, sendo os Centros de Saúde, especialmente nas capitais, o órgão privilegiado dessa atuação. A sua organização seguiu o mesmo padrão daqueles Centros de Saúde instalados na Capital Federal, só que agora com o cuidado de

¹⁴² Além dos Centros de Saúde foram ainda transferidos a Colônia de Curupaiti, o Serviço de Inspeção de Gêneros Alimentícios e os Laboratórios Bacteriológicos e Bromatológico.[NR]

¹⁴³ Alfredo Bica. depoimento, anexos.

estabelecer diversos parâmetros, normas e procedimentos para o seu funcionamento:¹⁴⁴

*A Divisão de Organização Sanitária estabeleceu para eles agora uma precisa distinção. Centro de Saúde é a unidade polivalente que, servindo a uma área determinada, aí realiza pelo menos as seguintes atividades: controle das doenças transmissíveis agudas, da tuberculose, da lepra, das doenças venéreas, a proteção médico-sanitária da gestante e da criança, o saneamento e polícia sanitária das habitações e logradouros, a higiene do trabalho e da alimentação e os exames periódicos de saúde. Mas para estes encargos, a Unidade deverá dispor, no mínimo, de cinco médicos e cinco enfermeiras ou visitadoras em serviço externo de ligação do Centro com a área a que serve.*¹⁴⁵

Havia ainda, segundo o critério do tamanho do seu porte e de sua oferta de recursos, a classificação das unidades em posto de higiene de primeira e segunda classes, e por último a unidade de mais baixo nível hierárquico, assim caracterizada:

*A falta da visitadora, o grande elemento de ação da unidade sanitária, embora haja mais de um médico, implica em relegar o posto de higiene para a categoria de sub-posto.*¹⁴⁶

Fica clara nesta passagem a nova função do Departamento Nacional de Saúde, que era a de imprimir ao conjunto dos Estados da Federação uma série de normas e padronizações, estimulando a criação de estruturas permanentes de Saúde Pública. O nível federal passou a executar esta função normalizadora de forma mais incisiva a partir de 1941. E como pode ser visto na tabela que se segue, existia a preocupação em mapear a rede sanitária e também estabelecer o princípio da divisão distrital e monitorar o seu desenvolvimento em todo o território brasileiro. A Divisão de Organização Sanitária encarregava-se ainda

¹⁴⁴“De invulgar capacidade de trabalho Barros Barreto não parava de viajar por todos os Estados, analisando e debatendo problemas de saúde, ajudando a organizar serviços de saúde estaduais, promovendo a criação de Centros de Saúde Modelo.” Freitas, 1988, pág 146.

¹⁴⁵ Barros Barreto, 1942.

¹⁴⁶ id ibid.

de classificar as unidades segundo o seu porte e complexidade, determinando que as capitais e as grandes cidades brasileiras deveriam ter, no mínimo, um Centro de Saúde.¹⁴⁷

¹⁴⁷ “Os Centros de Saúde servem às cidades de um certo vulto, e às vezes só a elas, quando extensa a sua área e condensada a sua população. Nas grandes cidades – e é o caso do Distrito Federal, de São Paulo, Belém, Recife, Salvador e Porto Alegre – há mesmo necessidade de dividi-las em vários setores, a cada um deles servindo um Centro de Saúde, Fora dessas últimas hipóteses, em que a área e população de cidades absorvem toda a atividade dos respectivos Centros de Saúde, fora daí, eles ou os Postos de Higiene, constituem as unidades sanitárias de cada um dos distritos, em que se divide o território de um Estado.” id *ibid.* p. 211.

Unidades Sanitárias Existentes no País em 1942
Divisão de Organização Sanitária- DNS

Estados, Territórios e Distrito Federal	Distritos Sanitarios	Centros de Saúde	Postos de Higiene 1	Postos de Higiene 2	Sub Postos	P. Especia- lizados	Postos Itinerante s	Pop. Média por distrito x 1.000
<i>Acre</i>	7				7			12
<i>Amazonas</i>	6	1			2			75,5
<i>Para</i>	7	2			7			137
<i>Maranhão</i>	6	1		2	4		6	207
<i>Piauí</i>	3	1		2	16			275
<i>Ceará</i>	4	1	4	6		3	2	525
<i>Rio G. do Norte</i>	11	1		1	3			70,5
<i>Paraíba</i>		1	1	6	10			
<i>Pernambuco</i>	10	4	2	13	32		4	269
<i>Alagoas</i>	10	1		4				191
<i>Sergipe</i>	7	1			6			78
<i>Baía</i>	10	3		11	44	4		394
<i>Espirito Santo</i>	7	1	1	5	1	2	1	108
<i>Rio de Janeiro</i>	11	2	3		57			169
<i>Distrito Federal</i>	15	15						116
<i>São Paulo</i>	93	7	2	8	77			78
<i>Paraná</i>	6	1	1	17	30			208
<i>Sta Catarina</i>	7	1	4	2				169
<i>Rio Grande do Sul</i>	88	5	35	32				38
<i>Minas Gerais</i>	26	1		25		4		261
<i>Mato Grosso</i>	9	1			8			48
<i>Goiaz</i>	7		1	6				119
<i>Total</i>	350	51	54	140	304	13	13	

Fonte: Arquivos de Hygiene Ano 12 Agosto 1942, nº2

Outro aspecto dizia respeito à preocupação em manter imutáveis as tradicionais funções dos Centros de Saúde nesta nova etapa de expansão da rede. Também a recém criada divisão de Organização Hospitalar deveria buscar desempenhar funções normativas e reguladoras, de forma a aumentar sua influência e controle sobre os Departamentos estaduais. Sobre este assunto Barros Barreto escreve em documento posterior:

“O mesmo princípio da divisão distrital, indica-se para as unidades de assistência: serão os hospitais regionais, os ambulatórios com leitos anexos, os pequenos ambulatórios, isolados, para socorro de urgência. Neste particular, o nosso atraso parece mais manifesto que no caso dos serviços de Saúde Pública...Tenho a convicção de que chegamos a um ponto em que é preciso cuidar, de maneira regrada, desse problema de assistência médica, mesmo para desviar das unidades sanitárias essa outra tarefa que não lhes toca e poder dar aos Centros de Saúde e Postos de Higiene maior desenvolvimento, dentro dos limites largos de sua finalidade.”¹⁴⁸

Esta dicotomia entre a assistência hospitalar e preventiva foi reconhecida e, mais ainda, admitiu-se a omissão do Departamento Nacional de Saúde em fazer frente às questões ligadas à assistência médica. Mesmo assim a expressão *“de maneira regrada”*, denotava ser a área da assistência médico-hospitalar, mesmo que objeto de atenção do Departamento, uma tarefa secundária.

Um documento de 1944, a respeito das atividades do D.N.S., enfatiza novamente a preocupação em se preservar as funções das unidades sanitárias, conforme elas tinham sido concebidas desde a sua origem:

“Tornava-se mister, de há muito, estabelecer as normas reguladoras das atividades das grandes unidades sanitárias. Representando os Centros de Saúde organismos executivos de padrão mais alto, em que a tarefa de Saúde Pública se deve realizar dentro do princípio de descentralização distrital, de maneira a mais ampla e desenvolvida, era razoável que por elas se iniciasse o programa de uniformização. E isso se tornava ainda

*mais urgente, à vista da tendência, que se vinha avolumando, de procurar transformar, por ignorância ou má fé, em simples policlínicas, os Centros de Saúde, desvirtuando-lhes as funções e os propósitos para que haviam sido criados”.*¹⁴⁹

Segue-se a esta passagem um extenso, minucioso e detalhado manual de normas, em letras miúdas, sobre o funcionamento dos serviços: pessoal mínimo indispensável, cargos, atribuições, normas, rotinas, regulamentos. Além disso são apresentados modelos de memorandos, boletins diários, livros, mapas, fichas gerais, guias, notificações, registros, fichas clínicas, boletim mensal de estatística. Por último são detalhados os procedimentos operacionais tais como os de coleta de material, exames laboratoriais, isolamento, exame médicos, visitas de enfermagem etc.

Em 1944, segundo o mesmo documento, foram destinados um milhão de cruzeiros exclusivamente para a construção de unidades sanitárias no país. Estava previsto um plano especial de obras para dar segmento à construção ou reforma dos Centros de Saúde de Curitiba, Vitória, João Pessoa, Manaus, Natal, Teresina, Goiânia e Petrópolis. O mesmo documento enaltece, a seguir, as realizações do Governo federal, especialmente no que se refere à conclusão de diversas obras que possibilitaram a abertura dos Centros de Saúde de Belém, Recife, Maceió, Aracaju, Florianópolis e Cuiabá.¹⁵⁰

Apesar de existirem, àquela época, diversos Centros de Saúde já em funcionamento nas capitais, a avaliação sobre eles era, por vezes, a pior possível, como se depreende da seguinte passagem retirada de um Relatório da Divisão de Organização Sanitária:

“De um dos primeiros diários...consta a visita ao pretenso Centro de Saúde de Goiânia. O pseudo Centro dispunha então de um chefe, médico clínico, que resumia em si todas as atividades. A impressão do delegado federal da 8ª Região, ao visitar os serviços, foi também constrangedora. Há mais, diz ele, um serviço desorganizado de assistência, com absoluta falta de pessoal

¹⁴⁸ id ibid., p.212

¹⁴⁹ Barros Barreto, 1944. p. 78.

¹⁵⁰ Barros Barreto, 1943.

habilitado...”

O principal eixo da nova política sanitária à nível federal, e que determinou a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde, continuou sendo aquele representado pelas ações de cunho mais vertical e campanhista. Nesta fase, mais voltada a dar suporte aos estados, criaram-se Delegacias Federais regionalizadas.¹⁵¹ ¹⁵² Estas Delegacias tiveram por objetivo implantar a nova política sanitária emanada do nível federal. Criaram-se os Serviços Nacionais especializados por doença ou problema considerado relevante para a Saúde Pública. Não deixa de ser um retorno à lógica que estruturou a organização sanitária por ocasião da Reforma Carlos Chagas, no início da década de 20, só que desta feita, com grande esforço de descentralização para os Estados. Ainda como tendência à delimitação técnica e política das tarefas ligadas ao campo da atenção materno-infantil, ocorre a nível federal, o mesmo processo anteriormente ocorrido com o Distrito Federal. O Departamento Nacional de Saúde perde a sua divisão materno-infantil. Esta área foi agraciada com um Departamento próprio, dentro da estrutura do recém criado Ministério.¹⁵³

A reforma do Departamento Nacional de Saúde, iniciada em 1939, mas de fato completada em 1941, buscava a profissionalização e a ampliação dos programas verticais para o âmbito nacional. Para fazer frente a este novo desafio, num primeiro momento ampliou-se o quadro de médicos sanitaristas, que passaram a ser admitidos por concurso, e somente aqueles que tivessem realizado o Curso de Saúde Pública no Instituto Oswaldo Cruz ou em Universidades norte americanas. Concomitante a esta iniciativa foram criadas as Delegacias Federais de Saúde, com sedes no Amazonas, Ceará, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul. Estas Delegacias tinham a função de colaborar com os Departamentos Estaduais de Saúde Pública na execução da política proposta, que consistia nos registros de dados estatísticos, instalação de sanatórios e leprosários, assim como a implantação dos Serviços Nacionais. A montagem das equipes de médicos sanitaristas,

¹⁵¹ O país foi dividido em oito regiões e foi instalada em cada uma delas uma delegacia federal de saúde, geralmente na capital do estado mais importante da região.[N.R.]

¹⁵² Interessante o recurso ao termo “delegacia” para denominar esta nova estrutura, que literalmente representa um retorno à terminologia “delegacia de saúde”, tão criticada na década de 20 e que deu origem aos CS. [N.R.]

¹⁵³ Especulava-se, na época, que o novo *status* da divisão materno-infantil, colocada no mesmo pé de igualdade do Departamento Nacional de Saúde, foi alcançado mais por prestígio pessoal que um médico desfrutava junto ao Presidente Vargas. Este insistiu em sua criação e naturalmente passou a dirigi-lo. Depoimento, Alfredo Bica,

concursados para trabalhar nas recém criadas Delegacias Federais de Saúde ou Departamentos de Saúde dos Estados, absorveu praticamente todos os quadros formados pela Fiocruz nas décadas de trinta e quarenta.¹⁵⁴ Vários trechos de relatórios do início da década de 40 atestam esta gigantesca demanda por sanitaristas nos estados:

*“O contacto com a repartição estadual tem-se feito por intermédio da Delegacia Federal...técnicos federais teem-se incumbido de certos encargos, dada a deficiência de profissionais...Fora de Cuiabá, a máquina sanitária estadual ainda é bastante precária. O diretor de saude vem seguir o próximo curso de Saúde Pública. Goiás: De todas...é a mais atrasada e a mais deficiente, embora tenha o DNS enviado técnicos para auxiliar a repartição local. O médico sanitarista Dr. Vinicius Wagner, destacado para esse estado em junho do corrente ano, foi portador de instruções.”*¹⁵⁵

Ainda outros foram destacados para dirigir, a partir do Departamento Nacional de Saúde, os Serviços Nacionais. Garantia-se com isto o trabalho de convencimento das autoridades dos Estados à observância das normas estabelecidas.¹⁵⁶

Estes fatos, aliados à transferência da rede de Centros de Saúde para a Prefeitura do Distrito Federal, já àquela época, com grande tradição no atendimento médico hospitalar, explica a perda de poder dos Centros de Saúde da capital no cenário da política sanitária¹⁵⁷. Nas três décadas seguintes a situação de ostracismo e marginalização desta rede viu-se agravada. Houve uma progressiva

anexos.

¹⁵⁴ Barros Barreto, 1943 pág 44

¹⁵⁵ id ibid., p. 45

¹⁵⁶ Freitas, 1988. Compunham a “jovem guarda”, os seguintes sanitaristas formados nas décadas de 30 e 40 e que formaram este grupo de técnicos: Achilles Scorzelli Jr, Walter Silva, Almir Castro, Alfredo Bica, Mário Magalhães da Silveira, Rodrigues de Albuquerque, Isnard Teixeira, Gilberto da Costa Carvalho, Medeiros Dantas, Pego Amorim, Nilson Guimarães, Fausto Magalhães da Silveira, Marcelo Silva Jr, Elyson Cardoso, Ernani Braga, Joaquim Eduardo Alencar, Oswaldo Oliveira, Oswaldo Lopes da Costa, Armando Lages, Luiz Lessa, Aldo Vilas Boas, Brito Bastos, Jaques Manceau, Laurenio Lima, Olimpio Pinto, René Rachou, Fernando Bustamante, Moniz de Aragão, Celso Limaverde, Valério Konder, Celso Caldas, Lucio Costa, Ialmo Moraes, Bichat Rodrigues de Almeida, Alvaro Vieira de Mello, Jaime Santos Neves, Aderbal Jatobá, Lincoln Freitas Filho e Necker Pinto. [NR]

¹⁵⁷ Tanto Celso Limaverde quanto Lúcio Costa, médicos sanitaristas do DNS na década de trinta, não se recordam de fatos relacionados aos Centros de Saúde. Tanto eles quanto vários outros receberam convites para trabalhar nas Delegacias Federais de diversos estados da Federação, geralmente ligados às Campanhas Nacionais. [NR]

falta de estrutura técnica e gerencial que lhe desse suporte, e que pode ser explicada em grande parte pela inexistência de pessoal de Saúde Pública na rede municipal de saúde.

A dicotomia entre o atendimento de Saúde Pública, prestado pelos Centros de Saúde, e os serviços médico-assistenciais, tarefa tradicionalmente delegada ao Governo Municipal, manteve-se, a despeito da *municipalização* dos Centros de Saúde. Isto pode ser constatado pelas resoluções da Secretaria de Saúde e Assistência da Capital. Em 12 de agosto de 1940, o então Secretário de Saúde e Assistência deu as seguintes instruções:

*"nos Distritos Sanitários as atribuições de Saúde Pública serão exercidas pelos Centros, Subcentros e Postos de Saúde, de acordo com as necessidades locais, excluídos da jurisdição da Chefia do Distrito Sanitário, os Hospitais, Sanatórios, Abrigos, Creches, Maternidades, Asilos e Preventórios. Ficam subordinados à chefia do Distrito Sanitário, os Serviços de doenças transmissíveis, polícia sanitária, engenharia e veterinária, higiene do trabalho, exames de saúde, lepra, doenças venéreas, observadas as instruções ditas pelos órgãos técnicos do Departamento de Higiene e Assistência Social".*¹⁵⁸

Conclui-se também que a municipalização dos Serviços de Saúde Pública Federais na capital, constituídos, na sua maior parte, pelos Centros de Saúde, pouco modificou a dicotomia da estrutura de serviços, especializados em assistência médica aos pobres e de urgência, por um lado, e das atividades de Saúde Pública, por outro. As antigas funções dos Centros de Saúde foram mantidas, em parte, pelo poder municipal. Isto pode ser verificado pela manutenção da rede física e a sua ampliação. O Prefeito Dodsworth inaugurou, no início dos anos quarenta, o Centro de Saúde de Copacabana, localizado à rua Rainha Elizabeth, que contava com serviços de pré-natal, infantil, de olhos, lepra, tuberculose, carteira de saúde e laboratório. O Centro de Saúde da rua do Rezende foi ampliado, passando a contar com serviços de pré-natal, higiene infantil, serviços de olhos, lepra, tuberculose, carteira de saúde. Em 1943, foi inaugurado o Centro de Saúde da Tijuca, à rua Desembargador Isidro. Neste mesmo ano o Centro de Saúde de

Botafogo, na rua General Severiano, ganhou novas instalações para abrigar o serviço de fisiologia e uma creche. Foi construído um novo lactário na rua do Rezende e o novo Centro de Elucidação e Diagnóstico da Lepra. Também na Gamboa foram inaugurados o novo laboratório e consultórios de puericultura. Velho da Silva assumiu, em 1945, a Secretaria, prometendo estudar a possibilidade de instalação de novos Centros de Saúde e Puericultura. Estas várias iniciativas ainda buscavam tardiamente cumprir a legislação de 1934, que criou a Inspetoria de Centros de Saúde e previu, para cada um dos 12 Distritos Sanitários, um Centro de Saúde. A lógica da distribuição dos Distritos e seus respectivos Centros de Saúde parece ter se orientado segundo a expansão das concentrações populacionais relacionadas ao crescimento da atividade econômica, porém sempre aquém da velocidade deste crescimento e das necessidades da população, uma vez que o crescimento da rede se dava de forma muito mais lenta do que o crescimento populacional: em 1945 existiam dezesseis Centros de Saúde, quatro a mais do que o número planejado na primeira gestão de Barros Barreto à frente do Departamento Nacional de Saúde Pública.¹⁵⁹

As reformas e ampliações pontuais da rede não evitaram, porém, uma progressiva deterioração das unidades existentes, e principalmente o esvaziamento de seus quadros especializados, que eram, em sua quase totalidade, absorvidos pelo Governo federal.

O Relatório da Administração da Secretaria de Saúde do Distrito Federal nos anos de 51 e 52 dá, em uma boa medida, a idéia das dificuldades por que passavam os Centros de Saúde:

“O Departamento de Higiene se ressentia de uma tremenda falta de pessoal técnico especializado em Saúde Pública... de nada valerá uma reorganização do Departamento se ele não tiver pessoal competente e suficiente para fazê-la funcionar eficientemente. Não obstante haver a Prefeitura do Distrito Federal recebido do Governo Federal os encargos e a responsabilidade de zelar pela Saúde da população, há 13 anos (1939), não houve renovação dos quadros do pessoal, já escassos, que lhe foram transferidos administrativamente pelo

¹⁵⁸ Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara, 1972.

¹⁵⁹ Cunha, 1993

Ministério da Educação e Saúde, juntamente com os serviços de Saúde Pública da Capital e que hoje constituem o Departamento de Higiene.

O desgaste progressivo dêsse Quadro já reduzido, mesmo à época da transferência, e isso pelos óbitos, aposentadorias e outros motivos de afastamento dêsses servidores, atingiu a tais níveis que hoje se torna inteiramente impossível realizar quaisquer atividades de Saúde Pública eficientemente.

Sem dúvida que nesses últimos anos muitos médicos clínicos e cirurgiões da Secretaria Geral de Saúde foram lotados no Departamento de Higiene, onde exercem atividades nos exames médicos para expedição de Carteiras de Saúde e na Fiscalização de estabelecimentos comerciais de gêneros alimentícios. Também muitos servidores do grupo dos Oficiais-Administrativos, Escriurários, Trabalhadores etc, passaram a servir no Departamento de Higiene em fiscalização de alimentos, havendo, mesmo, plethora de pessoal nessas atividades. A solução para o problema de pessoal especializado para as atividades de Saúde Pública é a criação de cargos isolados e de carreiras correspondentes às várias atividades de Saúde Pública, a serem preenchidos por concursos de títulos e provas.

Só assim as atividades de medicina preventiva na Secretaria Geral de Saúde poderão ficar à altura de competir com a alta qualidade dos serviços de medicina curativa exercida pelos mais brilhantes clínicos, cirurgiões e médicos especialistas, que tanto engrandecem e valorizam os serviços prestados no Pronto Socorro, nos Ambulatórios de Hospitais da SGS como honram e dignificam o Distrito Federal e o Brasil. ...Os Distritos Sanitários, em número de dezesseis, são os órgãos subordinados ao Departamento de Higiene, que executam os serviços locais de Saúde Pública. A eles na atual estruturação dos serviços da Secretaria Geral de Saúde e Assistência não estão subordinadas às importantes atividades de higiene materna e da criança e de profilaxia da tuberculose pôsto que estão afetas aos

Departamentos autônomos de Puericultura e Tuberculose. Melhor seria se enquadrassem todos os serviços locais de Saúde Pública no esquema de organização sanitária descentralizado subordinando-se todos eles a uma só unidade sanitária local que melhor se denomina Centro de Saúde.

Pela sua população de dois e meio milhões de habitantes, pela sua vasta extensão territorial e ainda pela falta de meios de fácil transporte, necessitaria o Distrito Federal, no presente, de não menos de vinte e cinco Centros de Saúde, atendendo cada qual, em média, a uma população de 100.000 habitantes.

Entretanto, a carência de pessoal técnico especializado em número suficiente e de recursos materiais, por motivos óbvios não se deve cogitar, desde logo, da multiplicação dos Centros de Saúde do Distrito Federal.”¹⁶⁰

Com relação às estruturas organizacionais e à lógica interna de funcionamento dos Centros de Saúde, a municipalização alterou também, e substancialmente, sua proposta original. Essas mudanças significaram, do ponto de vista de alguns dos seus princípios e de sua concepção programática, um retrocesso à década de vinte, quando do funcionamento das Delegacias de Saúde Pública. Antes subordinados à Inspetoria dos Centros de Saúde, órgão vinculado ao Serviço Sanitário do Distrito Federal da Diretoria Nacional de Saúde Pública, os Centros de Saúde, ao desvincularem-se da União, passaram a ser subordinados à Divisão da Saúde Pública da Prefeitura Municipal do Distrito Federal. A diferença para a estrutura anterior foi que esta divisão foi criada com quatro Departamentos. Fontenelle, que havia sido o idealizador e o maior incentivador da rede de Centros de Saúde da Capital, logo percebeu que este novo organograma descaracterizava por completo os princípios da administração sanitária defendida por ele, já que no seu entender:

“fez perder à obra a unidade técnica de direção. Criados desse modo os Departamentos de Puericultura, de Tuberculose, de Alimentação e de Higiene(?), de que me aparteí - a mandarem todos nas mesmas zonas - veio a degeneração e a perda de

Com este discurso Fontenelle justificou o seu pronto e irrevogável pedido de aposentadoria, em 1940, no ano em que as mudanças decorrentes da nova subordinação dos Centros de Saúde começaram a ser implementadas. A este respeito Fontenelle publicou, vinte anos depois, uma detalhada e contundente carta aberta ao Governador Carlos Lacerda com severas críticas à estrutura sanitária do Rio de Janeiro, atribuindo, inclusive, a este erro cometido no passado a grave deterioração do quadro sanitário da cidade. A interrogação junto à Higiene, na passagem acima, demonstra sua perplexidade e inconformismo com esta nova situação: a interrogação junto a palavra higiene, no texto acima, está contido no original e pode ter sido uma forma do autor enfatizar sua perplexidade e inconformismo com esta nova situação: a Higiene deixa de ser o fim último e o aglutinador de todas as outras atividades para se transformar em mais um Departamento.

A partir do final da década de cinquenta a Saúde Pública definitivamente deu lugar à Assistência Médica Previdenciária como estrutura sanitária hegemônica. A década de quarenta, como pôde ser visto aqui, buscou-se manter os objetivos, pressupostos e funções dos Centros de Saúde. Continuou merecendo destaque nos anos cinquenta, especialmente com ênfase à assistência à tuberculose e à puericultura. De fato, na esfera municipal, surgiram dois departamentos paralelos à administração dos Centros de Saúde, antes afetos ao Departamento de Higiene: os Departamentos de Puericultura e Tuberculose. A criação desses dois Departamentos foi reflexo de pressões advindas de grupos de interesse atuantes na política de saúde e na área social do governo federal: no caso da tuberculose este tipo de poder paralelo originou-se da atuação das Ligas de Combate à Tuberculose, fundada em 1929, e dos interesses da corporação médica¹⁶². Interessante notar que o Departamento de Tuberculose administrava os dispensários e sanatórios, sendo que praticamente todos os dispensários localizavam-se nos Centros de Saúde. Já o Departamento de Puericultura era fruto

¹⁶⁰ Prefeitura do Distrito Federal, 1952. pp. 52-81.

¹⁶¹ Fontenelle, 1962. p. 12.

¹⁶² Os Centros de Saúde eram a melhor escola para a formação de especialistas, que possibilitava uma excelente carreira na área privada. Depoimento, Alfredo Bica, anexos.

da prioridade dada pelo Governo Federal à assistência à infância.¹⁶³ Também seus respectivos Postos de Puericultura eram, na maioria dos casos, instalados nos Centros de Saúde, mas possuíam autonomia técnica e administrativa com relação à chefia das unidades. Nota-se portanto que nos Centros de Saúde funcionavam três estruturas paralelas, autônomas, cada uma subordinada ao seu respectivo Departamento. Muitos dos pediatras defendiam esta dicotomia alegando que, mesmo no nível federal, para este caso, existia um Departamento Nacional da Criança, que funcionava independentemente do Departamento Nacional de Saúde.¹⁶⁴ ¹⁶⁵ Um segundo aspecto a destacar neste período compreendido pelos anos cinqüenta refere-se à mudança na visão de que os Centros de Saúde deveriam limitar sua atuação exclusivamente às tarefas sanitárias. Passou-se a defender, mesmo que isto não tenha sido colocado em prática, a introdução do atendimento clínico individual na organização. Esta tese passou a refletir as mudanças na política nacional de saúde. A incorporação da assistência médica entre as atividades de Saúde Pública foi aprovada pelo VII Congresso Brasileiro de Higiene e demonstrou a preocupação dos sanitaristas com a perda de prestígio e legitimidade de sua atuação junto à população, frente ao crescimento da medicina previdenciária. Em conformidade com as novas diretrizes, na introdução do relatório da gestão do ano de 1951, o então Secretário de Saúde enfatizou esta sua preocupação:

*“Os problemas de medicina curativa e os de medicina preventiva são inseparáveis. Por vezes não se sabe onde começa um e termina o outro. É essa convicção que porfiamos em difundir, tornando as atividades exercidas nos diversos Departamentos da Secretaria sempre que possível simultâneas, sinérgicas ou coordenadas entre si, de modo que se consiga o objetivo colimado que é o da Saúde e Bem Estar de cada um e de todos.”*¹⁶⁶

¹⁶³ “A atenção materno-infantil e as propostas de assistência médico-social rural passam a constituir-se, a partir da década de 50, em objetos de maior interesse estatal....A ampliação desta área de atenção estatal, assim como aquelas referentes a lepra e tuberculose, é precedida pela mobilização de médicos e entidades filantrópicas em torno da fome, desnutrição” Iyda, 1994, p.86 e 87.

¹⁶⁴ Prefeitura do Distrito Federal, 1952. p.134.

¹⁶⁵ “Em 1945, não só se realiza a Semana da Criança, como a Campanha de Redenção da Criança. Para esta redenção, como ressalta o Diretor do Serviço de Centros de Saúde da Capital... aos pobres a cooperação de sua frequência aos serviços de assistência à Maternidade e Infância, mantidos pelos poderes públicos e instituições particulares, nos Centros de Saúde ou Postos de Puericultura”. Secretaria de Estado de Saúde da Guanabara, 1972. p. 128.

¹⁶⁶ id. ibid. p. 15.

Esta tentativa de integração ficou, porém, até meados da década de setenta, muito mais limitado ao discurso. Executavam-se apenas, como sempre, aquelas atividades diretamente relacionadas àqueles problemas tradicionalmente vinculados à alçada da Saúde Pública, demonstrando a distância e a segmentação existente entre as diversas e tradicionais funções da saúde estatal.¹⁶⁷ Mais do que atributos dos sub-setores previdenciário e de Saúde Pública, a dificuldade aqui estava em conceber um maior número de procedimentos médico-terapêuticos que não fossem realizados no ambiente hospitalar ou anexo a este (ambulatórios e principalmente as emergências)

Em 1951, os 16 Distritos Sanitários estavam distribuídos pelos seguintes bairros do Distrito Federal: Centro, Praça da Bandeira, Laranjeiras, Botafogo, Copacabana, São Cristóvão, Tijuca, Vila Isabel, Meier, Madureira, Penha, Jacarepaguá, Bangu, Campo Grande, Santa Cruz e Ilha do Governador. Com exceção dos prédios que abrigavam os Centros de Saúde de Copacabana, Botafogo, São Cristóvão, Bangu e Santa Cruz, os demais necessitavam urgentemente de completa reforma das suas dependências. Na grande maioria dos casos, os prédios eram alugados, velhos, adaptados, sem condições para abrigarem os diversos serviços previstos.¹⁶⁸

Este mesmo modelo de organização sanitária, guardando suas devidas peculiaridades, foi implantado também nas áreas rurais, com a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Pode-se considerá-la, guardando suas respectivas peculiaridades, como sendo uma versão rural da proposta sanitária de constituição de uma rede básica. De fato este ideário defendido pelos sanitaristas só encontrou, nas décadas seguintes, campo fértil de atuação nas áreas rurais do país. Os Centros de Saúde, como proposta eminentemente voltada para os núcleos urbanos do país, foram progressivamente sendo colocados em segundo plano. Parece haver, notadamente nas décadas de cinquenta e sessenta, uma estagnação da organização dos Centros de Saúde em todo o país. Este impasse da organizacional, que se deu também na rede do Rio de Janeiro estava associado, num primeiro momento, à mudança das prioridades da política de saúde, que

¹⁶⁷ A primeira iniciativa real de introdução do atendimento médico individual nos Centros de Saúde se deu em 1977, com a inauguração de três unidades que tinham na sua planta física consultórios médicos para o atendimento clínico ao adulto, a mulher e à criança. Felipe Cardoso, depoimento. Anexos.

¹⁶⁸ Prefeitura do Distrito Federal, 1952. p. 110.

descentralizou sua atuação para os Estados. Mas também, e especialmente importante para a década de cinquenta, pela indefinição da Saúde Pública quanto ao seu papel institucional nos núcleos urbanos e industrializados.

Este impasse não foi só decorrente do vertiginoso crescimento da medicina previdenciária nas cidades brasileiras, pois mais do que a concorrência com esta nova modalidade de atenção ambulatorial, a Saúde Pública pareceu neste momento ter perdido os seus fundamentos e sua capacidade de colocar em prática soluções para os problemas com que se deparava a sociedade brasileira. As teses de aproximação com a clínica e com os novos desafios colocados pelo quadro sanitário, então em acelerada mutação, também não se consubstanciaram em ações práticas para a organização.¹⁶⁹

É interessante ainda salientar que a influência do movimento da Medicina Preventiva sobre os Centros de Saúde só mostraram seus primeiros resultados no início da década de sessenta. Foi a partir daí que, muito lentamente, e restrito a poucas unidades, iniciou-se a primeira reformulação da organização de seu modelo assistencial, após esta primeira crise. A partir daí e pela primeira vez, surgiram propostas arquitetônicas de prédios destinados especialmente para abrigar estas unidades sanitárias. Também tornou-se mais evidente a intenção de agregar-se a lógica clínica às atividades de Saúde Pública. Esta nova etapa coincidiu também com o agravamento do quadro social e sanitário da cidade e o concomitante surgimento de novas vacinas de administração em massa. Todo este quadro trouxe nova conformação técnica e política que permitiram o reposicionamento da organização no sistema de saúde. Agregou-se a isto a mudança do vínculo federativo da cidade, que, com a mudança da Capital federal, tornou-se um estado da federação. Uma cidade que assim podia disputar poder, prestígio e recursos em mesmo pé de igualdade com outros estados da federação muito maiores e muito mais complexos do que o Rio de Janeiro.

¹⁶⁹ Leis e Decretos, 1955/1956. Anexo

V.3 1962-1978 Os Centros Médico Sanitários: Incorporando novas técnicas para os velhos problemas.

Pode-se considerar que o estado da Guanabara recebeu a Saúde Pública municipal em situação lastimável. Das cento e vinte enfermeiras visitadoras que a organização possuía em 1940, restavam apenas vinte.¹⁷⁰ Os prédios que eram sedes dos Centros de Saúde, velhos casarões adaptados para este fim, estavam literalmente destruídos. Cheios de infiltrações, instalações elétricas e hidráulicas deterioradas, com pisos e paredes cheios de rachaduras. Quase não havia funcionários trabalhando e faltavam equipamentos. Era uma situação tão grave que eventuais reformas, geralmente em prédios alugados, saíam mais caro do que construir unidades novas.¹⁷¹

O quadro sanitário do município era igualmente alarmante. Publicações de Fontenelle, naquele momento ferrenho crítico da organização, tal como estava estruturada, demonstravam que os indicadores de prevalência de doenças como a tuberculose eram muito superiores aos encontrados em São Paulo, cujos dados o autor se baseou.

As mudanças que se fizeram no primeiro governo do então recém instalado Estado da Guanabara, muito timidamente, procuravam contemplar a solução desta situação. O marco desta reformulação foi a criação, em 1962, da Superintendência de Serviços Médicos (SUSEME) e a criação das Regiões Administrativas municipais, sendo o Departamento de Saúde Pública transformado em Superintendência de Saúde Pública (SUSAP).¹⁷²

O Decreto nº 1611, de 27 de dezembro de 1962, e ratificado pelo Decreto de 8 de junho de 1964, reestruturou a Secretaria de Saúde tendo como órgãos principais a Superintendência de Saúde Pública (SUSAP) e a Superintendência de Serviços Médicos (SUSEME). Esta última era dotada de autonomia administrativa, financeira e econômica, tendo sido criada pela Lei 279, de 28 de dezembro de 1962. A SUSAP não diferia muito da sua predecessora, a Divisão de Saúde Pública da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Distrito Federal.

¹⁷⁰ Fontenelle, 1962.

¹⁷¹ Monteiro Marinho, depoimento. Não transcrito.

¹⁷² Cunha, 1996, pag 17/depoimento Samuel Peçanha. Anexo.

Nesta permaneceram os Departamentos de Higiene, Tuberculose, da Criança e do Adolescente, e ainda a Divisão de Organização Sanitária.

Neste mesmo ano realizou-se o XV Congresso Brasileiro de Higiene sob o tema Problemas médico-sanitários em áreas sub-desenvolvidas e municipalização de saúde. Este Congresso teve grande influência na concepção de modelo que deveria adotar a organização como poderá ser visto adiante.¹⁷³ A Aliança para o Progresso, programa de ajuda financeira para os países do continente latino americano, financiado pelos EUA em resposta à guerra fria, aportou recursos para o Rio de Janeiro, tendo inclusive financiado a construção de um novo Centro de Saúde na cidade.

A organização sofreu mudanças pontuais até 1965. Foram concebidas e construídas seis novas unidades, mas seus serviços formais eram ainda os mesmos: higiene, tuberculose, criança e adolescente, enfermagem sanitária e atividades complementares. Em 1965 havia 39 unidades básicas e sua prioridade ainda era *“oferecer à população medidas preventivas contra as doenças que ainda constituem ameaça grave entre nós, tais como a Varíola, a febre Tifóide, a Poliomielite e a Tuberculose”*.¹⁷⁴ Na gestão seguinte, entre 1966 e 1971¹⁷⁵ deu-se início a uma reformulação dos serviços básicos dentro de uma concepção mais ampla, ainda que acabasse limitada a algumas unidades e sem a expansão significativa do seu número:

“A Secretaria de Saúde estuda os problemas de assistência médica preventiva e curativa à população, levando em conta suas condições sócio-econômicas, ambientais e comunitárias... Encontramos, ao início deste Governo, as medicinas preventiva e curativa inteiramente desvinculadas, como que separadas por um verdadeiro muro. Essa dissociação, inconcebível dentro da moderna conceituação da Medicina integrada, não poderia persistir. Ponto fundamental de nossa política administrativa foi a

¹⁷³ Freitas, 1988, p. 117.

¹⁷⁴ O relatório do governo que se encerrou em 1965 dedica apenas 10% de seu espaço para a SUSAP e 90% para a SUSEME. Parece a atividade de saúde pública ser ainda uma atividade residual, mas ainda necessária já que ainda não se tinha alcançado a erradicação das doenças pestilenciais do passado. É destacada, porém, a construção de seis novas unidades sanitárias.[NR]

¹⁷⁵ Para Monteiro Marinho, então Secretário municipal de saúde, ficou muito marcado na época a expressão Corredor Epidemiológico, que significava o caminho por onde se disseminavam as doenças infecto-contagiosas pelo Município. Nesta rota deveriam ser construídas ou reformadas as unidades para impedir a propagação das doenças. [NR]

*reforma da estrutura da Secretaria de Saúde e de sua Autarquia, a SUSEME, para possibilitar a correção do equívoco conceitual que representava a dicotomia: Saúde Pública e Medicina Hospitalar. A SUSEME possuía uma estrutura que possibilitava magníficas condições de operacionalidade de sua vasta rede hospitalar. Necessário se fazia, portanto, dar à área da Medicina Preventiva essas mesmas possibilidades. Pela Reforma, integrou-se à SUSEME a antiga Superintendência de Saúde Pública, como Departamento, ao lado dos já existentes: Planejamento, Financeiro, Serviços Gerais e Serviços Assistenciais.”*¹⁷⁶

Para implementar este projeto ocorreu uma importante mudança no organograma da Secretaria de Saúde. A Saúde Pública, antes uma das duas Superintendências (SUSAP), passa a ser uma das Diretorias da outra Superintendência: a poderosa SUSEME, significando que a Saúde Pública passava a subordinar-se, técnica e financeiramente, à política de saúde traçada pela SUSEME.¹⁷⁷

Com exceção de algumas unidades que tinham sido construídas na década de cinquenta e no governo anterior, muitas outras foram reconstruídas neste período. Pela primeira vez a organização como um todo passou a ter uma visibilidade e uma identidade arquitetônica própria¹⁷⁸. Havia ainda uma outra novidade. Passou-se a planejar previamente os espaços destinados a cada uma de suas funções.

Coerente com as novas concepções, passaram a ter nova denominação: a de Centros Médico Sanitários. Estava assim, e definitivamente, tomada a decisão de implantar-se o atendimento médico ambulatorial e outros procedimentos diagnósticos tradicionalmente praticados no ambiente médico hospitalar.¹⁷⁹ Foi definida a seguinte estrutura de serviços: medicina preventiva

¹⁷⁶ Estado da Guanabara, 1970

¹⁷⁷ Monteiro Marinho, então Secretário de Saúde, discorda desta tese: segundo ele esta mudança não tinha o objetivo de relegar a Saúde Pública a um segundo plano. Pelo contrário, buscou-se trazer a Saúde Pública para junto do poder e integrá-la aos serviços hospitalares. [NR]

¹⁷⁸ Nestas unidades o público geralmente se distribui em torno do prédio, em varandas que o circundam, enquanto os profissionais atuavam a partir do seu interior [NR]

¹⁷⁹ “...o, no ano de 1977, como o ano em que se fez, se tomou a iniciativa de iniciar a atividade de assistência em especialidades básicas, pediatria, clínica médica, toco ginecologia. Esse foi, na minha opinião, o momento em que isso passou a ser não uma ação isolada aqui e ali, uma integração quase informal, mas uma diretriz de

(imunizações e vigilância epidemiológica), puericultura, pediatria, tuberculose, pré-nupcial, pré-natal, doenças venéreas, doenças de pele, prevenção do câncer e doenças degenerativas, serviços de saúde mental, exames laboratoriais de rotina e serviço de enfermagem em Saúde Pública. Verifica-se, portanto, uma importante ampliação das atribuições destas unidades:

“A inauguração destas primeiras unidades padronizadas, tipo A, marca uma nova era na Saúde Pública no que concerne a unidades executivas de Medicina Preventiva. Essa nova concepção possibilita quase que a perfeita separação entre usuários sadios, doentes, gestantes e crianças.”¹⁸⁰

Nos textos e discursos oficiais, em meados da década de sessenta, é dada ênfase ao termo medicina preventiva. O Centro Médico Sanitário, constituiu-se a expressão desta nova concepção, que buscava integrar as ações de assistência médica e de Saúde Pública. Esta integração, como pôde ser visto na passagem anterior, buscava preservar as especificidades de cada prática, que se davam em ambientes distintos. Mas ainda assim representou uma evolução quanto ao modelo anterior. Um dos aspectos mais simbólicos desta mudança de concepção tem-se o fato de que, a partir desta época, instalam-se os primeiros aparelhos de Raios X, onde antes só existiam as abreugrafias. O olhar sobre a população voltava-se assim a atenção para o enfoque clínico e individual.

“Ao se findar o ano de 1968, no dia 30 de dezembro, o Excelentíssimo Senhor Governador do Estado, Embaixador Francisco Negrão de Lima, durante a solenidade de inauguração do Centro Médico Sanitário Maria Augusta Estrela da IX Região Administrativa (Vila Isabel), assinou os Decretos “N” nº 1 196 e 1 197 coroando um trabalho de quase três anos da atual Administração da SECRETARIA DE SAÚDE, fundamento da própria Filosofia Administrativa do Secretário Hildebrando Monteiro Marinho: a integração das medicinas preventiva e curativa, dando-lhes comando único e possibilitando, à medicina

um período administrativo e isso começou a concretizar quando nós fizemos os projetos de três Centros de Saúde. Já haviam previsões efetivas de dependências físicas para tais atividades, dos projetos para as construções de novos Centros Municipais de Saúde. Felipe Cardoso. depoimento. Anexos.

¹⁸⁰ SUSEME, 1969, p. 54

preventiva, valer-se das mesmas armas administrativas de que há anos já dispunha a medicina hospitalar do Estado.

À medida em que essas estruturas forem se aperfeiçoando, à medida em que todos os servidores das diferentes áreas adquirirem a consciência da profunda e benéfica transformação implantada, a população do Estado começará a auferir as vantagens desta nova política de saúde.

Haverá melhor racionalização de métodos de trabalho, conseqüentes a um planejamento global da assistência médica e possibilidade de maior maneabilidade de recursos, o que é próprio ao regime autárquico.”¹⁸¹

Foram projetados dois tipos de unidades: as do tipo A e B e construídas as seguintes unidades, em substituição aos antigos prédios, ao longo dos anos sessenta.¹⁸²

CMS	RA	Bairro
Maria Augusta Estrella	IX	Vila Isabel
Belisário Pena	XVIII	Campo Grande
José Saldanha de Mello	XVI	Jacarepaguá
Américo Veloso	X	Ramos
José Paranhos Fontenelle	XI	Penha
Augusto do Amaral Peixoto	XXII	Anchieta
Píndaro de Carvalho Rodrigues	VI	Gávea
Milton Fontes Magarão	XIII	Eng. de Dentro
Heitor Beltrão	VIII	Tijuca
Clementino Fraga	XIV	Irajá
Lincon de Freitas Filho	XIX	Santa Cruz
Ernani Agrícola	VII	Santa Teresa
Manoel José Ferreira	XXIII	Catete
Barros Barreto	V	Copacabana

Cunha, 1996, pag. 10-12

Os Centros Médicos Sanitários tornaram-se unidades orçamentárias e estruturam-se em três serviços administrativos: Medicina Preventiva, Tuberculose e Pediatria. A política traçada desde 1966 dedicava atenção

¹⁸¹ SUSEME, 1968. pág 19

¹⁸² Os CMS Clementino Fraga (XV RA, Irajá), Ernani Agrícola (VII, Santa Teresa) e Milton Fontes Magarão (XIII RA, Engenho de Dentro) só foram reconstruídos no final dos anos 70. [NR]

especial ao grave problema das doenças transmissíveis na Guanabara. Entre as medidas tomadas destacaram-se, portanto, a construção e o reaparelhamento da organização chamada agora de Centros Médico Sanitários e a reforma administrativa, que integrou a Saúde Pública à SUSEME.

“A Unidade Médico Sanitária é definida como uma série de serviços, seções e setores visando a execução da medicina preventiva... definindo como meta final a “integração dos serviços de medicina preventiva com os de medicina assistencial na mesma planta física.”¹⁸³

A partir da análise das atribuições dadas aos Centros de Saúde, pode-se concluir que a integração médico sanitária se deu de forma que se preservasse as antigas funções da organização, mas que, ao mesmo tempo, se introduzisse algumas outras, como serviços de prevenção e atendimento ao câncer e doenças crônico degenerativas. Esta reformulação não foi, no início, extensiva a todas as unidades. Também em duas unidades iniciou-se o atendimento de saúde mental. Em todas as novas unidades foram implantados laboratórios de análises clínicas e, como referido anteriormente, aparelhos de radiologia.

Apesar deste esforço reformista, realizado no período compreendido entre a década de sessenta e início da década de setenta, a legislação sanitária não se modificou muito. Em 1974 o Estado da Guanabara transforma-se novamente em município, e passa a ser a Capital do Estado do Rio de Janeiro. Recriou-se então a Secretaria Municipal de Saúde. A nova legislação sanitária municipal, com relação às atribuições da organização manteve basicamente o mesmo rol de princípios e funções, como pode ser depreendido do depoimento abaixo:

“Neste decreto que é de 30 de julho de 76, ...um ano e três meses depois do início do funcionamento da S.M.S., foi aprovado o seu regimento. Permaneceu essa orientação...exclusivamente com relação à área de Saúde Pública. Não houve nessa definição de competências qualquer iniciativa, qualquer integração com a assistência clínica para essas unidades...tuberculose, hanseníase, doenças venéreas, doenças infecto-contagiosas, pré-

*nupcial, pré-natal, higiene infantil, pré-escolar, escolar, odontológico e saúde mental...educação e saúde, prevenção do câncer e outras doenças degenerativas, certificados de sanidade, manter vigilância das doenças transmissíveis, exames laboratoriais de rotina, fiscalização da higiene.*¹⁸⁴

Mas, por outro lado, é instigante o fato desta rede ter sido reformulada e priorizada nos anos sessenta, a despeito da crise gerada pela indefinição das funções da Saúde Pública. É provável que isto tenha ocorrido devido a dois fatores: a situação sanitária desfavorável em que se encontrava o Rio de Janeiro no início dos anos sessenta em contraste com a total obsolescência da organização da Saúde Pública. Esta reformulação não pode ser comparada ao crescimento hegemônico da Medicina Previdenciária que dotou, especialmente o Rio de Janeiro, de inúmeras unidades ambulatoriais públicas e conveniadas de assistência médica. A partir desta mesma época este complexo previdenciário deu início a um modelo que se tornou largamente preponderante. Coube ao Governo Federal o papel de principal estimulador deste modelo assistencial, relegando à Saúde Pública e às suas organizações um papel secundário. As iniciativas de reformas e aprimoramentos da organização dos Centros de Saúde era muito mais uma iniciativa dos próprios governos locais. Todo o crescimento da estrutura médico previdenciária era decidida a partir do Governo federal e se deu à margem do poder público municipal, ainda destinado a oferecer serviços de Saúde Pública e prestar o atendimento de emergência em seus hospitais próprios:

*“Criada em 1975, após a fusão dos Estados do Rio de Janeiro e Guanabara, a Secretaria Municipal de Saúde possui entre os seus órgãos de apoio técnico dois grandes Departamentos Gerais. O de Assistência Hospitalar e o de Saúde Pública. Os órgãos locais, na área assistencial, totalizam 12 hospitais, 2 maternidades e 2 institutos. Na área de saúde pública, encontramos 23 Centros de Saúde, 11 Unidades Satélites e 1 Instituto.”*¹⁸⁵

¹⁸³ SUSEME, 1969, pág 101.

¹⁸⁴ Felipe Cardoso, depoimento. Anexos.

¹⁸⁵ Dias, 1978 p.3.

Às tradicionais tarefas reservadas aos Centros de Saúde, foram acrescentadas algumas outras. Manteve-se uma certa fragmentação e especialização das suas atividades, a partir das normas do Ministério da Saúde. Estas se restringiram àquelas que, por algum motivo, não foram ou não puderam ser incorporadas pela rede ligada à medicina previdenciária, tais como o tratamento da tuberculose e da hanseníase, a vacinação, a emissão de atestados de saúde e de saúde escolar. Acrescentaram-se ainda alguns procedimentos médicos e diagnósticos implantados de forma tímida e secundária. Apesar disto não se pode subestimar a importância das reformulações ocorridas neste período, que vão lançar as bases para novas mudanças e desafios posteriores. Este conjunto de ações revitalizou e rejuvenesceu a organização situando-a no sistema de saúde com atribuições próprias. O grande ganho desta fase foi a consolidação de sua estrutura física, com um padrão arquitetônico que passou a identificá-la junto a população, embora esta organização tenha continuado a ser reestruturada nos períodos subsequentes. A grande transformação conceitual das funções da rede básica vai se dar no período que se segue, com a estratégia da Atenção Primária à Saúde. A organização vai inicialmente ficar ao largo deste processo, até porque era vista uma estrutura muito difícil de se adaptar aos novos tempos.

V.4 1979-1986: APS e a Nova Saúde Pública. Buscando soluções à margem da organização

Ao longo da década de setenta a atenção dos formuladores de política e dos críticos ao sistema de saúde voltou-se mais uma vez para a Saúde Pública. Isto se deu basicamente por duas razões: a crítica radical à medicina convencional, movimento que se desenvolveu nesse período¹⁸⁶, e cujos representantes viam, na Saúde Pública, uma alternativa viável àquela, desafiando o monopólio dos médicos, o predomínio das preocupações comerciais focalizadas em problemas individuais ao invés das condições coletivas e sociais. Ao mesmo tempo, muitos gestores públicos municipais começavam a questionar o modelo centralizador dos serviços da atenção médica previdenciária.

A Saúde Pública, por sua vez, ganhou progressivamente uma maior atenção pela natureza de seus métodos, que permitiam a redução de custos através de intervenções sociais que permitiam, além da prevenção de doenças muito prevalentes, diminuir a utilização de tratamentos hospitalares muito dispendiosos. A principal modificação consistia no fato de que a ênfase anterior na transformação da vida familiar através da regulação era suplantada pela convocação à população como consumidores atomizados. Em vez de tentar reformar as relações familiares através da intervenção direta a **Nova Saúde Pública**, esta nova estratégia agora buscava mudar as escolhas dos consumidores individuais, por meio da redução dos riscos auto-infligidos.

Não se pode esquecer, como fator decisivo para o surgimento desta proposta da Prefeitura do Rio de Janeiro, o início de uma nova política do Governo Federal que, através das Ações Integradas de Saúde, incentivou os governos municipais a recuperarem o seu papel de prestadores de serviços de saúde à população. Recursos previdenciários passaram a financiar o atendimento ambulatorial básico por meio da assinatura de convênios com os Governos Municipais. Esta medida visava reverter a política de privilegiamento do setor conveniado privado até então vigente e estender a cobertura assistencial aos não

¹⁸⁶ “Este debate chega a algumas afirmações que já se constituem em axiomas... Primeiro que a atenção médica não tem significado necessariamente a melhoria de qualidade de saúde da população. Segundo, que o caráter dominador da medicina tem induzido cada vez mais seu controle sobre o corpo, os eventos da vida humana, os ciclos biológicos e a vida social. E por fim, o profissionalismo médico tem.. servido para atender à interesses econômicos”. Minayo, 1996, p. 61.

previdenciários. Era de se esperar que os Centros de Saúde fossem naturalmente as unidades destinadas a desempenhar esta nova tarefa.

As administrações municipais nos períodos compreendidos entre 1979 e 1985 imprimiram mudanças na estrutura da rede básica do Município que, de certa forma, passaram ao largo da organização. A Secretaria Municipal de Saúde começou a implantar uma política de extensão de serviços básicos de saúde inspirada nos princípios consagrados na Conferência de Alma Ata, organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo da Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1978. Esta Conferência preconizou a Atenção Primária à Saúde como estratégia para se alcançar saúde para todos no ano 2000 (SPT 2000).

Verificava-se, ainda, uma forte pressão social por mudanças da estrutura da saúde municipal. A partir de 1978, o Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro tornou-se um importante fórum de discussão da situação sanitária do município. Agregaram-se neste movimento importantes entidades do movimento social organizado, tais como a Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro e a Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro. Entre as principais reivindicações surgidas de inúmeros encontros promovidos por estas entidades estavam a necessidade de priorizar o atendimento médico-sanitário às populações de baixa renda, através da ampliação da rede de serviços básicos de saúde, e a participação da comunidade.¹⁸⁷

Em 1980, a administração municipal lançou o Plano de Ação Integrada da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, com as seguintes diretrizes setoriais no que diz respeito à saúde: aumentar a oferta de cuidados primários, especialmente ao grupo materno-infantil e à população de baixa renda, e reforçar os mecanismos de controle de doenças transmissíveis, ainda prevalentes no Município.

O Plano de Ação Integrada da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, para o período de 1980 e 1983, apresentava nos sub-ítems saúde e saneamento, os seguintes objetivos:

“Aperfeiçoar os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto socorro, com a consolidação da atenção médica à nível primário de saúde; aumentar a oferta de cuidados primários, especialmente ao grupo materno infantil e a

¹⁸⁷ Sobrinho, 1981.

população de baixa renda."¹⁸⁸

O documento concluía afirmando claramente os princípios que norteavam a sua nova estratégia:

*"A Secretaria Municipal de Saúde, vem desde 1979, tentando implantar uma política de extensão de serviços básicos de saúde. Essa é uma solução que pode responder as crescentes pressões populares por serviços de saúde, ao mesmo tempo que insere o Município numa política mundial de saúde."*¹⁸⁹

COUTINHO¹⁹⁰, que participou da implantação do novo Plano municipal, ao analisar este momento histórico e político da Secretaria Municipal de Saúde, referia que a política de extensão de cobertura por meio da implantação de serviços básicos de saúde seria uma solução para as crescentes pressões populares por serviços de saúde, e esclarecia ainda que:

*"...apesar das diretrizes incorporarem o conceito de atenção primária, a Secretaria Municipal de Saúde não possuía nenhum tipo de estabelecimento de saúde que pudesse absorver ou centralizar as ações necessárias para levar adiante essa estratégia"*¹⁹¹

Essa surpreendente afirmação poderia levar ao questionamento sobre os motivos de a autora ter ignorado a organização sanitária existente. E é ela própria quem, logo a seguir, justifica:

"...os Centros Municipais de Saúde (CMS), que poderiam prestar atendimento primário, acabaram se burocratizando demais. Ao todo existem 22 Centros Municipais de Saúde - um por cada Região Administrativa - que se destinam ao fornecimento de certificados de sanidade (35,4% dos atendimentos) e medicina escolar em atividades de cadastramento (24,8% dos atendimentos). Essa estrutura é muito difícil de ser mudada, em função do processo político-clientelista consolidado no Governo Chagas Freitas de lotear as regiões administrativas pelos políticos locais. Além disso, o cargo de direção do Centro Municipal de

¹⁸⁸ Prefeitura, 1980. p. 8

¹⁸⁹ id ibid, 1980. p. 21

¹⁹⁰ Coutinho, 1984

¹⁹¹ id ibid. p. 54

Saúde não confere o mesmo prestígio que o de um hospital"

De fato analisando a produção da organização sanitária à época, segundo relatório da Secretaria Municipal de Saúde¹⁹², a produção dos Centros Municipais de Saúde não permitia refutar a afirmativa da autora, tal como pode ser visto no quadro que se segue. Neste mesmo ano de 1979, segundo dados da própria Secretaria Municipal de Saúde, o atendimento ambulatorial da rede previdenciária tinha realizado no município 12.867.646 atendimentos. O problema residia no fato de que todo este atendimento ambulatorial previdenciário estava extremamente concentrado na região central da cidade, deixando as periferias urbanas carentes de atendimento. As dificuldades políticas levantadas pela autora mostram ainda a que ponto chegou a cristalização de interesses locais em torno da organização, que passou a responder muito mais às conveniências da política clientelista existente nos bairros da cidade, do que aos parâmetros de necessidades e de inovações técnicas para dar respostas a estas próprias necessidades.

Produção (consultas, exames e vacinações), dos CMS, 1979

Vacinações	1.722.847
Abreugrafia	477.996
Certificado de Sanidade	335.039
Medicina Escolar	326.485
BCG	215.230
Proteção materno infantil	178.903
Exame de fezes	94.960
Raiva humana	92.745
Dermatologia	72.136
Exame de sangue	26.154
Exame de urina	25.879
Doenças transmissíveis	16.486
PPD	12.563
Doenças venéreas	6.393
Pré nupcial	5.894
Cancer e D.Degenerativas	5.799
Saúde Mental	897
Ex Pele	757

* tríplice, dupla, pólio, varíola, febre tifóide, sarampo, tétano, tuberculose, raiva
Fonte: SMS, 1980.

A Secretaria de Saúde optou então por não atacar de frente os problemas encontrados na organização e, ao lançar o Plano Municipal de Saúde, propôs a construção de novas unidades sanitárias autônomas, denominadas de

¹⁹² Prefeitura, 1980.

Unidades de Cuidados Primários de Saúde (UCPS). Seria interessante, neste momento, analisar um pouco mais em detalhe esta opção da Secretaria Municipal de Saúde por constituir uma nova rede básica para levar a termo os seus objetivos. Em primeiro lugar, há que se destacar o quadro descrito por COUTINHO, de desprestígio e burocratização dos Centros de Saúde. Porém, ao apontar como causa aquelas circunscritas a uma administração pública - o Governo Chagas Freitas - e a seus métodos políticos baseados no clientelismo, a autora incorre no perigo de um reducionismo de interpretação. Isso porque esta alegada forma de governar perpassava toda a Secretaria Municipal de Saúde. Supõe-se, portanto, que estivesse presente também nos hospitais que, por certo, não sofreram semelhante esvaziamento, burocratização ou desprestígio. Então pode-se afirmar que esta organização já demonstrava toda a sua fragilidade a que sucessivas políticas a relegaram. Não era portanto de se admirar que a organização neste momento pudesse fazer o papel de causadora de todos os males que sofria a população. Até porque o grande financiador das mudanças propostas era justamente, e mais uma vez, o Governo Federal e os recursos eram provenientes do sistema previdenciário. Não obstante, o esforço de construção de novas unidades foi considerável e este plano permitiu a inauguração de dezessete novas unidades básicas.¹⁹³

Existia, assim, da parte do governo municipal uma dificuldade para propor inovações que implicavam mudanças por dentro da organização sanitária existente, em que pressupostos, estavam, há décadas, regendo o seu funcionamento. Por outro lado, existia uma grande urgência política por resultados concretos e uma pressão popular crescente por assistência à saúde. Optou-se então por uma solução obedecendo-se a uma lógica a que freqüentemente se lança mão, criando-se uma nova estrutura, paralela à antiga. Desta forma imprime-se maior agilidade à implementação de políticas previamente definidas. A necessidade de mudanças urgentes nos Centros de Saúde porém, permanecia, e exigia resposta. E elas se deram segundo um outro tempo político e administrativo.

A nova rede básica foi criada a partir da assessoria de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde e, administrativamente estava ligada ao Departamento de Administração Hospitalar. Os responsáveis por esta iniciativa eram uma nova geração de médicos sanitaristas, sem nenhum vínculo com o Departamento de Saúde Pública. Segundo Dalpoz:

¹⁹³ A lista das unidades encontra-se no capítulo I, p. 19. [NR]

“A forma de organizar era a Atenção Primária, assistência médica. A idéia era romper com os programas de saúde pública. Isto para nós era um limitante. Tinha a informação que vinha toda separadinha, o que era uma coisa infernal. Mais tarde é que o Departamento de Saúde Pública criou um órgão para cuidar destas unidades mas até então eram tocadas pela assessoria de planejamento, quer dizer, fora da estrutura e com o apoio da área hospitalar.”¹⁹⁴

Justificados pelo movimento social organizado, que tinham como uma das suas principais reivindicações o atendimento aos seus problemas de saúde, optou-se por desenvolver o projeto numa área em que não havia serviços de saúde.

“E era para ligar com uma proposta nova. Que rompia. A gente pegou a área de Bangu. Primeiro porque tinha condições políticas. Segundo porque era uma área de necessidade absurda. Evidentemente que toda a AP 5 tinha, mas em Bangu tinha um projeto de saúde, um envolvimento comunitário...”^{195 196}

Além disso, foi dada a estes serviços uma nova denominação:

“...se tivesse colocado na proposta o nome de Posto de Saúde eles (os responsáveis pelo Departamento de Saúde Pública) iam dizer que ali não ía fazer...”¹⁹⁷

Com relação às novas unidades, as Unidade de Cuidados Primários de Saúde eram basicamente de três tipos e diferenciando-se apenas pelo seu porte e complexidade. A maior delas contava com 6 consultórios médicos, 1 consultório odontológico, 1 sala de enfermagem, 1 sala de preparo, 2 salas de curativo, 2 salas de repouso e mais os setores de imunização, esterilização, serviço social, visitantes, administração, direção, arquivo, laboratório, farmácia,

¹⁹⁴ Mário Dalpoz, depoimento. Anexos.

¹⁹⁵ id ibid.

¹⁹⁶ Da mesma forma que em 1927, a nova idéia foi implantada em local ermo e distante. E, curiosamente foi em Bangu que se instalou o segundo Centro de Saúde, em 1930. Até então este era o único equipamento de saúde pública da área, a despeito do enorme aumento da sua população.[NR]

almoxarifado e rouparia. Os programas incluíam a assistência materno-infantil, ao adulto, a vigilância epidemiológica e a suplementação alimentar. Mais do que substituir as funções dos Centros de Saúde estas unidades acabaram por serem instaladas em regiões periféricas do município, a maioria na zona oeste, em regiões sem unidades sanitárias. Ou ainda outras poucas em grandes favelas, que não contavam com uma cobertura assistencial adequada.

No entanto, a falta de recursos e a descontinuidade administrativa impediram um maior crescimento desta rede. O Plano Municipal de Saúde constituiu-se em uma tentativa de modificar os princípios que norteavam o funcionamento da assistência básica no município. Ao ter deliberadamente se recusado a utilizar a organização pré existente de Centros de Saúde, a Secretaria de Saúde, com esta decisão, pode ter favorecido sua posterior reformulação, ao fragilizá-la ainda mais dentro da estrutura do poder municipal. Coerente com este desprestígio, a Secretaria Municipal adotou, neste mesmo período, uma nova divisão distrital, ignorando a antiga divisão distrital que preconizava um Centro de Saúde por Região Administrativa. Foram criadas então as Áreas Programáticas, aglomerados de bairros ou Regiões Administrativas, abrangendo em média 500.000 habitantes. Isto representou a perda de mais uma das funções dos Centros de Saúde, que consistia em ser sede dos Distritos Sanitários. Foi porém preservado o seu papel enquanto unidades de referência para as atividades de vigilância epidemiológica e de vacinação, que continuaram a se subdividir por Regiões Administrativas. Mesmo porque inexistiam, no âmbito das áreas programáticas, estruturas alternativas para desempenhar estas funções.

A implantação de unidades de atenção primária acabou por influenciar, de alguma forma, a organização sanitária. Algumas unidades passaram, a partir de então, a incorporar médicos e atendimento clínico em grande volume. Esta incorporação se dava de maneira empírica e por sobreposição às funções tradicionalmente executadas na organização. A expansão deste atendimento era possibilitado pela ampliação dos recursos previdenciários destinados à assistência básica. O número de consultas médicas ampliou-se progressivamente, como pode ser visto no quadro adiante. Apesar disto, a antiga lógica gerencial predominava e as principais atividades da organização ainda consistia na emissão das tradicionais carteiras de saúde, carteiras escolares e imunizações. O governo municipal que se

¹⁹⁷ Mario Dalpoz, depoimento. Anexos.

segue, no ano de 1984, passou a ser aquele indicado pelo governador eleito depois de muitos anos, em uma espécie de mandato tampão de dois anos. Nesta nova gestão municipal existia o compromisso de ser realizado um amplo concurso público na área da saúde. Esta era uma das principais reivindicações da oposição ao governo anterior, que usava do recurso de nomeações de médicos e profissionais de saúde por critérios clientelistas. Este concurso, porém, só foi realizado em um período posterior. A gestão da saúde municipal neste período foi marcada pela consolidação de várias instâncias de participação comunitária, como os Conselhos Distritais de Saúde. Também foi marcada por indefinições no processo de municipalização e principalmente pelo acirramento dos conflitos com o movimento sindical na área da saúde. As diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde para este período apontavam os antigos problemas encontrados na organização, agora analisados em conjunto com a rede auxiliar de cuidados primários de saúde:

“Reflexo de uma concepção de saúde pública ultrapassada, os Centros de Saúde atuam basicamente no desenvolvimento de programas tradicionais com inexpressiva ou inexistente atuação do atendimento básico aos agravos à saúde. A demanda historicamente reprimida nessas unidades, levou-as a um descrédito perante a população que já não as procura por saber do escasso horário de funcionamento, da impontualidade ou falta de médicos, da ausência de recursos laboratoriais e de medicamentos. A deficiência neste nível se reflete na grande demanda dos serviços de emergência. Portanto, muitos dos centros não tem condições físicas, de recursos humanos e materiais para recuperar a credibilidade junto a população, oferecendo-lhe atendimento adequado ao grau de complexidade da unidade.”¹⁹⁸

Neste documento, todas as diretrizes que se seguem a este diagnóstico fazem referência à necessidade de se implementar o atendimento médico, tanto a agendados, quanto a demanda espontânea e alguns casos de urgência, especialmente as crianças. Há uma insistência em preconizar a ampliação do horário das unidades para dar fim a estas tarefas. Faz-se referência especialmente às atividades de pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica médica.

Mas para algumas unidades há recomendação também de um atendimento mais especializado, como o otorrinolaringológico, oftalmológico e neurológico. Pode-se, portanto, concluir que a tendência da gestão que se segue, mesmo que oriunda de um governo de oposição ao predecessor, é aprofundar as mudanças da organização sanitária no sentido de aumentar a oferta do atendimento médico e também das consultas individuais de enfermagem. Quanto às Unidades de Cuidados Primários de Saúde, considerava-se que estas unidades sofriam justamente de um problema oposto ao dos Centros de Saúde:

“Frutos de outras concepções, as UACPS e UMAMPS atualmente vem desenvolvendo atividades de pronto atendimento nas áreas de pediatria e clínica médica. Com variações importantes, tanto de capacidade instalada, quanto a nível de resolutividade, essas unidades pouco exercem ações preventivas e mantêm-se isoladas dos Centros Municipais de Saúde. Diretamente vinculadas ao nível central da SMS, compartilham com os Centros Municipais de Saúde a responsabilidade de brindar cobertura assistencial à população da Região Administrativa sem, no entanto, ter delimitado seu raio de ação, nem o contingente de população que devem ou podem cobrir. Portanto torna-se essencial modificar a estrutura destas unidades e redefinir o seu perfil. A transformação das Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde em Postos de Saúde significa não só a simplificação da denominação mas, principalmente, a dotação de uma estrutura ágil que responda às diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.”¹⁹⁹

Dentre as propostas de reformulação desta rede, estão aquelas destinadas a dotar essas unidades dos serviços existentes nos Centros Municipais de Saúde tais como a Epidemiologia, a Pneumologia e Dermatologia Sanitária, de forma a romper com uma visão exclusivamente curativa.

Apesar de estas unidades terem preservado a sua antiga denominação, este documento marcou o fim do paralelismo destas duas redes sanitárias que se tornaram, na prática, uma só organização. Todas as unidades

¹⁹⁸ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1984. p. 16.

¹⁹⁹ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1984. pp. 17-18.

primárias de saúde passaram então a subordinar-se aos Centros Municipais de Saúde, como sub-unidades de assistência dentro de uma sub-área de sua correspondente Região Administrativa.

Esta gestão da saúde municipal procurou portanto adotar um discurso conciliador, de forma a aproximar estas duas redes, para reaglutiná-la em uma única organização. Estavam lançadas as bases para uma integração e um fortalecimento da organização, que pudessem, para além da atenção preventiva, responder às necessidades mais imediatas da população mais pobre da cidade: o atendimento médico individual. Esta população esteve sempre alijada desta modalidade de assistência, na medida em que não tinha, até então, acesso à assistência ofertada pela rede pública previdenciária, tradicionalmente responsável por este tipo de oferta, e quase sempre voltada para os trabalhadores do mercado formal de trabalho. Não é sem motivo pois que a principal meta da Secretaria era a de priorizar o atendimento da população carente, em particular dos habitantes de favelas e conjuntos habitacionais.²⁰⁰ Daí conclui-se que o público alvo da organização não mudou. Mudaram sim as necessidades deste mesmo público. Agora não mais simples e passivo objeto das políticas sanitárias, a população se manifestava e reivindicava um serviço de saúde mais condizente com as suas necessidades. Isto significava a ampliação da oferta de assistência médica individual. Ao mesmo tempo, esse reposicionamento da organização como eixo da assistência pública será amplamente favorecido pelo seu vínculo municipal: esta será a instância privilegiada da política de saúde no período que se segue. Por outro lado, a organização previdenciária, que poderia responder por parte destas funções, sofreu o processo inverso, caindo em desgraça. Desgraça esta fruto da indefinição de seu papel no sistema de saúde e ainda com o agravante de ser encarada como detentora de um modo de atuar considerado inadequado às novas diretrizes que privilegiavam a prevenção e a promoção da saúde.

²⁰⁰ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1984, p. 22.

Consultas médicas realizadas pela Rede Básica – SMS-RJ – 1983/1984

RA	Unidade	Consultas Médicas	
		1983	1984
I	CMS José Messias do Carmo	13882	20.037
II	CMS Oswaldo Cruz	53919	60.203
III	CMS Marcolino Candau	9263	10.450
IV	CMS Manoel José Ferreira	19671	15.856
V	CMS João Barros Barreto	23594	33.523
VI	CMS Pindaro Carvalho Rodrigues	16797	40.799
	UACPS Rocinha	22825	19.105
	UACPS Vidigal	12947	11.696
VII	CMS Ernesto Zeferino Timbau Jr	23008	17.732
VIII	CMS Heitor Beltrão	19210	23.479
	UACPS Alto da Boa Vista	4421	5.739
IX	CMS Maria Augusta Estrela	12750	14.010
X	CMS Américo Veloso	14917	17.896
XI	CMS José Paranhos Fontenelle	25552	28.724
	UMAMP Cidade Alta	74843	44.166
XII	CMS Ariadne Lopes de Menezes	21023	21.778
XIII	CMS Milton Fontes Magarão	21626	17.975
	UACPS Carlos Gentile de Mello	--	2.195
XIV	CMS Clementino Fraga	31.888	26.861
	UACPS Vila S. Jorge	16.637	12.196
XV	CMS Alberto Borgueth	18.695	17.687
	UACPS Fazenda da Bica	10.441	6.301
XVI	CMS Jorge S. Bandeira de Mello	33.273	35.996
	UACPS Vargem Grande	6.170	15.224
	UMAMP Hamilton Land	17.697	24.351
XVII	CMS Waldir Franco	42.377	83.124
	UACPS Padre Miguel	18.680	17.317
	UMAMP Fazenda Coqueiro	95.691	50.290
XVIII	CMS Belizário Penna	43.135	82.642
	UACPS Cosmos	22.851	18.065
	UACPS Mendanha	24.027	14.526
	UACPS Fazenda Modelo	7.292	8.886
	UACPS Barra de Guaratiba	2.259	3.702
	UACPS Rio da Prata	14.373	11.146
	UACPS Pedra de Guaratiba	14.045	5.690
	UACPS Jardim Santa Margarida	26.606	16.404
	UACPS Jardim Maravilha	29.149	20.636
	UACPS Raul Barroso	16.204	11.794
XIX	CMS Lincoln de Freitas Filho	22.861	30.790
	UACPS Cesário de Melo	42.162	27.609
	UACPS Jardim 7 de Abril	28.138	33.702
XX	CMS Necker Pinto	21.738	12.680
XXII	CMS Augusto do Amaral Peixoto	16.977	17.687
	UMAMP Sylvio Brauner	48.517	24.877
XXIII	CMS Ernani Agrícola	22.199	24.968

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1984, p.94-95

V.5 1986-1997: A organização revalorizada. Retomando alguns princípios do ideário de 1927

Este último período pode ser definido como aquele que marcou definitivamente o ressurgimento da organização sanitária dos Centros de Saúde como proposta inovadora e como modelo para a reformulação do sistema público de saúde. Neste particular podem ser consideradas decisivas para as reformulações operacionais que se seguiram as propostas tecno-políticas que começaram se consolidaram a partir do ideário da Reforma Sanitária em curso no país.

A Reforma Sanitária foi um movimento intra-setorial que se originou a partir da criação dos Departamento de Medicina Preventiva e Social em várias faculdades de Medicina do país. Os veículos de divulgação destas novas idéias era o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). A este movimento se aglutinaram grupos ligados ao sindicalismo médico. Marcou, no Brasil, a consolidação da Nova Saúde Pública e seus respectivos representantes, os novos sanitaristas. No bojo do processo de redemocratização do país as teses por eles defendidas tornaram-se marcantes a tal ponto de este grupo de profissionais terem sido chamados de membros do Partido Sanitário²⁰¹. Estas teses tinham o arcabouço teórico-conceitual de Gramsci, para quem a práxis marxista poderia alcançar a transformação social através da ocupação do Estado e a construção de uma contra-hegemonia proletária em substituição à hegemonia burguesa dominante²⁰². Para Cohn, apesar do fato do Partido Comunista Brasileiro ter assumido a sua liderança, esta não é assumida abertamente, justamente pela estratégia adotada de ocupação de espaços institucionais a partir de posições alcançadas no poder executivo, priorizando-se assim, a intervenção política no interior do aparelho de Estado.²⁰³

Seus princípios básicos estavam calcados na Medicina Social, que entendia os processos saúde-doença como resultante de causas sociais e de suas determinações macro-estruturais. Para os representantes deste movimento o capitalismo impunha limites intransponíveis ao surgimento de uma consciência

²⁰¹ Da mesma forma que os **jovens turcos**, este grupo defendia uma total reformulação da velha ordem sanitária e, apesar de movimentos com proposições distintas, em conjunturas igualmente distintas, estes movimentos guardam semelhanças com relação à estratégia de sua consolidação através da ocupação de espaços no executivo. [NR]

²⁰² Elias, 1996 a

sanitária, que deveria, também, corresponder a uma consciência de classe social. Daí entendia-se a saúde como um dos *locus* da promoção de uma nova consciência social e de transformação política da sociedade. O discurso totalizador, no qual a saúde era vista como resultante e, ao mesmo tempo, instrumento de mudança social e política, encontra-se presente, por exemplo nas conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades no níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas... (o direito à saúde)... será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população”²⁰⁴

A influência do novo pensamento sanitário sobre a política setorial logo se fez sentir: a participação popular era a pedra de toque dos novos rumos do sistema de saúde. E já a partir do início da década de oitenta, como foi analisado no capítulo anterior, surgiram instâncias legais de gestão colegiada e descentralizada, tanto ao nível dos estados, quanto das prefeituras municipais.

Os Centros de Saúde passaram então a aglutinar as condições para a implementação deste novo modelo de participação por serem instâncias descentralizadas e, portanto, próximas às comunidades locais. Em todo o país, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, passou-se a dar maior ênfase à formação desses colegiados para a discussão de um modelo de assistência à saúde regionalizado, descentralizado, hierarquizado e baseado nas ações básicas de saúde. Também na organização dos Centros de Saúde via-se a possibilidade de um novo tipo de assistência que respondesse ao princípio da integralidade. Estaria na

²⁰³ Cohn, 1989.

²⁰⁴ Ministério da Saúde, 1986. p.04

dependência de uma rede básica forte a mudança da tendência hospitalocêntrica da política de saúde anterior que, no entender destes novos formuladores, tanto prejuízo tinha acarretado à saúde do cidadãos.

Em 1986 a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde propõe reorientar o processo de organização dos serviços ao indicar as enormes distorções do modelo vigente e ao apontar as questões chaves para o desenho de um novo modelo...Assim definem-se os pressupostos: Integralidade da Assistência à saúde, universalidade e equidade do acesso à assistência à saúde^{205 206}

Curiosamente, algumas das diretrizes técnicas que se seguiram, como a descentralização e distritalização, guardavam semelhança com aquelas defendidas na década de 20, se bem que muitos dos seus pressupostos técnicos e políticos fossem de outra natureza. Além de inúmeras razões de natureza técnica, o controle social era a maior justificativa para a sua implementação.

A organização sanitária do Rio de Janeiro, por ter conservado uma estrutura de unidades básicas de saúde, distribuídas por muitos bairros da cidade era, desta forma, considerada estratégica e deveria incorporar novas funções, novos atores e novos pressupostos. Isto pode ser constatado no trecho abaixo, extraído de um documento conjunto do Ministério da Previdência e a Prefeitura, datado de 1987:

“O eixo de organização define-se nos seguintes termos: uma população adscrita a uma área geográfica configurando um perfil epidemiológico, ou seja, as tendências das manifestações de morbi-mortalidade que se particularizam a partir das condições culturais da região. A partir destas considerações é proposto um novo princípio de operacionalização, qual seja: distritalização, como forma de caracterizar a unidade operacional básica do Sistema Único de Saúde, com responsabilidade definida sobre uma dada população residente em uma determinada área, quanto às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde voltadas tanto para as pessoas quanto para o meio.”²⁰⁷

²⁰⁵ Atendimento integral entenda-se aqui como uma priorização ao atendimento preventivo, sem prejuízo da assistência curativa.[NR]

²⁰⁶ Ministério e Prefeitura, 1987. p. 10.

²⁰⁷ Ministério e Prefeitura, 1987, p. 9

Outro fator favorável ao fortalecimento da organização era o seu vínculo municipal. A nova Constituição brasileira, promulgada em 1988, consagrou o princípio da municipalização, que passa a desempenhar o principal papel para o desenvolvimento das políticas sociais, incluindo aí a saúde. Foi instituído o Sistema Único de Saúde, que tinha nos municípios as bases da organização do sistema, da assistência e da promoção à saúde.

A partir de 1984, como já citado, a Secretaria de Saúde foi renovada pela gestão realizada por um governo eleito democraticamente. Surgiu assim uma nova composição política, e, como uma de suas conseqüências, decidiu-se instituir mudanças mais substanciais na estrutura da organização. Logo no início deste Governo, estabeleceu-se como prioridade a realização de um concurso público para provimento de cargos naquela rede. Segundo SOBRINHO²⁰⁸, era necessário substituir os diretores, nomeados menos por critérios técnicos e mais como um prêmio pelos serviços prestados em anos de atividade hospitalar, por médicos sanitaristas. Também tinha como objetivo a contratação de pediatras, clínicos e ginecologistas, além de outros profissionais de saúde, visando incrementar a assistência básica. Este concurso só se realizou em 1986, no novo governo municipal que se seguiu, após um sem número de entraves e resistências que se refletiam na cúpula da Prefeitura Municipal que hesitava por uma transformação de vulto na saúde. A partir daí pode-se considerar a incorporação destes novos profissionais como o início, de fato, das transformações significativas na rede dos Centros de Saúde. A organização passou a incorporar os princípios da Atenção Primária à Saúde, tal como tinha sido colocado em prática, de forma paralela e fragmentada, pelas Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde, as UACPS. Mas também preservavam-se as antigas tarefas da Saúde Pública, renovadas pela contratação de uma nova geração de sanitaristas.

O atendimento médico era visto como uma atividade eixo de uma assistência voltada para os problemas de saúde mais prevalentes da população. Como inovação deste período estava a tentativa de colocar em prática o princípio da integralidade, articulando-se às medidas de saúde pública a assistência médica curativa. Incorporou-se, por meio de novos programas, segmentos da população que não eram contemplados anteriormente pela política de saúde previdenciária. Atenuaram-se assim as atividades voltadas para o acompanhamento estrito da

população sadia, tais como a emissão de carteiras escolares e de saúde. Além disso, com um atraso de cerca de vinte anos, a assistência aos portadores de doenças crônico degenerativas e de alguns tipos de câncer se consolidou na rede como um todo. Também os programas de assistência à mulher foram reposicionados, dando-se ênfase à especificidade deste grupo populacional com relação à antiga abordagem, de focalização de sua atenção com vistas à saúde materno-infantil.

Apesar de operacionalmente centradas na assistência médica individual, as ações da rede básica passaram a basear-se nos critérios de risco. Os Programas de Assistência Integral, tal como formulados por técnicos do Ministério da Saúde, davam a tônica da nova atuação da rede, a partir do princípio de priorização do atendimento às condições de risco ou agravos definidos segundo o conhecimento epidemiológico vigente. As ações voltadas para as doenças infecciosas foram mantidas e ampliadas, em decorrência, mais uma vez, do agravamento do quadro sanitário, com o reaparecimento de antigas doenças infecciosas, como a dengue, a cólera, as doenças sexualmente transmissíveis e a meningite. E ainda, pelo surgimento de novas doenças, especialmente a SIDA e a Hepatite B.

A efetiva expansão do quadro de funcionários e de unidades só ocorreu, a partir de 1986, após a resolução de entraves e conflitos existentes no interior da Secretaria Municipal de Saúde e com o início do Governo Saturnino Braga (1984-1987). Foram realizados dois grandes concursos públicos para provimento de vagas nas unidades existentes e nas novas em construção. A entrada da nova geração não só de jovens sanitaristas mas de médicos, enfermeiras, assistentes sociais, farmacêuticos, fonoaudiólogos e nutricionistas na rede municipal permitiu uma ampla e profunda reformulação dos princípios que norteavam a organização. As antigas estruturas internas, ligadas à saúde escolar, à carteira de saúde, à epidemiologia, foram dando lugar de forma acelerada às inovações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, em seus mais diversos setores.²⁰⁹ Era tal o número de jovens profissionais de diversas áreas a assumir seus novos postos de trabalho que não chegou a se constituir uma rivalidade entre os dois grupos.

²⁰⁸ Sobrinho, depoimento não transcrito. 1995.

²⁰⁹ Médicos de Centros de Saúde relataram visitas dos primeiros jovens sanitaristas vindos da ENSP, e suas idéias ousadas. A perplexidade era total: a rehidratação oral era questionada pelos pediatras. Se vestiam de batas, chinelos, com mochilas e sentavam-se sobre as mesas, de pernas cruzadas.[NR]

A expansão da organização foi realizada por meio da construção de uma ampla rede de Postos de Saúde e concentrou-se, da mesma maneira que as UACPS, na zona oeste da cidade. Desta vez o bairro de Santa Cruz foi o que mais recebeu novas unidades:

“A nossa preocupação maior foi com as áreas carentes. Nós fizemos vinte e sete postos de saúde, sendo que dois foram Centros Municipais de Saúde que nós reconstruímos. O da primeira R.A., do Santo Cristo e da terceira R.A., que depois, houve demolição, e foi lá para o Pavilhão Carlos Chagas. Nós fizemos os seguintes Postos de Saúde, a memória me falhou em um único. Palmares, Santa Cruz, Santíssimo, Vila Kennedy, Cesarinho (Paciência), Cesário de Mello 5580 (Campo Grande), Senador Camará, São Fernando (Santa Cruz), Santa Inês (Campo Grande), Sulacap, Caju, Vila Aliança (Taquarau), Conjunto Liberdade, Sepetiba, Mangaratiba, Mendanha, Urucânia, Parque Anchieta, Pilares, Jardim América, Pavuna, Formiga, Jacaré, Pedra de Guaratiba, o Centro de Controle de Zoonoses, no Largo do Bodegão (Santa Cruz), Primeira R.A., Segunda R.A., entre outras.”²¹⁰

Os princípios que fundamentaram esta política eram muito semelhantes aos que justificaram a criação das UACPS: mais atendimento médico para as populações até então não cobertas pela rede tradicional, sempre no enfoque da Atenção Primária à Saúde. Desta vez, não houve resistências e esta expansão deu com a inserção imediata e integral das novas unidades à organização. Cada Posto de Saúde era, desde a sua fundação, subordinado, técnica e administrativamente ao Centro Municipal de Saúde correspondente à área no qual estava situado. O então Secretário de Saúde, José Assad, avalia este período da seguinte maneira:

“Nós encontramos nas unidades de saúde alguns Centros Municipais de Saúde, algumas UACPS e um único Posto de Saúde que era o posto de Antares, em Santa Cruz. E nós entendíamos que seria fundamental a capilarização da oferta de serviços e que essa capilarização daria um retorno à medida em

que além das ações primárias de saúde as unidades se encarregassem de um atendimento, mais de um “screening” da população que lá afluísse no que dissesse respeito a Clínica Médica, à Pediatria e a Gineco-Obstetrícia. Tínhamos a certeza que mais de noventa por cento das situações poderiam ser resolvidas sem grande recursos tecnológicos, apenas com uma orientação e também exercitando a referência e a contra-referência nos casos em que houvesse necessidade e nós, em trinta e seis meses de governo, fizemos vinte e sete Postos de Saúde. Foi quase um Posto de Saúde por mês.’²¹¹

Esta pode ser considerada a terceira expansão da organização e, desta vez, serviu para consolidar definitivamente a importância do atendimento ambulatorial prestado por ela, especialmente nas especialidades básicas. Sua produção de consultas, pela primeira vez, começou a rivalizar, em ordem de grandeza, com a produção da rede previdenciária instalada no Município. Este fato, aliado à política de municipalização preconizada pelo Sistema Único de Saúde, permitiu à organização liderar o processo de reformulação da assistência básica.

Já com relação aos antigos Postos de Atendimento Médico da Previdência Social, ocorre o processo inverso. Vítimas de um processo de estagnação e esvaziamento de seus quadros técnicos, viveram um quadro de abandono e decadência. Seus membros e dirigentes não tinham mais o prestígio que desfrutavam no passado e, como organização a ser reformada, aguardaram o lento processo de transferência ao poder municipal. E a lentidão com que se deu a municipalização da rede ambulatorial do antigo INAMPS foi resultado não só de conflitos políticos entre os níveis federal e municipal, que eram dirigidos por membros de partidos distintos, mas também por razões de outra natureza: em primeiro lugar, porque eram unidades grandes demais para serem, de imediato, absorvidas pelo poder municipal. O orçamento da saúde previdenciária no Rio de Janeiro era muitas ordens de grandeza superior ao orçamento da saúde municipal. Além disso a indefinição do papel desta rede na nova política de saúde do país era outro complicador importante. Dessa forma o processo de transferência das

²¹⁰ José Assad, depoimento. Anexos. 1999.

²¹¹ id ibid.

unidades federais ao poder municipal foi o mais lento do país e até fins dos anos noventa ainda não tinha se completado.

Do ponto de vista da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento de Saúde Pública passa por um completo processo de esvaziamento. A inadequação de suas divisões às novas funções da organização era tal que, nos anos posteriores, apenas um setor passou a ter voz e poder no interior da Secretaria Municipal de Saúde: a epidemiologia. Neste aspecto, a organização passou por nova crise no final da década de oitenta, fruto da falta de definição de qual seria a instância, no nível central, responsável pelo seu funcionamento. Os dirigentes da organização não tinham a quem recorrer, na medida em que apenas a Epidemiologia funcionava na Secretaria e as antigas divisões responsáveis pelo funcionamento hospitalar não se sensibilizavam com os problemas da rede básica. Havia ainda o problema da grave crise fiscal por que passava a Prefeitura Municipal neste período.

A nova gestão à frente da Secretaria Municipal de Saúde, em 1991, preocupou-se inicialmente em reorganizar a estrutura do nível central e estabeleceu alguns princípios básicos. Os antigos Departamentos Geral de Organização e Administração de Serviços de Saúde e de Saúde Pública deram lugar a três novas Superintendências. Toda a administração dos serviços de saúde da rede básica e hospitalar ficou sob a responsabilidade da Superintendência de Serviços de Saúde. A organização sanitária passou, pela primeira vez a ser administrada oficialmente pela mesma instância gerencial que tradicionalmente era responsável pela rede hospitalar. Esta atuação passou a ser descentralizada, em várias de suas atividades gerenciais e administrativas, nas dez Coordenações de Saúde das diversas Áreas Programáticas ou Distritos Sanitários. As duas outras Superintendências eram a de Controle de Zoonoses, Vigilância, Fiscalização Sanitária e a de Saúde Coletiva. Esta última passou a se organizar por coordenações e gerências voltadas para a normatização, apoio e acompanhamento das ações relativas a especialidades, grupos populacionais, agravos ou problemas considerados prioritários e objeto dos programas de assistência integral, voltados para a rede como um todo: Pneumologia Sanitária, controle da AIDS e DST, dermatologia sanitária, Saúde do Trabalhador, Saúde Escolar, Vigilância Epidemiológica, Imunizações, Informações Epidemiológicas, Saúde Bucal, Diabetes, Hipertensão, Câncer, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente,

Saúde do Idoso, Saúde Mental, Medicina Alternativa, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

A nova gestão preocupou-se com as reformas das unidades, o seu reaparelhamento e a garantia dos insumos necessários ao atendimento, inclusive medicamentos. A suficiência de recursos humanos tinha sido alcançada em gestões anteriores.

“Tínhamos recursos humanos sobrando. A gente só precisava de manutenção. Tudo funcionando a meia carga. Raios X, leitos parados. Fizemos o primeiro pedido de material. Pedimos muita coisa. Chegou o material. O secretário tinha o seguinte discurso: é só dar o material. A gente falava para ele, quando a gente der o material aí é que o problema vai começar. Nós vamos começar a administrar quando chegar o medicamento, porque aí vai começar os desvios, a inoperância, o não resultado, o desperdício. Aí que você vai ver se o seu sistema é bom ou não é bom.”²¹²

O orçamento da Secretaria Municipal de Saúde cresceu progressivamente ano a ano, passando de R\$150milhões, em 1991, para R\$450 milhões em 1998. Na segunda metade da década de noventa a produção de consultas estava estimada em cerca de 900 mil por ano. Isto representava mais da metade do atendimento ambulatorial prestado no município.²¹³

Buscou-se ainda reverter a histórica tendência a se privilegiar a estrutura hospitalar municipal, quando da dotação orçamentária dos planos de reforma e investimentos. Também a forma como se passou a tratar os problemas e as questões das unidades básicas sofreu por mudanças:

“A outra questão desse isolamento (da rede básica) era a questão de equipamentos, de tecnologia. Não passava pelos Centros de Saúde qualquer tipo de modernização. Se você falasse que nos Centros de Saúde tinha que ter uma máquina elétrica, em 91, uma IBM, já era um absurdo porque o hospital estava sempre precisando de alguma coisa. Esta mentalidade ainda existia. Isso se refletia no ambiente de trabalho. Os ambientes de trabalho, os

²¹² Werneck, depoimento. Anexos.

²¹³ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1999, p. 2.

*Centros de Saúde, os Postos de Saúde. O cadastramento destas unidades, aqui (no nível central) era completamente falso, os endereços estavam errados. O nome dos diretores estavam errados. As pessoas virem falar sobre Centro de Saúde, não tinham isso. A única que tinha um relacionamento ainda direto era a epidemiologia, que tinha um relacionamento com os chefes das epidemiologias. As vezes o chefe aqui da epidemiologia central não conhecia nenhum diretor. Falava direto com a epidemiologia local... Com relação aos Centros de Saúde, buscou-se restabelecer uma relação... Você não via um diretor de Centro de Saúde aqui. O diretor de um Centro de Saúde, se falasse com o secretário era para tomar bronca: -Morreu alguém de meningite e ninguém foi ver!. E a gente, quando eu cheguei aqui, eu queria conhecer a diretora do Centro de Saúde Oswaldo Cruz, conhecer melhor o Centro de Saúde etc. Telefonei e ela engasgou: -Mas como? Passar aí? -Sim, pega na porta aqui e abre! Eu senti um constrangimento dela. Esta impressão eu já tinha e foi por isso que quis conhecê-la, porque o único que botava a mão na porta do Secretário era o diretor do Souza Aguiar, Salgado Filho e Miguel Couto.*²¹⁴

Ressalta-se que esta última gestão a frente da saúde municipal teve como principal característica a tentativa de romper o antigo modelo de administrar a organização que, até então, era responsabilidade das divisões da Epidemiologia e da Saúde Pública municipal. Também em termos absolutos, houve um significativo aumento de aporte de recursos à rede básica, dando a esta, condições nunca antes experimentadas de desempenhar o papel de unidades de promoção, prevenção e assistência à saúde para as populações locais. Ao mesmo tempo que isto representou um novo *status* aos Centros de Saúde, não se conseguiu mudar a tendência histórica de privilegiamento da estrutura hospitalar, em termos proporcionais, de dotação orçamentária e alocação de pessoal, em benefício desta última.

Essas constatações reforçariam a tese, recorrente neste estudo,

²¹⁴ Werneck, depoimento. Anexos.

de que os padrões organizacionais estão fortemente consolidados e os processos de mudança se dão muito lentamente, na medida em que são necessárias transformações na forma de conceber a realidade por parte dos agentes, envolvendo aí a **cultura institucional** e os decorrentes **pressupostos** construídos histórica e coletivamente. Muitos destes pressupostos estão tão profundamente arraigados no inconsciente dos grupos, que geram comportamentos estanques e tornam a defesa de determinados privilégios como algo natural. Esta construção de pressupostos geraria a estruturação de um comportamento por parte dos agentes que, diante de quaisquer desafios ou mudanças, tivessem a tendência a rejeitá-las, a priori, e a reagir com a máxima: **sempre foi assim.**²¹⁵

²¹⁵ Como a opinião de um diretor de unidade hospitalar que não aceitava, em hipótese nenhuma, que a função gratificada dada a ele fosse do mesmo montante daquelas destinadas aos Diretores dos Centros de Saúde. [NR]

VI. Conclusão

No capítulo anterior procurou-se proceder a uma descrição da trajetória da organização dos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, referida especificamente ao problema das articulações verificadas entre o seu funcionamento e as diversas conjunturas tecno-políticas das últimas sete décadas. Usou-se como metodologia de análise a periodização segundo diversos marcos históricos em que se estabeleceram, por um lado, determinados padrões de condução da política de saúde, e por outro, as formulações técnicas que conformaram diversas proposições de modelos assistenciais para a organização. Neste último aspecto, buscou-se analisar o resultado, sobre a organização, de influências determinadas pelos diversos modos de conceber e operar as ações da Saúde Pública

Considerou-se estas unidades como uma estrutura organizacional não só homogênea, mas também historicamente unida por fortes laços, que lhe dão uma identidade e uma unicidade. Isto é corroborado pelo fato de terem sido consideradas, pelas instâncias gerenciais, como tendo características comuns e, portanto, em todas as administrações municipais, gerenciadas como uma rede única. E, de fato, esta rede pareceu incorporar toda esta complexidade histórica de sua trajetória. Resistiram e resistem ao aniquilamento de sua proposta assistencial, oferecendo um campo riquíssimo de investigação dos processos de mudanças organizacionais na esfera dos serviços públicos de saúde. Sua cultura organizacional, colocada em cheque pelas constantes imposições determinadas pelas macro-políticas ou pelas mudanças das demandas populacionais, gerou soluções organizacionais e assistenciais próprias que levaram a este projeto de investigação.

Desenvolveu-se esta análise com a pressuposição de que esta organização trilhou caminhos particulares, ainda que referidos à sua situação no contexto do sistema de saúde da cidade do Rio de Janeiro e da conjuntura da política de saúde vigente no país. Buscou-se aqui fundamentalmente explicar a existência e o funcionamento desta organização segundo a ótica e a perspectiva do poder. Poder este consubstanciado em suas forças de natureza técnica e política. Para Testa, estas dimensões do poder determinam, em última instância, a forma como as organizações públicas se apresentam, especialmente considerando-se o

contexto dos países latino-americanos. A organização por sua vez, condiciona e imprime sua própria marca na forma de atuar em saúde, por ser, ao mesmo tempo, objeto e sujeito destes mesmos processos sociais.

Em seu nascedouro, a organização foi resultado de uma iniciativa bem sucedida de sanitaristas adeptos da constituição de uma organização voltada para o atendimento permanente e regionalizado aos problemas de saúde das grandes cidades. Para isto constituíram-se como um movimento no interior da Saúde Pública, ainda na década de 20. Apesar de todo o vigor de suas proposições inovadoras e do apoio político que conseguiu amealhar, a organização, desde o início, esteve à mercê de mudanças das prioridades de Governo, quando da constituição do Estado Novo. Prova disto foi a sua lenta consolidação e sua abrupta municipalização, cinco anos após. Além disso foi obrigada a conviver com concepções técnicas divergentes de sua própria lógica de funcionamento. Uma delas era intrínseca à própria organização, e estava referida ao poder de determinadas especialidades médicas, como a pediatria e a tuberculose, que apesar de funcionarem dentro da organização, buscavam um poder próprio e autônomo. A outra, de caráter extrínseco, dada pela insistência nas ações centralizadas, especializadas e verticais que se desenvolveram, a partir da década de quarenta, especialmente nos Serviços Nacionais. Neste segundo aspecto a política mais geral de consolidação do Estado nacional impôs limites ao seu maior desenvolvimento, já que o foco das atenções deixa os limites da então Capital federal. Ainda assim, consolidou-se como organização de assistência sanitária na cidade do Rio de Janeiro, servindo como modelo a ser seguido em todas as capitais e médias cidades do país.

O período seguinte caracteriza-se por revezes, que estavam diretamente relacionados a um contexto de perda da hegemonia da Saúde Pública frente ao avanço da medicina e da saúde previdenciária. As décadas de cinquenta e sessenta foram marcadas pela mudança do eixo assistencial em direção ao trabalhador assalariado e a sua assistência entregue aos Institutos previdenciários, que passam a construir uma importante estrutura assistencial voltada para as principais e mais organizadas categorias de trabalhadores. Mesmo experimentando os contratempos decorrentes de seu esvaziamento, não se interrompe-se o seu funcionamento. Esta persistência estava relacionada à incapacidade do Estado em dar resposta aos crônicos problemas sanitários que se agravaram: as doenças

infecto contagiosas que se alastravam na cidade. Tanto assim é que o movimento da medicina preventiva e as tentativas de reordenação da política de saúde ocorridas no início da década de sessenta trouxeram melhorias para a organização: prédios mais adequados ao tipo de trabalho desenvolvido pela Saúde Pública e a renovação dos quadros de pessoal foram as principais melhorias introduzidas nesta época.

É interessante perceber que o movimento da Medicina Preventiva²¹⁶, que se constitui em uma importante fonte de poder, em sua vertente técnica, e geradora de um movimento de mudanças teve uma certa capacidade de influenciar a organização, porém isto se deu de forma tímida e fragmentada, que só lenta e parcialmente foi sendo implantada pela rede. Isto foi favorecido pelo contexto político da época, quando o país atravessou um período de regime democrático e as questões relacionadas à Saúde Pública foram novamente discutidas como uma prioridade da política de saúde. A III Conferência Nacional de Saúde, instância privilegiada de poder político, se constituiu no último lampejo de esperança para o reerguimento da organização, logo abafada pela instauração da ditadura militar no país. Esse contexto adverso se instalou a partir de fins da década de sessenta e na década de setenta. Esta situação se relaciona, em parte, com o apogeu da subordinação da organização sanitária aos interesses da política previdenciária. Aqui ressalta-se a consolidação do modelo da assistência médica ambulatorial pública e conveniada, que passou a ser, junto com a estrutura hospitalar, a referência e a porta de entrada da população ao sistema de saúde. Aos Centros Municipais de Saúde restaram tarefas subalternas e complementares, três delas dignos de nota: os exames periódicos de saúde, as vacinações em massa e o atendimento de populações excluídas de qualquer assistência previdenciária.

A organização passou então por um processo semelhante ao experimentado na década de quarenta, quando foi obrigada a **hibernar**, utilizando-se da inércia burocrática e, ao mesmo tempo, resistir à sua dissolução via o desempenho de funções residuais no sistema de saúde.

Já a década de oitenta marca o início da mudança do desprivilegiamento das ações sanitárias. Novas proposições oriundas do movimento da Nova Saúde Pública imprimem profundas modificações da organização sanitária do país, e que trazem à baila uma nova esperança para a organização. O movimento da Atenção Primária e a emergência de novos grupos de interesse na

sociedade, em um país em processo de redemocratização, são os principais determinantes deste período.

Curiosamente, esta fase foi vivida pela organização como uma nova e talvez mais séria ameaça à sua sobrevivência: Desprezada pelos novos sanitaristas, vista por estes como anacrônica, velha e ultrapassada, optou-se por construir uma rede básica paralela, mais ágil e permeável às novas necessidades das populações locais.

É provável que, da mesma forma como fez nos períodos anteriores, a organização, frente a esta nova ameaça, tenha vivido novamente um processo de adaptação ao ambiente técnico e político adversos, recorrendo ao recurso de especializar-se em funções socialmente justas e necessárias, mesmo que subalternas, significando uma forma institucionalizada de luta pela sobrevivência. Este comportamento porém se manteve por muito tempo. Este quadro só começa a se modificar com a redemocratização do país e a emergência de novas necessidades, especialmente daqueles segmentos tradicionalmente público alvo da Saúde Pública: os excluídos. A década de oitenta é marcada pela velocidade das transformações do contexto técnico e político no qual a organização estava envolvida e pela pressão a uma mudança rápida e radical. O surgimento de uma rede paralela, que serviu de espelho das mazelas e decadência da organização fizeram por fragilizar a resistência e a lentidão de suas transformações. No espaço de cinco anos esta organização estava totalmente modificada, assumindo maiores responsabilidades no que tange à assistência de enormes grupos da população municipal.

A reforma sanitária impôs amplas mudanças e imprimiu reformulações importantes dos pressupostos que embasavam a organização. As inovações implantadas na rede básica paralela aos Centros de Saúde se disseminaram rapidamente na organização. Isto se deu pela contratação maciça de novos profissionais, formados em novos paradigmas que conformaram a reforma do sistema de saúde. Esta mudança se consolidou quase dez anos após o início da implantação das Unidades de Cuidados Primários de Saúde.

A propósito do que foi acima citado, pode-se afirmar que nenhum recurso utilizado pela organização para conviver com situações adversas pode ser comparado a um outro, extremamente poderoso para resistir às mudanças e se

²¹⁶ Árouca, 1975.

adaptar à novas exigências advindas das diversas formas de poder: imprimir lentidão às tentativas de adoção de mudanças.

Esta lentidão tinha, para a organização em tela, um fato facilitador. Aproveitava-se a organização do enorme leque de recursos existentes na cidade do Rio de Janeiro, quer hospitalares, quer ambulatoriais. Esta organização pôde assim negociar os seus próprios tempos de adoção de inovações, especialmente quando se tratava de adotar mudanças cotidianas. Isto estava relacionado à pouca urgência das demandas tradicionalmente atendidas nesta rede e à um padrão organizacional fortemente consolidado ao longo do tempo. A forte tradição dos hospitais municipais especializados em atendimento de urgência fortalecia este mito, e a população pobre da cidade tinha assim dois estereótipos em termos de imagem que consolidaram da rede municipal: urgência e não urgência. Muitas outras demandas se distribuíam por diversas estruturas públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais, dos governos estadual e federal. Esta ampla rede segmentava ao máximo as demandas da população municipal, na qual os Centros de Saúde determinavam seus próprios critérios de resposta às necessidades dos seus clientes.

Esta especificidade conferiu à organização a sua própria estabilidade e as mudanças porque passou pode também ser atribuída à peculiaridade da constituição da rede pública de saúde no Rio de Janeiro. A grande capacidade instalada da rede pública previdenciária permitiu que o eixo da política de saúde, a partir dos anos cinquenta, se deslocasse para os ambulatórios dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões, preservando a rede sanitária básica de um processo de reformulação mais radical. Esta reformulação, portanto, vai dar-se de uma forma bastante particular no contexto das políticas nacionais no período. Esta dinâmica é mantida nas décadas subsequentes com o surgimento e crescimento dos Postos de Atendimento Médico, PAM, ligados ao INPS.

O fato de a trajetória dos Centros Municipais de Saúde ter apontado para uma preservação de suas características básicas de autoridade sanitária local esteve também ligada à sua histórica distância da estrutura assistencial previdenciária, dando-lhe uma forte característica de unidades de saúde pública, mesmo quando esta rede atuou como simples subsidiária e estrutura subordinada à rede ambulatorial previdenciária, sendo funcionalmente útil a esta última. Aí sua inércia burocrática manteve-a executando tarefas, mesmo que

marginais, porém relevantes para o sempre problemático quadro sanitário da cidade. A luta pela sobrevivência determinou que se implementassem as mínimas mudanças necessárias que pudessem justificar sua existência, ou em outros momentos, reformulações que dessem conta de reordenar a organização nas funções de Estado. A emergência de políticas nacionais e o seu desdobramento para a esfera municipal, de privilegiamento da atenção primária de saúde, resgataram a importância dessa rede de unidades básicas.

É fundamental ainda situar esta proposta de investigação no atual debate acerca das funções de tais serviços na consolidação do SUS e da municipalização. Pode-se identificar, pelo menos, duas tendências no atual debate sobre o papel da rede básica no atual Sistema Único de Saúde. A primeira delas considera os Centros de Saúde uma alternativa viável para superar o atual papel da clínica que é, na melhor das hipóteses, um instrumento de reprodução da força de trabalho, imprimindo maior resolutividade à rede de saúde do SUS. Especialmente pela sua capacidade de se contrapor ao modelo hospitalar e de pronto atendimento, desde que tivessem um maior poder resolutivo e que concentrassem maiores recursos tecnológicos. Este poderia ser o papel estratégico dos Centros de Saúde, que acabaram por representar, na prática, a síntese das contradições históricas entre a Medicina Previdenciária e a Saúde Pública. Constituem hoje o *locus* em que mais se manifesta esta convivência contraditória, mas promissora, das duas lógicas. Investigar de que forma foram sendo introduzidas e elaboradas estas inovações pode contribuir para lançar luz sobre a natureza das organizações públicas de saúde e de como construir modelos assistenciais mais condizentes com a integralidade, princípio angular para a consolidação do Sistema Único de Saúde.²¹⁷

Uma outra tendência entende que a rede básica e as suas tradicionais funções de organização sanitária seja a principal tarefa do sistema público municipalizado, já que, para os seus defensores:

“a velha estratégia de montar planejadamente um sistema de oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais hierarquizado e regionalizado, jamais funcionou.”²¹⁸

Para desempenhar as demais tarefas de assistência à saúde,

²¹⁷ Campos, 1992.

²¹⁸ Pereira, 1996.

especialmente a hospitalar, advoga-se a flexibilização do vínculo público destas unidades, que disputariam, no mercado, os clientes, cujas internações, são custeadas pelos recursos do SUS. Esta tendência, representaria um aprofundamento de algumas das tradicionais funções da organização sanitária, descritas neste estudo, de prestar assistência à parcela da população sem condições de, no mercado, obter serviços de saúde, segundo as suas necessidades. A concretização desta estratégia implicaria uma total inversão do que hoje são os preceitos constitucionais, sendo a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado.

Um novo movimento tecno-político, delineia-se no momento atual e merece destaque. Trata-se do Programa de Saúde da Família (PSF), instituído oficialmente em 1994 pelo Ministério da Saúde.²¹⁹ Este programa reposiciona de forma substancial o papel da rede básica de saúde. Instituído, inicialmente, como um programa paralelo à rede de saúde formal, este visava instituir equipes de atenção domiciliar referidas a comunidades adscritas, que passariam a se constituir a porta de entrada do sistema de saúde. A assistência passaria assim a ter uma abordagem familiar, com profissionais atuando em maior proximidade com as comunidades, dentro da perspectiva da integralidade. Segundo documento do Ministério da Saúde o PSF seria:

“Um novo modelo de atenção à saúde...representando uma ruptura com os tradicionais alicerces organizacionais de prestação de serviços de saúde... imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde.”²²⁰

É interessante notar que, caso se concretize a perspectiva de incorporação dos princípios do PSF pela organização sanitária, esta nova proposição advinda do Governo Federal, contribuiria para consolidar alguns princípios considerados essenciais para a assistência básica como a adscrição da clientela com a definição de uma porta de entrada no sistema, a identificação de populações de risco e o aumento da cobertura dos programas de atenção integral à saúde.

Sua implantação, por parte da Secretaria Municipal de Saúde do

²¹⁹ Ministério da Saúde, 1994.

²²⁰ Ministério da Saúde, 1999. p. 1-3

Rio de Janeiro ainda é incipiente. Apesar de iniciado em 1994, o Programa se restringiu, até o momento, à implantação de uma equipe do PSF na Ilha de Paquetá. Está previsto, para o ano de 1999 a criação de mais três equipes, nas seguintes comunidades: Morro do Borel, Parque Royal e Portos²²¹. A característica deste programa, de implantação pontual em comunidades carentes, numa estratégia de **projetos piloto**, lembra programas já implementados em outras gestões, como as da UACPS e a dos Postos de Saúde da Zona Oeste. A persistência e consolidação deste programa como política de governo e como novo modelo tecno-assistencial da Saúde Pública, fazem prever alguns cenários para o futuro. Uma primeira possibilidade é a de que este novo programa se estabeleça de forma paralela e, após alcançar legitimidade, acabe por ser absorvida pela organização. Esta então passaria a capitalizar os princípios preconizados pelo PSF e a incorporar este novo modo de atuar. Isto é, a organização então, frente a um processo inexorável de pressão por mudanças nas proposições técnicas e políticas advindas do ambiente externo, lentamente se adaptaria aos pressupostos deste novo programa. Um outro cenário seria o de reformulação do papel da organização, de maneira a responder por outras funções dentro do sistema, como, por exemplo, a de servir de referência ao atendimento destas equipes, em outro nível de complexidade, passando assim se a ofertar serviços mais especializados. Dada a trajetória aqui analisada, a primeira possibilidade de cenário parece a mais provável.

O objetivo desta investigação foi buscar interpretar e decodificar os processos de mudanças ocorrido nos estabelecimentos dos Centros de Saúde do Rio de Janeiro, analisados enquanto uma organização sanitária, a partir das concepções e proposições de formuladores e gestores.

Se é verdade que os os agentes envolvidos no trabalho e na condução dos Centros de Saúde consolidaram experiências, interpretações e práticas bastante estáveis durante sete décadas, por outro lado, os movimentos reformistas em diversas épocas levaram à organização a buscar adaptar-se às exigências dadas pelas novas proposições técnicas e políticas.

A forma como se processou o ordenamento e reordenamento da estrutura organizacional dentro da sua inserção no aparelho estatal sanitário e os resultantes que se originaram em cada movimento exercido externamente foram aqui abordados. Buscou-se, ao investigar este processo, desvendar também alguns

²²¹ Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 1999.

dos pressupostos sobre os quais se fundou a organização, no contexto dos serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro.

Ao buscar-se no passado, na história, como se deram as transformações dos Centros de Saúde, teve-se em mente reconstituir o passado no que ele tem de presente, atuante e determinante do futuro.

"Não é o passado que engendra o presente senão que o passado está composto de uma série de potencialidades que o presente ativa, ilumina, deflagra. Não é o passado que gera o presente e sim o presente que explora, aproveita ou atualiza as potencialidades do passado para construir um porvir²²²."

²²²Baremblyt, 1994. p.43.

VIII. Bibliografia

- APZECHEA, H. J. Problemas Metodológicos da Pesquisa nas Ciências Sociais. in NUNES, E.D.(org). **As Ciências Sociais em saúde na América Latina**. Brasília, OPAS,1985. p.461-474.
- AROUCA, A. S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. Tese de Doutorado, Campinas, UNICAMP, 1975, 260p.
- BARBOSA, J. P. **História da Saúde Pública do Ceará**. Fortaleza, UFC, 1994. 146 p.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes. Teoria e prática**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994, 2a. edição. 204 p.
- BARROS BARRETO, J. A organização da saúde pública no Brasil. **Arquivos de Higiene**. RJ, Ano 12, Agosto, 1942, no.2, pp. 169-215.
- BARROS BARRETO, J; FONTENELLE, J. P. O systema de centros de saúde no Rio de Janeiro. **Archivos de Hygiene**, RJ, Ano V, no. 1 (83-115), 1935.
- BARROS BARRETO, J; Relatório da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde. **Arquivos de Higiene**. RJ, Ano 13, Abril 1943 nº 1.
- BARROS BARRETO, J; Relatório da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde. **Arquivos de Higiene**. RJ, Ano 14, Abril-Agosto 1944 (74-86).
- BIJKER, W. E.; HUGHES, T. P.; PINCH, Trevor. **The Social Construction of Technological Systems**. MA: MIT Press, 1987, 375 p.
- BIJKER, W. E., LAW, John. **Shaping technology/building society: studies in sociotechnical change**. MA: MIT Press, 1992, 341 p.
- BOLDSTEIN, R. C. Políticas de saúde e cidadania: uma contribuição para a discussão sobre serviços de saúde. In SPINOLA, A. W. P. (org). **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo, Cortez, 1992, 291 p. (58-66)
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência. Estudos de Política Social**. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1981, 226 p.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992. 220 p.
- CARVALHO, Guido Ivan e SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde. Comentários**

- à **Lei Orgânica de Saúde**. HUCITEC, SP, 1992, 371p.
- CASTANHEIRA, E. R. L. **Gerência do Trabalho em Saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo**. Dissertação de mestrado. USP, SP, 1996.
- CASTRO-SANTOS, L. A FARIA, L. R. Arquivo Rockefeller, Banco de dados 1920-1925. **Série estudos de saúde coletiva**, nº143, IMS, RJ, 1996, 92 p.
- CECÍLIO, L. C. O.(org), MERHY E. E., CAMPOS, W. S. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994. 334 p.
- CHAGAS FILHO, C. **Meu Pai**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1993. 316 p.
- COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária. **Lua Nova. Revista de Cultura e Política**. 19:123-139. Nov, 1989.
- COHN, A. **Previdência social e processo político no Brasil**. São Paulo, Moderna, 1980, 1ª edição. 245p.
- COHN, A. NUNES, E.; JACOBI, P.; KARSCH, U.; **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo, Cortez/CEDEC, 1991. 164p.
- COLLINS, C. ; GREEN, A. Descentralization and Primary Health Care. Some Negative Implications in Developing Countries. **International Journal of Health Services**, 24(3), p.459-475.
- CORDEIRO, H. **O Conceito de Necessidades de Saúde e as Políticas Sanitárias**. In MINAYO (org). **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1996. 120p.
- COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário. Origens das Políticas de Saúde no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1985. 121p.
- COUTINHO, M. M. **Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro**. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ, 1984. 144p.
- CROZIER, M. **O fenômeno burocrático**. Brasília, UNB, 1981. 450p.
- CYRINO, A P.. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de Atenção Primária de Saúde**. DMP/USP, tese de mestrado, 1993, 327p.
- CUNHA, F. T. S. **Estudo da evolução dos Centros de Saúde no tempo e no espaço na cidade do Rio de Janeiro (1920-1950)**. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 1994. 234p.
- CUNHA, F. T. S. ; CAMPOS, B. A.; COSTA, R. P. **Uma análise sobre os Centros de Saúde no Estado da Guanabara. Refletindo sobre a importância da**

- Unidade Básica de Saúde.** Rio de Janeiro, UNIRIO (mimeo) 1996. 18p.
- DIARIO OFICIAL DO ESTADO DA GUANABARA. Vol VI (1968) tomo I, 1971.
- DIAS, A. Editorial. **Revista Municipal de Medicina**, Rio de Janeiro, Vol I, nº 3, (jul-set), 1978.
- ELIAS, P. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional.** São Paulo, Tese de Doutorado/FM-USP, 1996.
- ELIAS, P. e COHN, A. **Saúde no Brasil. Políticas e Organização de Serviços.** São Paulo, Cortez/CEDEC, 1996. 117p.
- ELIAS, N. **Os Alemães, A luta pelo poder e a evolução do habitus nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997. 431p.
- FERREIRA, A. B. H. Dicionário Aurélio Eletrônico. Versão 2.0. J. C. M. M. Editores, 1996.
- FONTENELLE, J. P. **A Saúde Pública no Rio de Janeiro, Distrito Federal.** Rio de Janeiro, DNS, 1937. 423p.
- FONTENELLE, J. P.. **A Saúde da Guanabara.** São Paulo, Correio da Manhã, 1962, 19p.
- FRAGA, C. Introdução ao relatório dos serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Archivos de Hygiene**, Ano II, no.1, 221-224, 1928.
- FRAGA, C. Horizontes da Medicina Social. **Archivos de Higiene.** Ano V, no.1(5-8), 1935
- FREDDI, G. Teoria da Organização. p.864-870, in BOBBIO, N. **Dicionário de Política.** Brasília-DF, UNB, 1993, 1318 p.
- FREITAS, C. A. **História da Peste e Outras Endemias.** Rio de Janeiro, PEC/ENSP, 1988, 216 p.
- FREITAS, M. E. **Cultura Organizacional. Formação, tipologias, impactos.** São Paulo, Makron McGraw-Hill, 1991. 140p.
- FURTADO, Celso. **Análise do Modelo Brasileiro.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1982, 7ª edição. 122 p.
- GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo Hucitec/Abrasco, 1994. 278p.
- GONÇALVES, R. B. M. ; SCHRAIBER, L. B. **Necessidades de saúde e atenção primária.** mimeo, 15p.

- HERSCHMANN, M. Entre a insalubridade e a ignorância. A construção do campo médico e do ideário moderno no Brasil.(11-67). In HERSCHMANN, Micael, KROPF, Simone e NUNES, Clarisse. **Missionários do Progresso. Médicos, Engenheiros e Educadores no Rio de Janeiro, 1870-1937**. Rio de Janeiro, DIADORIM, 1996. 224 p.
- IYDA, M. **Cem anos de Saúde Pública. A cidadania negada**. São Paulo, UNESP, 1994. 148p.
- IYDA, M. Saúde Pública: reprodução e legitimação In SPINOLA, A. W. P. (org). **Pesquisa Social em Saúde**, (53-57)., SP, Cortez, 1992, 291p
- LEAVELL, H.R. e CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo, McGraw-Hill. 1976.
- LEMME, Antonio Cesar. **Saúde, educação e cidadania na década de 30**. Tese de Mestrado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1992, 144p.
- LIMA, Nísia Trindade e HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República (23-40). In MAIO, Marcos Chor (org). **Raça Ciência e Sociedade** – Rio de Janeiro, FIOCRUZ/CCBB, 1996. 252p.
- LOURAU, René. **A análise institucional**. Petrópolis, Vozes, 1995, 2ªedição. 294 p.
- LUZ, Madel. T. **As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro, Graal, 1986, 3ª edição, 295 p.
- MARTINS, M. I. C. **As organizações de saúde no contexto do SUS. Uma realidade em construção**. Tese de Mestrado. ENSP-Fiocruz.
- MELLO, C. G.. **O sistema de saúde em crise**. CEBES/HUCITEC. SP, 1981, 205p.
- MERHY, E. E. A rede básica como eixo do modelo tecno-assistencial do SUS. **Cadernos CEFOR**, SP, SMS, 5(7-29), 1992.
- MERHY, E. E. **A saúde como política. Um estudo de formuladores de políticas**. HUCITEC, Saúde em Debate no. 50, SP, 1992, 221p.
- MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do Planejamento em Saúde no Brasil. In GALLO, Edmundo(org.), **Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política Estratégia e Liberdade**. Hucitec-Abrasco, SP,RJ, 1995, (117-149)
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da Saúde Pública e seus dilemas. in Merhy, Emerson Elias e Onocko, Rosana (org) **Agir em Saúde, um desafio para o público**. 24pág, HUCITEC/Série Didática, SP, 1997

- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 4ª edição, 1996. 269 p.
- MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social, PREFEITURA da Cidade do Rio de Janeiro. **Projeto de Integração da Assistência à Saúde nos Subúrbios da Zona Oeste e da Linha Auxiliar da Cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, mimeo, 1987. 114p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final.** Brasília, MS, 1986. 21p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Saúde dentro de casa. Programa de Saúde da Família.** Brasília, MS, 1994, 20p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Programa de Saúde da Família. Protocolos Básicos sobre os processos de trabalho em saúde da família.** Brasília, MS, 1999, 45p.
- MOTTA, Fernando C. Prestes e Pereira, Luis C. B. **Introdução a Organização Burocrática.** Brasiliense, 1986, 5ªEd, SP, 310 pág.
- NAGLE, Jorge. **Educação e Sociedade na Primeira República.** São Paulo, EPU-EDUSP, 1974, 350 pag.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da Qualidade em Saúde.** Qualitymark Ed, RJ, 1994, 176p.
- PAULA E SOUZA, Geraldo. Centro de Saúde. Eixo de organização sanitaria. **Instituto de Hygiene de São Paulo.** Boletim 59, 1936. pp 20-21.
- PEREIRA, L. C. B. **A sociedade estatal e a tecnoburocracia.** Brasiliense, 1981, 289p.
- PEREIRA, L. C. B. **Controle Municipal da Saúde.** Rio de Janeiro, Opinião, O GLOBO, 21/08/96. p. 7.
- PICALUGA, Isabel F. **Política de Saúde, Campanha Sanitária e Desenvolvimento Capitalista,** RJ, 1976, mimeo, 200 p.
- PREFEITURA da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Administração. **Legislação do Município do Rio de Janeiro.** V6, nº3, set/dez, 1980.
- PREFEITURA da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação Geral. **Informações Básicas da Cidade do Rio de Janeiro, 1980.** Rio de Janeiro, Imprensa Oficial, 1981. 244p.
- PREFEITURA da Cidade do Rio de Janeiro, SMS. **Unidades de Cuidados Primários de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Projeto de**

- Implantação. 1981.** Departamento Geral de Imprensa Oficial, RJ,.1981, 133p.
- PREFEITURA da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação Geral. **Informações Básicas da Cidade do Rio de Janeiro, 1984** Rio de Janeiro, Imprensa Oficial,.1985. 223p.
- PREFEITURA da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde. 1984-1987.** Mimeo, 1984, 22 pág.
- PREFEITURA da Cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em foco:** Ronaldo Luiz Gazolla e Equipe. Oito anos Cuidando da Saúde dos Cariocas. Imprensa Oficial, RJ, 1999, 8 pág.
- PREFEITURA da Cidade do Rio de Janeiro, **Proposta de Projeto de Ampliação do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, mimeo, 1999, 18p.
- PREFEITURA do Distrito Federal. **Atividades da Secretaria Geral de Saúde e Assistência em 1951-1952. Planos e Realizações.** Rio de Janeiro, Serviço de Informação Sanitária, 1953. 227p.
- PREFEITURA do Distrito Federal. **Atividades da Secretaria Geral de Saúde e Assistência em 1951-1952. Planos e Realizações.** Rio de Janeiro, Serviço de Informação Sanitária, 1953. 227p.
- RIVERA, Francisco J. U. (org) **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.** 2.ed. SP, Cortez, 1992, 222 p.
- ROGERS, Everett M. **Diffusion of Innovations.** Third Edition. New York, Free Press, New York, 1983. 453p.
- ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública.** trad Marcos Fernando da Silva Moreira. Hucitec, SP. Abrasco, RJ, 1994, 423p.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho. Limites da Liberdade.** São Paulo, Hucitec, 1993. 230p.
- SCHRAIBER, L. B. e GONÇALVES, R. B. M. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In SCHRAIBER, L.B.(org) **Saúde do Adulto, Programas e Ações na Unidade Básica.** São Paulo, HUCITEC, 1996, 290p.
- SEARS, Alan. “Ensiná-los a Viver”: a Política de Saúde Pública, da Tuberculose à AIDS. **PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva**, 3(1), 1993, RJ (7-34)
- SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DA GUANABARA. **Assistência Pública - 80 anos de História.** Rio de Janeiro, Imprensa Oficial, 1972. 140p.

- SILVA, F.; MAHAR, D. **Saúde e Previdência Social. Uma análise econômica.** IPEA, Coleção Relatórios de Pesquisa. IPEA/INPES, RJ, 1974, 222p.
- SINGER, P.; CAMPOS, O. e OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e Curar. O controle social através dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978. 166p.
- SOBRINHO, V. L. **O movimento popular pela saúde no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, mimeo, 1981. 8 pág.
- SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS MÉDICOS - SUSEME. **Relatório de Governo, 1968. Estado da Guanabara,** Rio de Janeiro, mimeo, 1968. 209 p.
- SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS MÉDICOS - SUSEME **Relatório de Governo, 1969. Estado da Guanabara,** mimeo, 1969, 229 pag.
- SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS MÉDICOS - SUSEME. **Relatório de Governo, 1960. Estado da Guanabara, 1970,** Rio Gráfica e Editora, RJ, 30 pag.
- TESTA, M. **Pensar em Saúde.** Artes Médicas, Porto Alegre, 1992, 324p.
- TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da Saúde.** HUCITEC,/ABRASCO, SP/RJ, 1995, 306 pág.
- TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In Emerson Elias Merhy e Rosana Onocko(org) **Agir em Saúde. Um desafio para o público.** HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, SP/Buenos Aires, 1997, 385 pág.
- VIACAVA, Francisco e BAHIA, Lígia. Assistência Médico-Sanitária: Os serviços de saúde segundo o IBGE. **DADOS**, nº20, Novembro, 1996. Projeto RADIS, Fiocruz, RJ, 30 p.
- WEBER, Max. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva.** Tradução de Regis Barbosa e Karen Eslabe Barbosa; revisão técnica de Gabriel Cohn, 3ª edição, Brasília, DF: UNB, 1994. 422p.

DECRETOS E LEIS

Lei n. 378 - de 13 de Janeiro de 1937

Decreto-lei n. 871 - de 18 de novembro de 1938

Decreto-lei n. 1.040 de 11 de janeiro de 1939

Decreto-lei n. 2.990 do 27 de janeiro de 1941

Decreto-lei n. 2.991 - de 27 de janeiro de 1941

Decreto-lei n. 3.672 de 1 de outubro de 1941

Decreto n. 8.674 - de 4 de Fevereiro de 1942

Decreto n. 8.675 - de 4 de fevereiro de 1942

Decreto-lei n. 4.296 - de 13 de Maio de 1942

Decreto n. 9.388 de 13 de maio de 1942

Decreto n. 10.013 de 17 de julho de 1942

Decreto n. 10.323 de 26 de agosto de 1942

Decreto n. 12.784 - de 18 de fevereiro de 1955

Decreto n. 13.435 - de 31 de dezembro de 1956

Decreto n. 13.868 de 24 de abril de 1958

Decreto n 14.058 de 15 de setembro de 1958

Decreto n.º 14.183 - de 2 de dezembro de 1958

Decreto n 14.474 - de 13 de julho de 1959

Decreto “E” n 7.477 – de 29 de outubro de 1974

Decreto n. 494 de 30 de julho de 1976

Decreto n 2.917 de 04 de dezembro de 1980

Anexos

ORGANOGRAMAS

Organização dos serviços terrestres de Saúde Pública do Distrito Federal, em 1904

Diretoria Geral
Secretaria
Delegacias de Saúde (10)
Serviço de Profilaxia da Febre Amarela
Inspeção de Isolamento e Desinfecção
Secção Demográfica
Laboratório Bacteriológico
Fiscalização de Pharmacias
Engenharia Sanitaria
Juizo dos Feitos da Saude Publica
Hospital São Sebastião

Organização dos serviços terrestres de Saúde Pública do Distrito Federal em 1920

Diretoria Geral
Secretaria Geral
Procuradoria dos Feitos
Almoxarifado Geral
Inspeção de Estatística
Inspeção de Engenharia Sanitária
Inspeção de Fiscalização do Exercício Profissional
Inspeção de Lepre e Doenças Venéreas
Hospital São Sebastião
Secção de Hygiene Infantil
Directoria dos Serviços Sanitários Terrestres
Inspectorias dos Serviços e Prophylaxia
Inspeção de Prophylaxia da Tuberculose
Inspeção de Fiscalização de Generos Alimentícios
Serviço de Fiscalização de Leite
Serviço de Fiscalização de Carnes Verdes
Laboratório Bromatológico
Delegacias de Saúde (10)
Laboratório Bacteriológico
Diretoria de Saneamento e Prophylaxia Rural
Serviço de Prophylaxia Rural no Distrito Federal

Organização dos serviços terrestres de Saude Publica do Distrito Federal em 1934

Diretoria Geral
 Procuradoria dos Feitos
 Secretaria Geral
 Inspectoria de Demographia Sanitaria
 Inspetoria de Propaganda e Educação Sanitária
 Inspectoria de Engenharia Sanitária
 Inspectoria de Fiscalização do Exercício da Medicina
 Inspectoria de Prophylaxia da Lepra e Doenças Venéreas
 Inspectoria de Hygiene Infantil
 Diretoria dos Serviços Sanitarios do Districto Federal
 Delegacias de Saude (5) e Centro de Saude de Inhauma
 Inspectoria de Hygiene Industrial e Profissional
 Inspectoria dos Serviços de Prophylaxia
 Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose
 Laboratório Bacteriológico
 Inspectoria de Fiscalização de Generos Alimentícios
 Serviço de Fiscalização de Leite e Lacticínios
 Serviço de Fiscalização de Carnes Verdes
 Laboratório Bromatológico
 Serviço de Locomoção
 Hospital São Sebastião
 Hospital Paula Candido
 Abrigo-Hospital Artur Bernardes
 Hospital Colônia de Curupaity
 Directoria de Saneamento Rural
 Serviço de Enfermeiras
 Especialistas dos Dispensários

Organização dos Serviços terrestres de saude publica do Distrito Federal em 1935

Directoria
 Inspectoria dos Centros de Saude
 Inspectoria de Engenharia Sanitária
 Inspectoria de Fiscalização do Exercício Profissional
 Inspectoria de Alimentação
 Fiscalização do Leite e Lacticínios
 Laboratório Bromatológico
 Laboratório de Saúde Publica
 Hospital São Sebastião

Organização do Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal em 1937

Serviço de Aguas e Esgoto do Distrito Federal
Serviço de Saude Publica do Distrito Federal
Laboratório de Saude Publica
Inspeçtoria de Alimentação
Inspeçtoria dos Centros de Saúde
Inspeçtoria dos Serviços Especiaes
Inspeçtoria de Engenharia Sanitaria
Serviço de Puericultura do Distrito Federal
Serviço de Assistencia Hospitalar do Distrito Federal
Serviço de Assistencia a Psicopatas do Distrito Federal

Organização da Secretaria Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Federal em 1939

Secretario Geral de Saúde e Assistência
Serviço de Administração
Serviço de Expediente
Serviço de Informação Sanitária
Comissão de Aquisição de Material
Departamento de Higiene
Departamento de Tuberculose
Departamento de Puericultura
Departamento de Assistência Hospitalar
Departamento de Alimentação

Organização da Secretaria Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Federal em 1952

Secretaria Geral de Saude e Assistencia
Divisão Administrativa
Departamento de Saúde Pública
Departamento de Assistência Médica
Departamento de Assistencia Social
Departamento de Obras e Instalações
Serviço de Administração
Serviço de Comunicações
Arquivo Geral
Serviço de Controle de Rendas
Serviço de Alimentação e Dietética
Serviço de Informação, Documentação, Divulgação e Centro de Estudos
Laboratório de Produtos Terapêuticos
Comissão de Aquisição de Material

Organização da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara em 1962

Secretario/Gabinete

Divisão de Fiscalização da Medicina

Departamento de Prédios e Instalações

Centro de Aperfeiçoamento Médico

Superintendência de Saúde Pública

Departamento de Higiene

Divisão de Saneamento

Divisão de Epidemiologia

Departamento de Tuberculose

Departamento da Criança e do Adolescente

Divisão de Organização Sanitária

Serviço de documentação e Estatística

Serviço de Coordenação de atividades complementares

Serviço de Educação Sanitária

Serviço d Enfermagem de Saúde Públicaa

Centros Médico-Sanitários das Administrações Regionais

Superintendência de Serviços Médicos

Sistema Jurídico

Conselho de Administração

Junta de Contro do Tribunal de Contas

Departamento de Planejamento

Departamento de Serviços Assistencias

Departamento de Serviços Gerais

Departamento Financeiro

Organização da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara em 1966

Secretario Gabinete

Conselho Técnico de Saúde

Superintendência de Serviço Médicos

Departamento de Planejamento

Departamento Financeiro

Departamento de Serviços Gerais

Departamento de Saúde Publica

Departamento de Serviços Assistenciais

Departamento de Engenharia

Orgãos Descentralizados

Medicina Preventiva

Medicina Assistencial

Orgãos de Apoio

Organização da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara em 1974

Secretario Gabinete

Coordenação Técnico-Administrativa

Assessoria de Planejamento e Programação

Divisão de Administração

Divisão de Pessoal

Comissão Permanente de Licitação

Coordenação Geral de Saúde Pública

Assessoria de Proteção Materno-Infantil

Assessoria de Epidemiologia e Profilaxia

Assessoria de Dermatovenereologia

Assessoria de Tuberculose

Assessoria de Educação Sanitária

Assessoria de Enfermagem em Saúde Pública

Centro de Saúde

Serviço de Administração

Serviço de Biblioteca

Instituto Estadual de Saúde Pública

Coordenação Geral de Serviços Assistenciais

Conselho Técnico de Saúde

Centro de Estudos, Treinamento e Aperfeiçoamento

Divisão de Fiscalização da Medicina e Atividades Afins

Organização da Secretaria Municipal de Saúde em 1980

Secretario Gabinete

Assessoria Jurídica

Assessoria de Comunicação Social

Órgão Setorial de Planejamento

Departamento Geral de Assistência Hospitalar

Departamento Geral de Saúde Pública

Departamento Geral de Fiscalização Sanitária

Departamento de Apoio

Centro de Estudos, Treinamento e Aperfeiçoamento

Inspetoria Setorial de Finanças

Departamento de Administração

Organização da Secretaria Municipal de Saúde em 1992

Secretario Gabinete

Assessoria Jurídica

Assessoria de Comunicação Social

Coordenação de Indicadores Gerenciais

Superintendência de Saúde Coletiva

Coordenação de Programas de Epidemiologia

Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde

Coordenação de Programas de Atendimento Específico

Coordenação de Programas de Doenças Crônicas

Coordenação de Programas de Doenças Transmissíveis

Coordenação de Programas Especiais

Superintendência de Serviços de Saúde

Coordenações de Saúde das Áreas Programáticas (10)

Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária

Coordenadoria de Infra-estrutura

Coordenadoria de Recursos Humanos

DECRETOS-LEI

DECRETO-LEI N. 378 - de 13 de Janeiro de 1937

Dá nova organização ao Ministerio da Educação e Saude Publica
O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil:
Faço saber que o Poder Legislativo decreta e eu sanciono a seguinte lei:

CAPÍTULO I/INTRODUÇÃO

Art. 1.º O Ministerio da Educação e Saúde Publica passa a denominar-se Ministério da Educação e Saúde.

Art. 2.º Compete ao Ministerio da Educação e Saude exercer, na esphera federal, a administração das actividades relativas:

a) a educação escolar e a educação extra-escolar; b) á saude publica e á assistencia medico-social.

Art. 3.º O Ministerio da Educação e Saúde constituir-se ha dos seguintes órgãos:

a) órgãos de direcção; b) órgãos de execução.

Paragrapho unico. Haverá, ainda, órgãos de cooperação, que funcçãoarão junto ao Ministerio para assistil-o nas suas actividades.

Art. 4.º Fica o territorio do paiz, para efeito da administração dos Serviços do Ministerio da Educação e Saúde, dividido em oito regiões, a saber:

a) 1ª Região, constituída pelo Districto Federal e pelo Estado do Rio de Janeiro;

b) 2ª Região, constituída pelo Território do Acre e pelos Estado do Amasonas;

c) 3ª Região, constituída pelos Estados do Maranhão, Ptauhy e Ceara;

d) 4ª Região, constituída pelos Estados do Rio Grande do Norte, Parahyba, Pernambuco e Alagôas;

e) 5ª Região, constituída pelos Estados de Sergipe, Bahia e Espirito Santo;

f) 6ª Região, constituída pelos Estados de São Paulo e Matto Grosso;

g) 7ª Região, constituída pelos Estados do Paraná, Santa Catharina e Rio Grande do Sul;

h) 8ª Região, constituída pelos Estados de Minas Geraes e Goyaz.

CAPITULO II/DOS ORGÃOS DE DIRECÇÃO/SECÇÃO I

Art. 5.º Os órgãos de direcção, cujo conjunkto fôrma a Secretaria de Estado, são os seguintes:

a) Gabinete do Ministro; b) órgãos de administração geral; c) órgãos de administração especial; d) órgãos complementares.

SECÇÃO II/Do Gabinete do Ministro

Art. 6.º Ao Gabinete do Ministro, dirigido por um chefe de gabinete, incumbirá a execução do expediente relacionado immediatamente com o Ministro.

Paragrapho unico. O pessoal do Gabinete do Ministro será da confiança immediata do Ministro, e de nomeação deste.

SECÇÃO III/Dos Órgãos de administração geral

Art. 7.º Os órgãos de administração geral são os seguintes:

a) Directoria de Pessoal; b) Directoria de Contabilidade.

§ 1.º A Directoria de Pessoal incumbirá o expediente concernente á administração do pessoal

§ 2.º A Directoria de Contabilidade incumbirá o expediente relativo a execução da contabilidade e á administração do material.

SECÇÃO IV/Dos órgãos de administração especial

Art. 8.º Os órgãos de administração especial são os seguintes:

a) Departamento Nacional de Educação;

b) Departamento Nacional de Saúde .

Paragrapho unico. Para collaborar, nas actividades do Departamento Nacional de Educação e do Departamento Nacional de Saude, funcçãoará a Directoria de Estatística, subordinada directamente ao Ministro.

Art. 13. Ao Departamento Nacional de Saúde incumbirá a administração das actividades relativas á saude publica e á assistencia médico social, que sejam da competencia do Ministerio.

Art. 14. O Departamento Nacional de Saúde compor-se-ha do gabinete do diretor geral, de um serviço de expediente e das quatro seguintes divisões, cada uma a cargo de um diretor reconhecidamente especializado:

a) Divisão de Saude Publica; b) Divisão de Assistencia Hospitalar; c) Divisão de Assistencia a Psychopathas; d) Divisão de Amparo á Maternidade e á Infancia.

Art. 15º. Pela Divisão de Saúde Publica correrá a direcção dos serviços relativos á saude publica, de character nacional, bem como dos que, de character local, sejam executados pela União. Competir-lhe ha, ainda, promover a cooperação da União nos serviços locais, por meio da auxilio e da subvenção federaes, fiscalizando o emprego

dos recursos concedidos.

Art. 16°. Pela Divisão de Assistência Hospitalar correrá a direcção dos serviços relativos a assistência hospitalar, de character nacional, bem como dos que, de character local, sejam executados pela União. Competir-lhe ha, ainda, promover a cooperação da União nos serviços locais, por meio do auxilio e da subvenção federaes, fiscalizando o emprego dos recursos concedidos.

Art. 17. Pela Divisão de Assistência a Psychopaths correrá a direcção dos serviços relativos á assistência a psychopaths e á prophylaxia mental, de character nacional, bem como dos que, de character local, sejam executados pela União. Competir-lhe ha ainda promover a cooperação da União nos serviços locais, por meio do auxilio e da subvenção federaes, fiscalizando o emprego dos recursos concedidos.

Art. 18. Pela Divisão de Amparo á Maternidade e á Infancia correrá a direcção dos serviços relativos ao amparo á maternidade e a saude da criança, de character nacional, bem como dos que, de character local, sejam executados pela União. Competir-lhe ha ainda promover a cooperação da União nos serviços locais, por meio do auxilio e da subvenção federaes, fiscalizando o emprego dos recursos concedidos.

Art. 19. A Directoria de Estatistica compete a organização da estatistica dos assumptos da competencia do Ministério, bem como a divulgação de seus resultados.

SECÇÃO V/Dos órgãos complementares

Os órgãos complementares são os seguintes:

- a) Comissão de Efficiencia; b) Serviço Juridico; c) Serviço de Publicidade; d) Bibliotheca;
- e) Serviço de Communicações; f) Portaria

SECÇÃO IV Dos serviços relativos á saude

1) Disposição geral

Art. 51. Os serviços relativos á saude, órgãos destinados a executar actividades de saude publica ou de assistência medico-social, são os constantes da presente lei e os que posteriormente venham a ser instituidos.

Paragrapho unico. Taes serviços serão regulados por leis especiaes, ficando, porém, desde já, estabelecidas as disposições dos artigos que se seguem.

2) Serviços destinados á investigação

Art. 52°. Fica creado o Instituto Nacional de Saude Publica, destinado a realizar, de modo systematico e permanente, estudos, inqueritos e pesquisas sobre os assumptos de saude publica de interesse para o Paiz.

Art. 54°. Fica creado o Instituto Nacional de Puericultura. destinado a realizar estudos, inquéritos e pesquisas sobre os problemas relativos á maternidade e á saude da criança.

3) Serviços de saude do Districto Federal

Art. 56°. O serviço de aguas e o serviço de esgotos do Districto Federal serão mantidos como serviços publicos federaes, ficando a cargo do serviço de Aguas e Esgotos do Districto Federal.

Art 57°. As actividades sanitarias do Districto Federal serão executadas pelo Serviço de Saúde Pública do Districto Federal, que constará dos seguintes órgãos centraes:

- a) Laboratorio de Saude Publica; b) Inspectoria da Alimentação; c) Inspectoria dos Centros de Saude; d) Inspectoria dos Serviços Especiaes; e) Inspectoria de Engenharia Sanitaria.

§ 1.º Ao Laboratorio de Saúde Publica, caberá a realização de exames necessarios aos serviços de saude publica do Districto Federal.

§ 2.º À Inspectoria da Alimentação competirá fiscalizar os mercados, matadouros, centros de produção e beneficiamento do leite, bem como o transporte e o commercio em grosso dos gêneros alimenticios, além de fazer instituir e fiscalizar, em estabelecimentos publicos e privados sob regime de internamento, a pratica da boa alimentação.

§ 3.º A Inspetora dos Centros de Saude exercerá, por intermedio de seus órgãos districtaes e sob feição inicialmente educativo-prophylactica as actividades sanitarias relativas às doenças contagiosas (inclusive tuberculose, lepra e doenças venereas), ao cancer, á hygiene da criança, á hygiene mental, aos exames de saude, á hygiene do trabalho e ainda á fiscalização do commercio a varejo dos generos alimenticios, á policia sanitaria, aos serviços auxiliares de laboratorio o de bio-estatistica. As actividades relativas á hygiene da criança, quando ministradas nos centros de saude, serão orientadas, dirigidas e executadas pela Divisão do Amparo á Maternidade e á Infancia, por intermedio do Serviço de Puericultura do Distrito Federal.

§ 4.º A Inspectoria dos Serviços Especiaes terá a seu cargo os serviços que não fôr conveniente realizar nos centros de saude.

§ 5.º A Inspectoria de Engenharia Sanitaria terá a seu cargo a direcção e a execução de todos os serviços de engenharia sanitaria do Districto Federal, em collaboração com a Inspectoria dos Centros de Saúde e a Inspectoria dos Serviços Especiaes.

§ 6.º O hospital-colonia de Curupaity e o Preventorio Paula Candido ficam incorporados ao Serviço de Saúde Publica do Districto Federal.

§ 7.º Fica creado, no Serviço de Saude Publica do Districto Federal, um serviço de elucidação de diagnostico, no

qual terão exercício um medico sanitaria e um medico clinico, incumbidos, sempre que for necessario, da apuração diagnostica dos casos de lepra que ocorram no Districto Federal.

Art. 58.-Para attender ás necessidades relativas á assistencia hospitalar, no Districto Federal, fica constituido o Serviço de Assistencia Hospitalar do Districto Federal, de que farão parte o Hospital Estacio de Sá, o Hospital São Francisco de Assis, o Hospital Pedro II e outros servicos que venham a ser instituidos com a mesma finalidade.

Paragrapho unico. Fica creado, no Serviço de Assistencia Hospitalar do Districto Federal um centro de cancerologia, destinado a prophylaxia e ao tratamento do cancer.

Art. 59. As actividades relativas á assistencia a psychopathas, no Districto Federal, serão executadas pelo Serviço de Assistencia a Psychopathas do Districto Federal, composto dos seguintes órgãos:

a) Hospital Psychiatrico; b) Instituto de Neuro-Syphilis; c) Colonia Juliano Moreira; d) Colonia Gustavo Riedel; e) Manicomio Judiciário.

Art. 60. Para attender ás necessidades relativas ao amparo a maternidade e á saúde da criança, no Districto Federal, fica creado o serviço de Puericultura do Districto Federal.

§ 1.º As actividades concernentes á prophylaxia da tuberculose e da lepra, que disserem respeito á criança, ficam na dependencia do Serviço de Saude Publica do Districto Federal.

§ 2.º Uma vez installado o Hospital das Clínicas da Universidade do Brasil, a Maternidade das Laranjeiras passará para o Serviço de Puericultura do Districto Federal.

4) Serviços de saude de todo o Paiz

Art. 61. Para promover o desenvolvimento da cultura sanitaria do povo, pela divulgação e conhecimentos de hygiene individual e de saude publica, inclusive os relativos á criança, haverá o Serviço de Propaganda e Educação Sanitaria, que passa a substituir a Secção de Informaçoes, Propaganda e Educação Sanitaria, da actual Directoria Nacional de Saúde e Assistencia Médico-Social.

Art. 62. Os serviços sanitarios relativos aos portos do paiz e á marinha mercante constituirão o Serviço de Saude dos Portos.

Art. 63. Fica instituido o Serviço Anti-venereo das Fronteiras, destinado exclusivamente ao cumprimento de obrigações internacionaes, e que constituirá sómente de pessoal extranumerário.

Art. 64. O Serviço da Febre Amarella, destinado a prophylaxia da febre amarella em todo o paiz, ora realizado com a cooperacão da Fundação Rockefeller, passará, quando, a critério do Poder Executivo, não fôr mais renovado o contracto com aquella Instituição, a ser directamente executado pelo Ministerio da Educação e Saude, de accôrdo com o disposto no art. 65 desta lei.

Art. 65. À medida que se forem organizando os planos nacionaes de combate ás grandes endemias do paiz, dar-lhes-a o Ministério da Educação e Saúde immediata e progressiva execução, mediante o estabelecimento de serviços especiais, destinados á realização dos planos traçados, que serão custeados e dirigidos technica e administrativamente pela União, salvo nas zonas em que os governos locaes possam executal-os, com ou sem o auxilio federal

Veto o art. 57 e seu paragrapho unico, assim redigido:

“Art. 57. As enfermeiras que trabalharem nos serviços da Inspectoria dos Centros de Saúde e no Serviço de Puericultura do Districto Federal ficarão subordinadas á Superintendencia de Enfermagem, cuja direcção ficara entregue a actual Superintendencia e, na falta desta, a uma enfermeira diplomada, que tenha tido curso especializado em administração, e experiencia na chefia de serviços de enfermagem.

Paragrapho unico. O programma de trabalho dessas enfermeiras será organizado, conjuntamente, pela Superintendencia de Enfermagem e pela direcção dos serviços referidos neste artigo, sujeito a approvação do director do Serviço de Saúde do Districto Federal.”

Não se justifica a instituição de uma Superintendência de Enfermagem, como órgão autonomo e separado dos quatro serviços de saude do Districto Federal (Serviço de Saúde Publica do Districto Federal, Serviço de Assistencia Hospitalar do Districto Federal, Serviço de Assistencia a Psychopathas do Districto Federal e Servico de Puericultura do Districto Federal), e destinado a fornecer enfermarias a dois desses serviços (Serviço de Saúde Publica do Districto Federal e Serviço de Puericultura do Districto Federal). Seria este um aparelho improprio e anomalo, consistente apenas de uma directoria ou superintendência, com injustificavel intromissão nos serviços independentes, pois em taes serviços é que se localizariam as enfermeiras subordinadas á alludida directoria ou superintendencia. Essa intromissão seria causa de frequentes incidentes pessoases, occasionadores de desordem, confusão e prejuizo.

Cada um dos serviços de saude do Districto Federal (Serviço de Saúde Pública do Districto Federal, Serviço de Assistencia Hospitalar do Districto Federal, Serviço de Assistencia a Psychopathas do Districto Federal e Serviço de Puericultura do Districto Federal) deverá ter o seu corpo de enfermeiras. adequado ás suas necessidades, da mesma que terá o seu corpo de medicos . Taes enfermeiras figurarão nos alludidos serviços como parte integrante delles, e sendo dirigidos pela mesma chefia desses serviços. Esta e a única solução, que a experiencia aconselha e justifica.

Uma Superintendencia de Enfermeiras, ao lado dos Serviços autonomos, é tão inexplicavel com o seria uma Superintendencia de Medicos.

E' ainda de notar que, no paragrapho unico do artigo vetado, quiz o legislador dar ao Serviço de Saúde Publica uma posição de superioridade e de predominio sobre o Serviço de Puericultura, o que não condiz com o espirito do projecto, que é todo orientado no sentido de que o amparo a maternidade e á infancia deve constituir, não uma actividade menor e subalterna, mas ao contrario uma actividade do mesmo nível das demaes que se relacionam com os problemas da saude publica e da asistencia medico-social. As disposições vetadas não devem, pois, prevalecer, pois, com ellas, prevaleceria uma orientação funesta aos interesses tão elevados do amparo á maternidade e á saude da criança.

DECRETO-LEI N. 871 -de 18 de Novembro de 1938

Reorganiza a Secretaria Geral de Saúde e Assistência, da Prefeitura do Districto

O Presidente da Republica, usando da faculdade que lhe confere o artigo 180 da Constituição Federal, e nos termos do artigo 31 do decreto-lei n.º 96, de 22 de Dezembro de 1937, decreta:

Art. 1.º A Secretaria Geral de Saude e Assistencia da Prefeitura do Districto Federal, fica assim organizada:

I - Gabinete-

II - Departamento: a) de Assistencia Hospitalar; b) de Assistencia Medico Social; c) de Protecção Sanitaria Animal e Medicina Veterinaria; d) dos Serviços Auxiliares;

III - O Gabinete compreende:

a) Secretaria com Protocollo Geral, o Archivo e Portaria; b) Divisão de Inspecção à Saúde

c) Divisão de Propaganda e Estatistica.

IV - O Departamento de Assistencia Hospitalar é constituído pelos hospital de Prompto Socorro, Carlos Chagas, Getúlio Vargas, Miguel Couto, Jesus, Dispensario de Cascadura, do Meyer, da Ilha do Governador, de Sape. de Campo Grande, de. Ilha de Paquetá, Postos de Vargem Grande, de Guaratiba e Serviço de Salvamento.

V - O Departamento de Assistência Medico Social abrange o Asylo São Francisco de Assis, o Albergue da Boa Vontade, a Delegacia Social, a Creche e os Cemitérios de Inhaúma, Irajá, Jacarépaguá, Santa Cruz, Ricardo de Albuquerque, Realengo, Campo Grande, Guaratiba, Ilha do Governador; Ilha de Paquetá, Piábas e Penha.

VI - O Departamento de Protecção Sanitaria Animal e Medicina Veterinária compreende duas divisões:

a) Divisão de Protecção Sanitaria; b) Divisão de Medicina Veterinaria.

Fazem parte da primeira: a Vacinação, Fiscalização de animaes de consumo, Estação de Monta (defesa da raça, Fiscalização do Leite, de Matadouros, de Peixarias, de Feiras do locais em que forem tratados ou alojados animaes, e Cemiterios de Cães.

A segunda é constituída pelo Instituto Pasteur, Hospital Veterinario e Laboratorios.

VII - O Departamento dos Serviços Auxiliares compreende três divisões:

a)Administrativa;

b) Material;

c) Obras e Instalações.

A primeira com as seguintes secções: Expediente e Contabilidade, Promptuario, Arrecadação. A segunda com as seguintes secções: Commercial, Acquisição, Escripuração, Rouparia Geral. A terceira consta da Secção Technica e das Officinas.

Art 2.º Ficam extinctos os quadros da ex-Directoria Geral de Assistencia Municipal, da Inspectoria Veterinária e do Instituto Pasteur, passando os respectivos funcionarios a constituirem o quadro da actual Secretaria Geral de Saude e Assistencia, fixado por este decreto-lei e constante da tabella annexa.

§1.º Feito o aproveitamento de todos os funcionarios dos quadros extinctos, serão as vagas providas na forma da regulamentação a ser baixada.

§2.º Os funcionarios providos em cargos de vencimentos inferiores, pela extinção dos cargos que occupavam e em virtude das disposições do presente decreto-lei, perceberão, para todos os effeitos. a differença entre os vencimentos do cargo extincto e os do cargo que passarem a exercer.

Art. 3.º Fica o Prefeito autorizado a regulamentar a Secretaria Geral de Saúde e Assistencia, de accôrdo com as disposições do presente decreto-lei.

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 1938. 117º da Independencia e 50º da República

Getúlio Vargas/Francisco Campos

DECRETO-LEI N. 1.040 de 11 de Janeiro de 1939

Dispõe sobre a transferência de serviços do Ministério da Educação e Saúde para a Prefeitura do Districto Federal

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

Art. 1.º O Governo Federal transferirá no todo ou em parte, á Prefeitura do Districto Federal para que fiquem por

ella mantidos e administrados, os Serviços locais e relativos á saúde, ora incluídos no Serviço de Saúde Pública do Districto Federal, no Serviço de Assistência Hospitalar do Districto Federal e no Serviço de Puericultura do Districto Federal

Art. 2.º A transferência se operará em virtude de contracto a ser assignado entre o Prefeito do Districto Federal e o Ministro da Educação e de Saúde, devendo constar de seus termos as disposições constantes dos paragraphos que se seguem.

§ 1.º A transferência será definitiva, passando os serviços a ser mantidos e administrados pela Prefeitura do Districto Federal.

§ 2.º Os funcionarios effectivos, existentes no momento da transferencia terão garantido todos os seus direitos, inclusive o de promoção, conservando o seu character actual mas ficando subordinados administrativa e disciplinarmente á Prefeitura do Districto Federal. As despesas com o pagamento de Funcionarios continuarão a cargo da União.

§ 3.º Os funcionarios novos, que venham a ser admittidos em consequencia de vagas de funcionários existentes, serão de nomeação da Prefeitura do Districto Federal, a que competirá o ônus da respectiva manutenção.

§ 4.º O pessoal extranumerario passará desde logo a ser de livre admissão da Prefeitura do Districto Federal, a cujo encargo ficará igualmente a respectiva manutenção

§ 5.º Passarão a correr, por conta da Prefeitura do Districto Federal quaesquer outras despesas, ora a cargo da União, e destinadas ao custeio dos serviços transferidos

§ 6.º Serão incorporados ao patrimonio da Prefeitura do Districto Federal, os bens immoveis de propriedade federal, ora occupados pelos serviços transferidos, bem como todos os moveis que sejam de seu uso.

§ 7.º A Prefeitura do Districto Federal permittira que a Faculdade Nacional de Medicina continue a utilizar, sem nenhuma restricção, os seus serviços ora installados em qualquer dos estabelecimentos transferidos, até que esteja concluido o Hospital das Clínicas da Universidade do Brasil.

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 1939 118º da Independencia e 51º da Republica.

Getúlio Vargas/Gustavo Capanema.

DECRETO-LEI n.º 1.975 - de 23 de Janeiro de 1940

Estabelece o regime administrativo do Serviço Nacional de Febre Amarella

O Presidente da Republica, usando da attribuição que lhe confere o art 180 da Constituição, decreta:

Art. 1º. O Serviço de Febre Amarella, que esteve a cargo da Fundação Rockefeller até 31 de Dezembro de 1939, passa a denominar-se Serviço Nacional de Febre Amarella, e fica subordinado ao Ministro da Educação e Saúde.

Art. 2º. Compete ao Serviço Nacional de Febre Amarella fazer, em todo o territorio nacional, a prophylaxia da febre amarella, mediante a pratica das medidas adequadas a esse fim, e paralelamente os Serviços de vacinação, de viscerotomia e anti-culicidiano.

Art 3º. O Serviço Nacional de Febre Amarella será dirigido por um director, nomeado em comissão, com vencimentos equivalentes do padrão P.

Art. 4º. O Serviço Nacional de Febre Amarella, até que seja enquadrado no adequado regime da administração publica federal, continuarão sob o systema administrativo por que se vinha regendo.

§ 1º. Depois de registrados pelo Tribunal de Contas, serão postos, trimestralmente, no Banco do Brasil, á disposição do Serviço Nacional do Febre Amarella, os créditos orçamentarios ou addicionar a elle attribuidos de Acordo com os pedidos feitos pelo respectivo director.

§ 2º. O director do Serviço Nacional de Febre Amarella movimentará e applicará os credits de que trata o paragrapho anterior, respeitada a discriminação da despesa préviamente approvada pelo Presidente da Republica.

§ 3º. A comprovação do emprego dos credits postos á disposição do Serviço Nacional de Febre Amarella far-se ha perante o Tribunal de Contas, encerrado cada trimestre, na forma da legislação em vigor.

Art. 5º. A pesquisa scientifica relativa a febre amarella bem como a fabricação da vaccina anti amarilica serão realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz.

Paragrapho unico. O Governo Federal poderá confiar a execução dos serviços de que trata este artigo a Fundação Rockefeller, pelo tempo que fór julgado conveniente.

Rio de Janeiro, 5 de Janeiro de 1940, 119º da Independencia e 52º da Republica.

Getulio Vargas/Gustavo Capanema

DECRETO-LEI n. 2.990 do 27 de Janeiro de 1941

Cria, na Prefeitura do Districto Federal, O Serviço de Lepra. e dá outras providencias

O Presidente da Republica, usando da attribuição que lhe confere o artigo 180 da Constituição, e nos termos do artigo 31 do decreto-lei n. 96, de 22 de Dezembro de 1937, decreta:

Art. 1.º Fica criado, na Prefeitura do Districto Federal. o Serviço de Lepra, subordinado ao Departamento de

Higiene e Assistência Social, da Secretaria Geral de Saúde e Assistência, ao qual compete superintender, orientar e coordenar todas as actividades sanitárias e de assistência social, referentes a lepra, no Distrito Federal.

Art. 2.º As actividades do Serviço de Lepra serão regulamentadas pela Secretaria Geral de Saúde e Assistência.

Art. 3.º O Serviço de Lepra disporá de um Laboratório, para elucidação dos doentes no Distrito Federal.

Art. 4.º O Serviço de Lepra será dirigido por um Chefe de Serviço de padrão 04, em comissão .

Art. 5.º Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 1941, 120.º da Independência e 53.º da República.

Getúlio Vargas/F. Negrão de Lima

DECRETO-LEI n.º 2.991 -de 27 de Janeiro de 1941

Cria, na Prefeitura do Distrito Federal, o Serviço de Assistência às Molestias Cardio Vasculares e dá outras providências

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, e nos termos do art. 31 do decreto-lei de 22 de Dezembro de 1937, decreta:

Art. 1.º Fica criado, na Prefeitura do Distrito Federal, o Serviço de Assistência às Molestias CardioVasculares, subordinado ao Departamento de Assistência Hospitalar, da Secretaria Geral de Saúde e Assistência, ao qual compete promover, orientar e coordenar a assistência as molestias cardiovasculares no Distrito Federal.

Art. 2.º As actividades do Serviço de Assistência às Molestias Cardiovasculares serão regulamentadas pela Secretaria Geral de Saúde e Assistência.

Art. 3.º O Serviço de Assistência às Molestias Cardiovasculares será dirigida por um Chefe de Serviço, do padrão 04, em comissão.

Art. 4.º Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 1941, 120.º da Independência e 53.º da República.

Getúlio Vargas/F. Negrão de Lima

DECRETO-LEI n.º 8.674 - de 4 de Fevereiro de 1942

Aprova o Regimento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 74, letra a, da Constituição, decreta:

Art. 1.º Fica aprovado o Regimento do Departamento Nacional de Saúde (D. N. S.) que, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde, com este baixa.

Art. 2.º Este decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 4 de Fevereiro de 1942, 121.º da Independência e 54.º da República.

Getúlio Vargas/Gustavo Capanema.

Regimento do Departamento Nacional de Saúde, compreendendo o Serviço de Administração, a Divisão de Organização Sanitária, a Divisão de Organização Hospitalar e as Delegacias Federais de Saúde.

CAPÍTULO I/DAS FINALIDADES

Art. 1.º O Departamento Nacional de Saúde (D. N. S.), criado pela lei n.º 878, de 19 de Janeiro de 1937, e reorganizado pelo decreto lei n.º 3.171, de 2 de Abril de 1941, é directa mente subordinado ao Ministro de Estado e tem por finalidade

a) promover a realização de Inquerito, pesquisas e estudos sobre as condições da saúde, sobre as questões de saneamento e higiene, e bem assim sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento.

b) superintender a administração dos serviços federais destinados a realização das actividades mencionadas na alínea anterior, e ainda das que tenham por objetivo promover, de qualquer maneira, medidas de conservação e melhoria da saúde, assim como, especificamente, de prevenção ou tratamento das doenças;

c) estabelecer a coordenação das repartições estaduais e municipais e das instituições de iniciativa particular, que se destinem a realização de quaisquer actividades concernentes ao problema da saúde, animá-las, fiscalizá-las, orientá-las e assisti-las tecnicamente, e ainda estudar os critérios a serem adotados para a concessão de auxílios e subvenções federais para a realização dessas actividades e controlar a aplicação dos recursos concedidos;

d) organizar cursos de aperfeiçoamento sobre assuntos médicos e sanitários.

CAPÍTULO II/DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º o D. N. S. compõe-se de:

Serviço de Administração (S. A.); Divisão de Organização Sanitária (D. O. S.); Divisão de Organização Hospitalar (D. O. H.); Instituto Oswaldo Cruz (I. O. C.); Serviço Nacional de Lepra (S. N. L.); Serviço Nacional

de Tuberculose (S. N. T.); Serviço Nacional de Febre Amarela (S. N. F. A.) Serviço Nacional de Malaria (S. N. M.); Serviço Nacional de Peste (S. N. P.) . Serviço Nacional de Cancer (S. N. C.); Serviço Nacional de Doenças Mentais (S. N. D. M.); Serviço Nacional de Educação Sanitaria (S. N. E. S.); Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (S. N. F. M.); Serviço de Saude dos Portos (S. S. P.); Serviço Federal de Aguas e Esgotos (S. F. A. E.); Serviço Federal de Bioestatística (S. F. B.); Sete Delegacias Federais de Saude (D.F.S.);

Paragrafo único. o Instituto Oswaldo Cruz, Os Serviços Nacionais de Lepra, Tuberculose, Febre Amarela, Malária, Peste, Cancer, Doenças Mentais, Educação Sanitária e Fiscalização da Medicina; os Serviços Federais de Aguas e Esgotos e Bioestatística e o Serviço de Saúde dos Portos, terão regimentos próprios, isolados ou em grupos, consoante a natureza das suas atividades.

Art. 4º A D.O.S. compreende:

Secção de Administração Sanitaria (S.A.S.); Secção de Doenças Transmissíveis (S.D.T.); Secção de Engenharia (S. E. S.); Secção de Nutrição (S. N.); Secção de Enfermagem (S. E.)

Art. 5º A D. O. H. compreende:

Secção de Edificações e Instalações (S.E.I.); Secção de Organização e Administração (S.O.A.)

Secção de Assistencia e Seguro de Saúde (S. A. S. S.)

Art. 10º. Os delegados federais de saude serão nomeados, em cumissão, entre funcionarios integrantes na carreira de Médico Sanitarista, e não poderão permanecer na mesma região por mais de dois anos.

Art. 11º. Os órgãos que integram o D. N. S. funcionarão perfeitamente coordenados, em reglme de mútua colaboração, sob a orientação do diretor geral.

CAPÍTULO III/DA COMPETÊNCIA

Art. 15.º À D. O. S. compete:

a) encarregar-se do estudo e solução de problemas de saude pública, para os quais não haja órgãos especallizados no D. N. S.

b) orientar e estimular, per si ou por intermédio das Delegacias Federais de Saude, a organização e o aprlramento do dos serviços de saúde do país, fiscalizar a sua execução e prestar-lhe, quando possível, assistencia material e tecnica;

c) cooperar com as repartições estaduais de saude públca para a instituição de unidades sanitárias que funcionem como tipos padrões para demonstração e estudo de problemas de organização e administração sanitaria e treinamento de pessoal;

d) opinar obrigatorivamente sobre quaisquer projetos de ampliação ou reforma dos serviços de saude pública e respectivos códigos e regulamentos;

e) padronizar as atividades de saude pública no país, uniformizando as respectivas tecnicas, respeitadas as características regionais;

f) cooperar em cursos regionais intensivos de saude pública, para aperfeiçoamento de tecnicos e auxiliares dos serviços estaduais;

g) levantar os “índices sanitários” de cidades brasileiras, de acordo com os padrões estabelecidos pela repartição Panamericana de Washington;

h) fazer, em todo o territorio nacional, a avaliação do trabalho de saude publica, como fator decisivo para seu impulso e aprimoramento;

i) encarregar-se da publicação dos Arquivos de Higiene;

j) elaborar resenhas tecnicas, sempre atualizadas, respeito a execução de tarefas de saude pública, divulgando com a precisa exatidão e documentadamente, novas aquisições científicas, tornando claras as possibilidades de sua aplicação prática e dando notícia dos resultados com essas publicações;

l) cooperar com a Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saude, na organização de projetos e plantas para unidades sanitarias-padrões de diversos tipos;

m) ocupar-se do estudo de problemas de saneamento, relativos à coleta e tratamento do lixo, higiene das habitações e locais de trabalho, saneamento rural, instalações para beneficiamento de produtos alimenticios, luta contra ruidos, controle da poluição atmosférica;

n) fazer a articulação de entidades administrativas interessadas nos assuntos de nutrção, para fixação e execução de uma política de alimentação dirigida, indispensavel ao equilíbrio econômico e à valorização fisiologica do elemento humano

o) planejar inqueritos econômico-sanitários para conhecer os hábitos e verdadeiras condições alimentares nas diversas reglões do país, apurando seus principais defeitos, a extensão do estado de má nutrição das doenças de carencia e estados pre-carenciais, nas várlas classes da população;

p) promover medidas tendentes a fomentar a produção e o consumo de alimentos de real valor nutritivo;

q) organizar padrões de alimentação balanceada para diversas classes da população, de acordo com o clima e hábitos regionais;

r) incentivar a criação e auxiliar a instação de novas escolas de enfermeiras no país

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS FUNCIONÁRIOS E EXTRANUMERÁRIOS

Art. 18.º Ao diretor geral do D. N. S. incumbe:

- a) dirigir, coordenar e fiscalizar os trabalhos do D N S e representá-lo em suas relações externas;
- b) assegurar a estreita colaboração dos diversos órgãos do D N S entre si e com os serviços estaduais municipais e instituições privadas, que tenham a seu cargo atividades de saúde, coordenando-os, orientando-os, fiscalizando-os e auxiliando-os;
- c) entender-se diretamente e autorizar entendimentos com autoridades da União dos estados e municípios para o exato cumprimento das finalidades do D N S
- d) representar ao Ministro do Estado, sugerindo providencias do a Governo Federal, toda a vez que julgar improficuos os seus esforços junto as repartições e instituições de saúde para que tenham cumprimento as atribuições do D. N. S.
- e) colaborar com a comissão de Estudos dos Negócios Estaduais na solução de problemas de saúde;
- f) opinar em todos os assuntos que, dizendo respeito as atividades dos órgãos do D. N. S., devam ser solucionados pelas autoridades superiores, e resolver os demais, ouvidos os referidos órgãos;
- g) aprovar os planos de pesquisas, estudos, inquérito e investigações sobre assuntos de saúde a serem reallzados pelos diferentes órgãos do D. N. S.
- h) despachar pessoalmente com o Ministro da Educação e Saúde
- i) despachar semanalmente com os diretores chefes dos diversos órgãos do D. N. S., determinando as providencias necessárias à boa marcha dos serviços a eles cometidos;
- j) Inspeccionar as atividades dos diversos órgãos do D. N. S., ou mandar fazê-lo quando parecer conveniente, pelos respectivos diretores e chefes e pelos delegados federais de saúde;
- l) colaborar na organização e na realização dos cursos de aperfeiçoamento e especialização a cargo do D. N. S.;
- m) apresentar, anualmente ao Ministro de Estado, o relatório dos trabalhos reallzados pelos diversos órgãos do D. N. S.
- n) solicitar a distribuição de créditos orçamentários e fazer verificar a sua aplicação;
- o) designar o seu secretário e auxiliar, o chefe do S.A. e os Inspetores de Saúde dos Portos; aprovar as designações de chefes dos diversos órgãos do D. N. S. e opinar . nas propostas de designação do dirigente e professores e coordenador e coordenador dos cursos de aperfeiçoamento do D. N. S.;
- p) movimentar o pessoal de um para outro órgão do D. N. S., respeitada a lotação;
- q) propor a designação de técnico dos diversos órgãos do D. N. S. para servirem em carater transitorio junto às repartições sanitarias estaduais e instituições privadas;
- r) propor, admitir ou dispensar, na forma da legislação em vlgor, o pessoal extranumerário
- s) conceder férias aos diretores do I. O. C, Divisões e Servlços aos delegados federais de Saúde e ao chefe do S. A.;
- t) impor penas disciplinares ao pessoal do D. N. S., inclusive a de suspensão até 30 dias e representar ao Ministro de Estado quando a penalidade não couber na sua alçada;
- u) determinar a instauração de processo administrativo;
- v) baixar instruções de serviço para o fiel cumprimento das atribuições e encargos dos diversos órgãos do D. N. S.;

x) exercer quaisquer atribuições que lhe forem legalmente cometidasArt. 22. Aos delegados federais de Saúde incumbe:

- a) dirigir, coordenar e fiscalizar o trabalho da delegacia sob sua direção
- b) comunicar-se, por intermédio do Diretor Geral, ou diretamente quando por ele autorizado, com autoridades da União, Estados ou Municípios sempre que o exigir o interesse do serviço, requisitando delas as providências necessárias ao fiel desempenho de suas funções.
- c) manter a estreita colaboração com os demais órgãos do D. N. S.;
- d) inspecionar ou mandar inspecionar, sempre de acordo com instruções do Diretor Geral, as atividades sanitárias ou assistenciais da respectiva Região;
- e)fornecer à S.O. dados para a proposta orçamentária
- f)enviar semanalmente e com rigorosa pontualidade os diários pormenorizados das atividades desempenhadas na semana anterior, por si e pelo pessoal tecnico lotado na respectiva Delegacia;
- g) propor, admitir e dispensa o pessoal extranumerário, na forma da legislação em vigor
- h) movimentar o pesssoal da Delegacia de acordo com as necessidades do serviço, respeitada a lotação;
- i) prorrogar ou antecipar o expediente;
- j)impor penas disciplinares, inclusive a de suspensão até 15 dias, e representar ao Diretor Geral quando a penalldade não couber na sua alçada;
- l) aprovar a escala de férlas do pessoal da Delegacia
- m) baixar ordens de serviço para o fiel cumprimento do disposto neste Regimento.

DECRETO-LEI n.º 8.675 - de 4 de Fevereiro de 1942

Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Febre Amarela do Departamento Nacional de Saúde.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 74, letra a, da Constituição decreta:

Art. 1.º Fica aprovado o Regimento do Serviço Nacional de Febre Amarela (S. N. F. A) que, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde, com este baixa.

Art. 2.º Este decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 4 de Fevereiro de 1942, 121.º da Independência e 54.º da República.

Regimento do Serviço Nacional de Febre Amarela do Departamento Nacional de Saúde

CAPÍTULO I/DA FINALIDADE

Art. 1.º O Serviço Nacional de Febre Amarela (S. N. F. A.), órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde (D. N. S.), tem por finalidade o combate, em todo o território brasileiro, da febre amarela nas suas modalidades urbana, rural e silvestre e a realização de estudos, inquéritos e investigações que lhe sejam atinentes

CAPÍTULO II/DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2.º O S. N. F. A. compreenderá serviços centralizados, técnicos e administrativos, e serviços de campo.

Art. 3.º Os serviços centralizados ficarão a cargo, respectivamente, dos seguintes órgãos;

Secção de Epidemiologia (S. E.); Secção do Controle Anti-Stegômico (S. C. S.); Secção de Viscerotomia (S. Vi.); Secção de Vacinação (S. Va.); Secção de Administração (S. A.)

Art. 4.º Para efeito da execução dos trabalhos de campo do Serviço fica o território brasileiro dividido em circunscrições.

& 1.º A divisão em circunscrições de que trata este artigo, será determinada em portaria do diretor geral do D. N. S., por proposta do diretor do Serviço.

& 2.º As circunscrições serão divididas em setores, de acordo com as necessidades dos serviços

& 3.º Na circunscrição correspondente ao Distrito Federal, os serviços serão distribuídos por sete setores especiais, a que incumbirá, também, o combate ao Culex.

Art. 5.º As S. E., S. C. S., S. Vi., Va. e as circunscrições serão chefiadas por funcionários designados pelo diretor do Serviço, mediante aprovação do diretor geral, dentre os pertencentes a carreira de Médico Sanitarista, ou por extranumerários especialmente contratados para esse fim.

Art. 6.º A S. A. terá um chefe designado pelo diretor do Serviço, mediante aprovação do diretor geral.

Art. 7.º O diretor do Serviço será auxiliado por um secretário por ele designado.

Art. 8.º As secções e circunscrição, de que trata o artigo 3º e 4.º, funcionarão perfeitamente coordenadas, em regime de mútua colaboração, sob a orientação do diretor do serviço.

DECRETO-LEI n.º 8676 - de 4 de fevereiro de 1942

Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Peste do Departamento Nacional de Saúde

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 74, letra a, da Constituição, decreta:

Art. 1.º Fica aprovado o Regimento do Serviço Nacional de Peste (S.N.P.) que, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde, com este baixa.

Art. 2.º Este decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário

Rio de Janeiro, em 4 de Fevereiro de 1942, 121.º da Independência e 54.º da República.

Getúlio Vargas/Gustavo Capanema.

Regimento do Serviço Nacional de Peste do Departamento Nacional de Saúde

CAPÍTULO I/DA FINALIDADE

Art. 1.º O Serviço Nacional de Peste (S . N . P .) órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.), tem por finalidade o combate, em todo o território brasileiro, da peste nas suas modalidades urbana, rural e silvestre e a realização de estudos, inquéritos e investigações que lhe sejam atinentes.

CAPÍTULO II/DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2.º O S.N.P. compreenderá serviços centralizados, técnicos e administrativos, e serviços de campo.

Art. 3.º Os serviços centralizados ficarão a cargo, respectivamente, dos seguintes órgãos:

Secção de Epidemiologia (S.E.); Secção de Organização e Controle (S.O.C.); Secção de Administração (S.A.),

Art. 4.º Para efeito da execução dos trabalhos de campo do Serviço fica o território brasileiro dividido em circunscrições,

& 1.º A divisão em circunscrições, de que trata este artigo, será determinada em portaria do diretor geral do D.

N. S. por proposta do diretor do S.N.P.

§& 2.º As circunscrições serão divididas em setores de acordo com as necessidades dos serviços

Art. 5.º As S.E., S.O.C e as circunscr serão chefiadas por funcionários designados pelo diretor do Serviço mediante aprovação do diretor geral, dentre os pertencentes a carreira de Medico Sanitarista ou por extranumerarios especialmente contratados para esse fim

Art. 6.º A S. A. terá um chefe designado pelo diretor do Serviço, mediante aprovação do do diretor geral.

Art. 7.º O diretor do Serviço sera aixiliado por um secretario por ele designado.

Art. 8.º As secções e clrcunscrições, de que tratam os Arts. 3.º e 4.º, funcionarão perfeitamente coordenadas, em regime de mútua colaboração, sob a orientação do diretor do Serviço.

DECRETO-LEI n.º 8.677 -de 4 de Fevereiro de 1942

Aprova o Regimento do Servico Nacional da Malária do Departamento Nacional de Saude

O Presidente da Republica, usando da atribuição que lhe conrere o artigo 74, letra a, da Constituição, decreta:

Art. 1.º Fica aprovado o Regimento do Serviço Nacional de Malaria (S. N. M.) que, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde, com este baixa:

Art. 2.º Este decreto -entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 4 de Feverelro de 1942

121.º da Independencla e 54.º da República.

Getúlio Vargas/Gustavo Capanema

Regimento do Serviço Nacional de Malária do Departamento Nacional de Saúde

CAPÍTULO I/DAS FINALIDADES

Art. 1.º O Serviço Nacional de Malária (S. N. M.) órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.) tem por finalidade:

- a) organizar, em todo o país, o plano de combate à Malária, constituindo-se o centro orientador, coordenador e fiscalizador das atividades dos serviços estaduais, municipais e privados, empenhados na campanha e ainda o órgão realizador da parte que, no programa fixado, tocar à administração federal;
- b) opinar sobre a organização de quaisquer serviços de combate à malária no país e bem assim sobre regulamentos e regimentos que cuidem do assunto;
- c) procurar padronizar, respeitadas as conveniências regionais, as organizações não federais, oficiais e privadas, de luta contra a malária, em todo o país, unifomizando-lhes os trabalhos e modelos de serviços elaborando, para isto, as necessárias instrucões;
- d) realizar estudos. inquéritos e investigações sobre a epidemiologia, profilaxia e terapeutica da malária.

CAPÍTULO II/DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2.º o S. N. M. compreenderá serviços centralizados, tecnicos e administrativos, e serviços de campo.

Art. 3.º Os servlcos centralizados ficarão à cargo, respectivamente, dos seguintes órgãos:

Secção de Epidemiologia (S. E.); Secção de Organização e Controle (S.O.C.); Secção de Pequena Hidráulca (S. P. H.); Secção de Administração (S. A.).

Art. 4.º Para efeito da execução dos trabalhos de campo do Servico, flca o território brasileiro dividido em circunscrições.

§& 1.º A divisão em circunscrições de que trata este artigo será determinada em portaria do diretor geral do D. N. S., por proposta do diretor do Serviço.

§&2.º As circunscrições serão divididas em setores de acordo com as necessidades dos serviços.

Art. 5.º As S. E., S. O. C., S. P. H. e as circunscrições serão chefiadas por funcionarios designados pelo diretor do Serviço, mediante aprovação do diretor geral dentre os pertencentes a carreira de Médico Sanitarista, ou extranumerário especialmente contratado para esse fim.

Art. 6.º A S.A. terá um chefe designado pelo diretor do Serviço, mediante aprovação do diretor geral.

Art. 7.º O diretor do serviço será auxiliado por um secretário, por ele designado.

Art. 8.º As Seccões e circunscrições de que tratam os artigos 3.º e 4.º, funcionarão perfeitamente coordenadas em regime de mutua colaboração, sob a orientação do diretor do serviço.

DECRETO-LEI n.º 3.672 de 1 de outubro de 1941

Regula o regime de combate à malaria em todo o país

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

Art. 1.º As medidas de combate à malaria, executadas pela União, pelos Estados e pelos unicipios, ou por particulares, dependerão de prévios reconhecimentos ou inspeções, e serão coordenadas, orientadas e fiscalizadas pelo Serviço Nacional de Malária.

Art. 2.º O combate à malária será realizado com a aplicação das seguintes medidas:

- a) trabalhos de hidráulica sanitária e outras obras de saneamento, visando dificultar ou impedir a procriação dos culicídeos transmissores;
- b) destruição sistemática dos anofelinos de responsabilidade epidemiológica local, em qualquer das suas fases evolutivas;
- c) proteção dos indivíduos e das habitações pelo emprego de processos mecânicos, químicos ou biológicos;
- d) isolamento e tratamento dos doentes e gametóforos, visando a extinção ou pelo menos a redução da sua capacidade infectante;
- e) educação sanitária das populações.

DECRETO-LEI n.º 4.296 -de 13 de Maio de 1942

Cria, no Departamento Nacional de Saúde, cursos de aperfeiçoamento e especialização e dá outras providências O Presidente da República; usando de atribuição que lhe confere o art. 180- da Constituição, decreta:

Art. 1.º Ficam criados, no Departamento Nacional de Saúde (D. N. S.) do Ministério da Educação e Saúde, cursos de aperfeiçoamento e especialização para os servidores do referido Departamento.

Parágrafo único. Os cursos visarão também o aperfeiçoamento de dirigentes e funcionários de serviços estaduais de saúde, sendo ainda acessíveis a outros médicos ou engenheiros, devidamente qualificados nos termos do regulamento, que neles pretendam ingressar ou admitidos como extranumerários nos órgãos especializados do D. N. S.

Art. 2.º Os cursos criados pelo presente decreto lei, assim como o Curso de Saúde Pública, de que trata o decreto-lei n. 3.333 de 6 de Junho de 1941, e os cursos de aplicação do Instituto Oswaldo Cruz serão dirigidos, sob a designação de Cursos do Departamento Nacional de Saúde, por um funcionário do do Ministério da Educação e Saúde, designado pelo Presidente da República, mediante proposta do Diretor Geral do D. N. S. a quem ficará subordinado.

§ 1.º Fica criada, no Ministério da Educação e Saúde a função de diretor dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde, com gratificação anual de 7:800\$000 (sete contos e oitocentos mil réis).

§ 2.º Ficam revogados o art. 4.º e seu parágrafo único do decreto-lei n. 3.333, de 6 de Junho de 1941

Art 3.º . A organização dos cursos do I. O. C. será anualmente proposta pelo diretor do Instituto Oswaldo Cruz ao diretor dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde.

Art. 4.º Os cursos referidos no art. 1.º serão ministrados por técnicos nacionais ou estrangeiros, especialmente contratados, podendo, porém, ser designados como professores ou assistentes, funcionários ou extranumerários do Ministério da Educação e Saúde.

§ 1.º Os professores e assistentes perceberão, nos termos da legislação em vigor, honorários e 50\$000 a 30\$000, respectivamente, por hora de aula dada ou de trabalho executado até o limite máximo de doze horas por semana.

§ 2.º Os funcionários ou extranumerários, designados na forma deste artigo, poderão, em casos especiais, a critério do presidente da República, ser dispensados dos trabalhos normais das repartições ou serviços em que estiverem lotados. Ficarão obrigados, nesta hipótese, a dezoito horas semanais de aulas e trabalhos escolares, não tendo direito a honorários previstos no parágrafo anterior.

§ 3.º O processo de admissão e remuneração constante do artigo 3.º e seus parágrafos do decreto-lei n. 3.333, de 6 de junho de 1941, regulará, também, a admissão e remuneração do pessoal docente dos cursos de aplicação do Instituto Oswaldo Cruz

Art. 5.º Ao aluno que terminar qualquer dos cursos a que se refere o artigo 1.º será expedido certificado de aprovação.

§ 1.º Este certificado será considerado prova de habilitação para admissão como extra-numerário, dentro da função a que se referir o curso.

§ 2.º As legislações dos Estados determinarão as condições de preferência dos portadores dos certificados para admissão a cargos ou funções dos respectivos serviços de saúde.

Art. 6.º Este decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 13 de maio de 1942, 121.º ano da Independência e 54.º da República.

Getúlio Vargas/Gustavo Capanema

DECRETO-LEI n.º 9.388 de 13 de Maio de 1942

Aprova o regulamento dos cursos de aperfeiçoamento e especialização do Departamento Nacional de Saúde, a que se refere o decreto lei n. 4.296, de 13 de maio de 1942. O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 74, letra a, da constituição, decreta:

Artigo único. Fica aprovado o regulamento dos cursos de aperfeiçoamento e especialização do Departamento Nacional de Saúde, a que se refere o decreto-lei n.º 4.296, de 13 de maio de 1942, o qual com este baixa,

assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde.

Rio de Janeiro, 13 de maio de 1942, 121.º ano da independência e 54.º da República.

Getúlio Vargas/Gustavo Capanema.

Regulamento dos Cursos de Aperfeiçoamento, e de Especialização do Departamento Nacional de Saúde, a que se refere o decreto-lei n. 4.296, de 13 de Maio de 1942

Art. 1.º Serão realizados, no Departamento Nacional de Saúde (D . N . S .), nos termos do decreto-lei n. 4.296, de 13 de Maio de 1942. cur sos de aperfeiçoamento e especialização sobre os seguintes assuntos:

1-Organização e administração sanitária; 2- Malária; 3-Lepra; 4-Tuberculose; 5-Peste; 6-Câncer; 7-Engenharia Sanitária; 8-Estatística Vital; 9-Técnicas de laboratórios; 10- Higiene mental e psiquiatria clínica; 11- Organização e administração hospitalar

1. CURSO DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA

a) Organização de serviços sanitários estaduais órgãos competentes, centrais e descentralizados; b) Unidades sanitárias locais e distritais; c) Pessoal: admissão, preparo, constituição de carreiras, acesso, remuneração; d) Organização de orçamentos, finanças sanitárias; e) Avaliação do trabalho de saúde pública; g) Levantamento de índices sanitários

2. CURSO DE MALÁRIA

a) Entomologia aplicada; b) Protozoologia aplicada; c) Epidemiologia da malária; d) Clínica e terapêutica; e) Topografia e pequenas obras de saneamento; f) Profilaxia; g) Organização e Administração sanitárias aplicadas.

3. CURSO DE LEPROSA

a) Propedêutica dermatológica aplicada; b) Etiologia e patologia geral da infecção leprosa; c) Estudo clínico e diagnóstico; d) Terapêutica; e) Epidemiologia e profilaxia; f) Organização e administração de serviços e estabelecimentos de combate à doença;

4. CURSO DE TUBERCULOSE

a) Etiopatogenia, dados epidemiológicos de maior significação para o combate a doença; b) importância do cadastro tuberculoso e do recenseamento torácico; c) Diagnóstico: método e práticas mais aconselháveis; importância do diagnóstico precoce; d) Prognóstico e complicações; e) Tratamento; f) Profilaxia, legislação social; g) Organização e administração de estabelecimentos de combate a doença.

5- CURSO DE PESTE

a) Bacteriologia aplicada; b) Entomologia aplicada; c) Estudo dos roedores; d) Diagnóstico clínico e e) Epidemiologia; f) Profilaxia; g) Organização e administração de serviços de combate à doença.

6- CURSO DE CÂNCER

a) Etiopatogenia da doença; b) Diagnóstico e tratamento; c) Profilaxia; d) Organização da luta anti-cancerosa.

7 - CURSO DE ENGENHARIA SANITÁRIA

a) Águas, esgotos e lixo, urbano e rurais; b) Ventilação, condicionamento ar, iluminação e outros problemas da habitação; c) Questões da alçada do engenheiro sanitário, relativas a preparação, conservação e distribuição de gêneros alimentícios; d) Problemas de higiene industrial, inclusive controle da poluição atmosférica e dos rios; e) Obras de saneamento, visando particularmente a profilaxia da malária.

8- CURSO DE ESTATÍSTICA VITAL

a) Coleta e apresentação de dados relativos a fatos vitais; b) Cálculo, correção e ajustamento de coeficientes; c) Distribuição de frequência; d) Associação, correlação; noções, cálculo de probabilidade; e) Organização e administração de serviços de bio-estatística.

9-CURSO DE TÉCNICA DE LABORATÓRIO

a) Técnicas de análises clínicas; b) Técnicas aplicáveis ao trabalho profilático; c) Técnicas para controle de água; d) Técnica para controle do leite e outros produtos químicos que interessam a saúde pública.

10- CURSO DE HIGIENE MENTAL E PSIQUIATRIA CLÍNICA

a) Semiótica e patologia mentais; b) Clínica e terapêutica psiquiátrica; c) Higiene e profilaxia mentais; d) Assistência psiquiátrica.

11-CURSO DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALARES

a) Evolução e classificação das instituições hospitalares e de assistência médico-hospitalar; b) Pontos

fundamentais no planejamento, localização, construção, organização e instalações de hospitais e de outros estabelecimentos de assistência; c) Manutenção e serviços administrativos de hospitais e outros estabelecimentos de assistência; d) Registro, estatística, contabilidade e aspecto econômico da administração hospitalar; e) Serviços médicos, atividades auxiliares, assistência social e jurídica a doentes, anormais, deficientes físicos e desamparados.

Art. 3.º Os programas dos cursos serão organizados de modo que será atendida a conveniente harmonia de orientação didática

DECRETO-LEI n.º 10.013 de 17 de julho de 1942

Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Educação Sanitária do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 74, letra a, da Constituição, decreta

Art. 1.º Fica aprovado o regimento do Serviço Nacional de Educação Sanitária (S.N.E.S.) que, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde, com este baixa.

Art. 2.º Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 1942, 121.º da Independência e 54.º da República

Regimento do Serviço Nacional de Educação Sanitária

CAPÍTULO I/DA FINALIDADE

Art. 1.º O Serviço Nacional de Educação Sanitária (S.N.E.S.), órgão do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.), tem por finalidade formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde.

CAPÍTULO II/DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2.º O S.N.E.S. compreende: Secção de Educação e Propaganda (S.E.P.); Museu da Saúde (M.S.); Secção de Administração (S.A.).

Art. 3.º O diretor do serviço será auxiliado por um secretário, por ele designado.

Art. 4.º A S.E.P., o M.S. e a S.A. terão chefes, designados pelo diretor, mediante aprovação do diretor geral do D.N.S.

Art. 5.º Os órgãos que integram o S.N.E.S. funcionarão perfeitamente coordenados, em regime de mútua colaboração, sob a orientação do diretor.

CAPÍTULO III/DA COMPETENCIA DOS ORGÃOS

Art. 6.º À S.E.P. compete:

- a) publicar avulsos, folhetos, livros, catálogos e cartazes destinados a educação sanitária;
- b) promover, com regularidade, a divulgação, por todo o país, de notas soltas e artigos sobre assuntos de saúde e sobre as atividades do S.N.E.S.
- c) publicar, com regularidade, um periódico de propaganda e educação sanitária destinado as massas populares;
- d) editar publicações de caráter especial destinadas a médicos, educadores e entidades encarregadas da direção de coletividades, principalmente infantis e juvenis;
- e) utilizar-se da palavra falada, da projeção luminosa, inclusive cinematográfica, de rádio-difusão e televisão para fins de propaganda e educação sanitárias e da divulgação dos propositos e atividades do S.N.E.S. e demais órgãos do D.N.S.;
- f) promover a realização de concursos de saúde que ensejem a propaganda da educação sanitária;
- g) orientar, coordenar, estimular e auxiliar os trabalhos de educação e propaganda sanitárias. realizados por entidades estatais, paraestatais, semi-oficiais e particulares, bem como opinar sobre os respectivos planos, no seu aspecto técnico e econômico e quanto a oportunidade de sua realização, articulando-se com os órgãos competentes, quando se tratar de assuntos da alçada de serviços especiais dos do D.N.S.;
- h) fornecer, mediante ajuste, aos órgãos de finalidades análogas dos serviços estaduais de saúde, subsídios e material de propaganda e educação sanitárias, necessários às suas atividades;
- i) sugerir ao diretor a solicitação aos demais órgãos do D.N.S. de subsídios aos trabalhos da secção, e mesmo de originais destinados à publicidade;
- j) promover, para fins de publicação, a aquisição de trabalhos originais que se relacionam com as finalidades do S.N.E.S. ;
- l) distribuir suas publicações por todo o país
- m) realizar, com entidades nacionais e estrangeiras, o intercâmbio de publicações e de outro qualquer material de propaganda e educação sanitária;
- n) articular-se com órgãos federais, estaduais, ou municipais, sejam ou não de finalidade sanitária, para extensão das atividades do S.N.E.S.

DECRETO-LEI n.º 10.323 de 26 de agosto de 1942

Aprova o Regimento do Serviço Federal de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 74, letra a, da Constituição, decreta:

Art. 1.º Fica aprovado o Regimento da Escola Federal de Bioestatística (E.F.Be.))) que, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde, com este baixa:

Art. 2.º Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 1942, 121.º da Independência o 54.º da República.

Regimento do Serviço Federal de Bioestatística

CAPÍTULO I/DA FINALIDADE

Art. 1.º O Serviço Federal de Bioestatística (B.P.Be.), órgão integrante do D.N.S.; tem por finalidade o aperfeiçoamento dos registros vitais, a adoção em todo o país de padrões bioestatísticos, o estudo e publicação dos principais dados de estatística vital relativos ao território brasileiro. a análise e interpretação das estatísticas de morbidade e mortalidade dos estabelecimentos nosocomiais e a realização de estudos e investigações sobre assuntos bioestatísticos de interesse nacional ou regional

CAPÍTULO II/DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2.º O S.F. Be. compõe-se de

Secção de Estatística Sanitária (S.E. S.); Secção de Estatística Nosocomial (S.E.N.); Secção de Apuração e Publicação (S. A. P.); Secção de Administração (S. A.)

Art. 3.º As Secções serão chefiadas por funcionários designados pelo diretor do Serviço mediante aprovação do diretor geral do D.N.S.

Art. 4.º O diretor do Serviço será auxiliado por um secretario por ele designado

Art. 5.º As Secções que integram o S.F.Be. funcionarão perfeitamente coordenadas, em regime de mútua colaboração sob a orientação do diretor do Serviço.

CAPÍTULO III/DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

Art. 6.º À S. E. S. compete:

- a) cooperar para a instituição e progressiva ampliação no território brasileiro de “áreas de registro” em que se assegure o registro efetivo, exato, individual e imediato, em certificados uniformes, de, pelo menos noventa por cento dos nascimentos e óbitos;
- b) providenciar junto às autoridades dos Estados, dos Territórios e do Distrito Federal sobre o cumprimento das normas já fixadas e das que venham a ser estabelecidas para o levantamento e a apuração da bioestatística
- c) obter, com os necessários esclarecimentos, analisar e interpretar os dados estatísticos de maior importância, sob o ponto de vista da higiene e saúde pública e relativos a todo o país
- d) planejar e realizar estudos e investigações sobre assuntos de estatística sanitária de interesse nacional ou regional.

Art. 7.º À S.E.N. compete:

- a) obter com os necessários esclarecimentos, analisar e interpretar os dados bioestatísticos de maior importância relativos aos estabelecimentos nosocomiais, especialmente hospitais gerais, sanatórios, leprosários e instituições de assistência a psicopatas;
- b) incentivar a adoção pelos estabelecimentos nosocomiais de métodos uniformes de registro e apuração de dados vitais;
- c) cooperar para a organização de serviços de registro e estatística em estabelecimentos nosocomiais;
- d) planejar e realizar estudos e investigações sobre assuntos de estatística nosocomial de interesse nacional ou regional,

Art. 8.º À S.A.P compete:

- a) fazer a apuração mecânica dos dados bioestatísticos;
- b) executar os trabalhos de cartografia necessários ao Serviço;
- c) providenciar a publicação de resenhas, anais, boletins mensais e anuários de estatística vital, bem como a de trabalhos especiais das Secções.

DECRETO-LEI n.º 12.784 – de 18 de dezembro de 1955

Altera o art. 7.º do Decreto n.º 8.612 de 6 de setembro de 1946.

O Prefeito do Distrito Federal:

Usando de atribuições que lhe confere o art. 4.º do Decreto-Lei n.º 9.693 de 2 de setembro de 1946.

Decreta:

Art. 1.º Os Ambulatórios de Doenças Venéreas a que se refere o art. 7.º do Decreto n.º 8.612, de 6 de setembro de 1946, que funcionam nos Centros de Saúde, passam a subordinar-se às Chefias dos respectivos Distritos

Sanitários.

Art. 2.º Compete ao chefe do Serviço de Doenças Venéreas orientar e supervisionar tecnicamente os Ambulatórios de Doenças Venéreas, que funcionarão na forma das instruções técnicas baixadas pelo Diretor do Departamento de Higiene, propostas pela Chefia do serviço de Doenças Venéreas.

Art. 3.º Revogam-se as disposições em contrário.

Distrito Federal, 18 de fevereiro de 1955 - 67.º da República.

ALIM PEDRO

DECRETO-LEI n.º 13.435 - de 31 de dezembro de 1956

Altera a redação dos dispositivos que menciona do Regulamento aprovado pelo Decreto n.º 9.761, de 21-5 de 1949.

O Prefeito do Distrito Federal, usando das atribuições que lhe confere o item II do § 1.º, do artigo 25 da Lei n.º 217, de 15 de janeiro de 1948, decreta:

Art. 1.º O § 1.º do art. 281 do Regulamento aprovado pelo Decreto no 9.761, de 21 de maio de 1949, passa a ter a seguinte redação:

Art. 281 § 1.º - Nenhum indivíduo poderá exercer qualquer função relacionada com gêneros alimentícios e alimentação sem possuir, previamente, carteira de saúde, para este fim expedida pela autoridade sanitária, após exames e imunizações julgados necessários, cumprindo aos proprietários dos estabelecimentos locais ou meios de transporte, distribuição e entrega, relacionados com gêneros alimentícios e alimentação, possuir e exigir de seus subordinados carteiras de saúde, que serão revalidadas de seis em seis meses, a menos que aquela autoridade julgue necessária a revalidação em prazo mais curto” .

Art. 2.º Enquanto não forem aprovadas as Instruções Especiais o artigo 239 do regulamento sanitário será acrescido de um parágrafo.

Art. 239. para garantia das exigências contidas nos artigos 237 e 238, todo trabalhador será submetido a exame inicial de saúde, a imunizações e a exames periódicos, registrados em Carteira de Saúde individual, conforme for estabelecido em Instruções Especiais.

Parágrafo único. E' tornado obrigatório o uso de Carteira de Saúde para os indivíduos que trabalhem nas seguintes atividades: manipuladores de drogas e medicamentos, barbeiros, cabeleireiros, manicuras, empregadas domésticas (cozinheiras, copeiras arrumadeiras e as que cuidam das crianças, como as chamadas “babas”) .

Art. 3.º- Revogam-se as disposições em contrário.

Distrito Federal, 31 de dezembro de 1956.

FRANCISCO NEGRÃO DE LIMA/Darcy Bastos de Souza Monteiro

DECRETO-LEI n.º 13.868 de 24 de abril de 1958

Institui as normas a serem observadas pelos Departamentos de Higiene e Edificações, das Secretarias Gerais de Saúde e Assistência e Viação e Obras, respectivamente.

O Prefeito do Distrito Federal usando das atribuições que lhe confere o Art. 25 & 1.º n.º II da Lei Orgânica, e considerando a necessidade de uniformizar as providências do Departamento de Higiene, da Secretaria Geral de Saúde e Assistência, e do Departamento de Edificações da Secretaria-Geral de Viação e Obras, com relação às construções e no momento de permitir seu uso ou habitação decreta:

Art. 1.º Os requerimentos de licença apresentados ao Departamento de Edificações da Secretaria-Geral de Viação e Obras, para construções, modificações, reformas, acréscimos e instalações, não serão despachados por aquele Departamento sem a aprovação do Departamento de Higiene da Secretaria-Geral de Saúde e Assistência.

Parágrafo Único. Para esse fim, os interessados apresentarão no Departamento de Higiene, da Secretaria de Geral de Saúde e Assistência, duas cópias do projeto apresentado no Departamento de Edificações, da Secretaria de Viação e Obras, salvo no caso de reforma, caso em que será enviado o processo, pelo Departamento de Edificações, ao Departamento de Higiene.

Art.. 2.º Nenhuma licença de localização será concedida pelo Departamento de Fiscalização da Secretaria Geral do Interior e Segurança para qualquer atividade comercial industrial ou profissional, sem o prévio assentimento sanitário.

Art. 3.º O Departamento de Edificações, da Secretaria Geral de Viação e Obras, só deverá conceder Habite-se ou aceitação, quando houver, em cada caso, o assentimento sanitário.

Art. 4.º Ficam revogadas as disposições em contrário

Distrito Federal, em 24 de abril de 1958, 70.º da República

FRANCISCO NEGRÃO DE LIMA/Guilherme Ribeiro Romano/Ulisses Rodrigues Hellmeister

DECRETO LEI n.º 13869 - de 24 de abril de 1958

Institui o Dispensário Lourenço Jorge da Barra da Tijuca, diretamente subordinado ao Departamento de Assistência Hospitalar, da Secretaria-Geral de Saúde e Assistência.

O Prefeito do Distrito Federal considerando o aumento populacional verificado na Barra da Tijuca e adjacências; Considerando que a distancia as dificuldades de tráfego, etc., dificultam a prestação de socorros aos habitantes daquela zona por outros estabelecimentos da rede hospitalar da Secretaria-Geral de Saúde e Assistência

Considerando, ainda, que, no caso, a descentralização dos exercícios é o que melhor se impõe, por evidente economia;

e usando da atribuição que lhe confere o artigo 25 - item II, & 1.º da Lei n.º 217, de 15 de janeiro de 1948, decreta:

Art. 1.º Fica instituído o Dispensário Lourenço Jorge na Barra da Tijuca, diretamente subordinado ao Departamento de Assistência Hospitalar da Secretaria-Geral de Saúde e Assistência, que se constituirá do atual Posto Lourenço Jorge, até então subordinado ao Hospital-Geral Miguel Couto, e de um Serviço de Salvamento

Art. 2.º Enquanto não forem criados os cargos dos respectivos dirigentes, de provimento em comissão, será o Dispensário Lourenço Jorge dirigido pelo atual Responsável pelo Posto Lourenço Jorge

Art. 3.º As despesas necessárias a instalação do Dispensário Lourenço Jorge serão atendidas à conta das verbas próprias da Secretaria de Saúde e Assistência.

Art. 4.º O Secretário Geral de Saúde e Assistência tomará todas as providências para a perfeita execução deste Decreto, resolvendo os casos omissos.

Art. 5.º Revogam-se as disposições em contrário.

Distrito Federal, em 24 de abril de 1958, 70.º da República.

FRANCISCO NEGRÃO DE LIMA/Guilherme Ribeiro Romano

DECRETOLEI n.º 14.058 de 15 de setembro de 1958

Dá nova redação ao Decreto número 13.936 de 1.º de julho de 1958, que institui, na Secretaria-Geral de Saúde e Assistência, o Conselho Consultivo, diretamente subordinado ao Secretário Geral.

O Prefeito do Distrito Federal:

Considerando a conveniência de estabelecer-se um sistema de planejamento harmonioso e ininterrupto, através das sucessivas administrações e visando sobretudo, à continuidade de ação, no que concerne aos programas que conduzam realmente, à consecução das finalidades dos serviços assistenciais na Capital da República;

Considerando indeclinável para a consubstanciação, desse planejamento, a colaboração dos ex-titulares os quais terão oportunidade de utilizar a experiência obtida em suas respectivas administrações e usando da atribuição que lhe confere o art. 25, item II, & 1.º da Lei n.º 217, de 15 de janeiro de 1948 decreta:

Art. 1.º Fica instituído, na Secretaria-Geral de Saúde e Assistência o Conselho Consultivo, sob a direta subordinação do Secretário-Geral

Art. 2.º - O Conselho Consultivo será constituído pelos ex-Secretários Gerais de Saúde e Assistência que a critério do Prefeito poderão ser dispensados, quando fôr o caso, de outro qualquer serviço na Prefeitura.

Art. 3.º - O Secretário-Geral de Saúde e Assistência baixará instrução para a execução deste Decreto.

Art. 4.º - Revogam-se as disposições em contrário.

Distrito Federal, 15 de setembro de 1958, 70.º da República.

JOSÉ J. DE SÁ FREIRE ALVIM./Guilherme Ribeiro Romano .

DECRETO-LEI n.º 14.183 - de 2 de dezembro de 1958

Restabelece a redação do § 1.º do art. 281, do Regulamento aprovado pelo Decreto n.º 9.761, de 21-5-49, alterada pelo art. 1.º do Decreto n.º 13.435, de 31-12-56.

O Prefeito do Distrito Federal, usando das atribuições que lhe confere o item II do § 1.º, do art. 25 da Lei n.º 217, de 15-1-48, decreta

Art. 1.º Fica restabelecida a inicial redação, abaixo transcrita, do § 1.º do artigo 281 do regulamento sanitário aprovado pelo Decreto n.º 9 761, de 21-5-49, posteriormente alterado pelo artigo 1.º do Decreto n.º 13.435, de 31-12-56:

“Art. 281, g 1. Nenhum indivíduo poderá exercer qualquer função relacionada com gêneros alimentícios e alimentação sem possuir, previamente, carteira de saúde, para esse fim expedida pela autoridade sanitária após os exames e imunizações julgados necessários cumprindo aos proprietários dos estabelecimentos, locais os meios de transporte, distribuição e entrega, relacionados com gêneros alimentícios e alimentação, possuir e exigir de seus subordinados, carteiras, de saúde, que serão revalidadas, anualmente, a menos que aquela autoridade julgue necessária a revalidação em prazo mais curto.

Art. 2.º São mantidas, entretanto as demais disposições do Decreto n.º 13.435, de 31-12-56.

Art. 3.º Revogam-se as disposições em contrário.

Distrito Federal, 2 de dezembro de 1958; 70.º da República.

JOSÉ J. DE SÁ FREIRE ALVIM/Guilherme Ribeiro Romano

DECRETO-LEI nº 14.474 - de 13 de julho de 1959

Aprova as normas regulamentares para a estrutura e funcionamento da

rêde dispensarial do Departamento de Tuberculose da Secretaria-Geral de Saúde e Assistência

O Prefeito do Distrito Federal, usando das atribuições que lhe confere o item II do § 1º do art. 25 da Lei nº 217, de 15 de janeiro de 1948, considerando a necessidade de se estabelecer normas regulamentares para a estrutura e funcionamento da rêde dispensarial do Departamento de Tuberculose, de modo a que os dispensários, como órgãos centrais de

luta contra a tuberculose -células fundamentais de sua profilaxia - possam atingir suas altas finalidades, decreta:

Art. 1.º Os dispensários de Tuberculose integram a organização técnica e administrativa do Departamento de Tuberculose, articulando-se com os diversos Serviços dos Distritos Sanitários em que os mesmos estejam instalados, para a execução das medidas profiláticas

Art. 2.º Ficam aprovadas as normas regulamentares, que a este acompanham para a estrutura e funcionamento da rêde dispensarial do Departamento de Tuberculose da Secretaria-Geral de Saúde e Assistência

Art. 3.º Revogam-se o Decreto número 14.126, de 21 de outubro de 1958 e as normas regulamentares que o acompanham, e as demais disposições em contrário.

Distrito Federal, 13 de julho de 1959 - 71.º da República.

JOSÉ JOAQUIM DE SA FREIRE ALVIM/ João dos Reis Machado/ Carlos Eduardo Valle

NORMAS REGULAMENTARES PARA A ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA REDE DISPENSARIAL DO DEPARTAMENTO DE TUBERCULOSE DA SECRETARIA-GERAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Art. 1.º Os Dispensários de Tuberculose integram a organização técnica e administrativa do Departamento de Tuberculose, articulando-se com os diversos Serviços dos Distrito.Sanitários, em que os mesmos estejam instalados, para a execução das medidas profiláticas.

Parágrafo único. Os Dispensários de Tuberculose terão a seguinte numeração, conforme os Distritos Sanitários em que estão situados com exceção do Dispensário do 1.º Distrito Sanitário, o qual, em virtude de convênio com a Prefeitura está a cargo do Serviço Nacional de Tuberculose: 2.º, 3.º 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º, 11.º, 12.º, 13.º, 14.º, 15.º e 16.º Dispensário de Tuberculose (DT).

Art. 2º Os Dispensários de Tuberculose tem por finalidade promover e coordenar medidas contra a tuberculose, dentro da área dos respectivos Distritos Sanitários, de acordo com as instruções do Departamento de Tuberculose, cabendo-lhes, sobretudo:

- a) a educação sanitária, como base de toda e qualquer campanha contra a tuberculose;
- b) o inquérito tuberculínico e a realização do cadastro torácico e, por seu intermédio. o levantamento das fontes de contágio tuberculoso;
- c) a investigação epidemiológica dos casos e dos óbitos com o exame sistemático dos respectivos conviventes;
- d) o tratamento ambulatorio e domiciliário de doentes;
- e) as medidas e o isolamento em domicílio. a seleção de doentes para a hospitalização, a internação de crianças em preventórios e a assistência econômico-social ao tuberculoso e a sua família;
- f) a vacinação de crianças e de indivíduos analérgicos pelo BCG;
- g) a cooperação com os médicos e com as entidades que também participem da luta contra a tuberculose a fim de que lhes sejam notificados todos os casos, para as providências profiláticas

Art. 3.º Os Dispensários de Tuberculose serão classificados pelo Departamento de Tuberculose em três tipos, A, B, C, consoante sua capacidade técnica, sua localização e o movimento de sua frequência.

Art. 4.º O Dispensário de Tuberculose será constituído das seguintes seções, convenientemente entrosadas entre si e trabalhando harmoniosamente:

1- Triagem e matrícula

2- Cadastro e vacinação, compreendendo

- a) Setor de cadastro torácico;
- b) Setor de Cadastro Tuberculinico;
- c) Setor de Vacinação.

3- Diagnóstico e tratamento, compreendendo:

- a) Setor de Diagnóstico;
- b) Setor de Tratamento.

4 - Radiologia, compreendendo:

- a) Setor de Abreugrafia, em unidades fixa e móvel;
- b) Setor de Radiologia Clínica.

5 - Estatística e Epidemiologia, compreendendo

- a) Setor de Arquivo Central;
- b) Setor de Controle Estatístico.
- 6 - Enfermagem, compreendendo:
 - a) Setor Interno; Enfermeiras, auxiliares e atendentes para as várias Seções;
 - b) Setor Externo ou de Visitação: Enfermeiras e visitadoras para visitação e tratamento domiciliários.
- 7- Assistência Social, compreendendo:
 - a) Setor de Transporte e Isolamento Domiciliário;
 - b) Setor de Internação;
 - c) Setor de Amparo Econômico-Social:
- 8 - Laboratório
- 9- Farmácia
- 10- Administração, compreendendo: a) Chefia; b) Secretaria; c) Almoxarifado.

DECRETO-LEI “E” Nº 7.477 – de 29 de outubro de 1974

Aprova o Regimento Geral da Secretaria de Saúde

REGIMENTO GERAL DA SECRETARIA DE SAÚDE

TÍTULO I

Da Natureza, dos Fins e da Competência

Art. 1º - A Secretaria de Saúde, unidade orgânica de primeiro nível, é órgão de execução de planos, programas e projetos específicos de Saúde Pública e de Assistência Médico-Hospitalar.

Art. 2º - A Secretaria de Saúde tem por finalidade precípua a prestação de serviços médicos, preventivos e assistenciais, à população do Estado.

CAPÍTULO III

Da Natureza, dos Fins e da Competência da Coordenação Geral de Saúde Pública

Art. 75 - A Coordenação-Geral de Saúde Pública, unidade orgânica de segundo nível, é órgão de execução de planos, programas e projetos específicos de saúde pública.

Art. 76 - A Coordenação-Geral de Saúde Pública tem por finalidade realizar os procedimentos necessários à prevenção da doença, à promoção da saúde, e à obtenção da eficiência física e mental.

Art. 77 - À Coordenação-Geral de Saúde Pública compete:

1 - proceder à elaboração de normas e rotinas, e à divulgação de novas técnicas e instrumentos de ação executiva, necessários à atualização dos órgãos da saúde pública da Secretaria de Saúde;

2 - planejar, coordenar, supervisionar, executar e controlar, direta e indiretamente, as atividades de saúde pública, no que se refere:

2.1 ao estudo das causas conhecidas, dependentes, significativas, mensuráveis e controláveis das doenças e óbitos e dos demais dados de bioestatística;

2.2 à promoção e à avaliação de pesquisas, inquéritos e estudos epidemiológicos, visando ao combate de doenças transmissíveis;

2.3 ao incentivo e à avaliação de pesquisas, inquéritos e estudos epidemiológicos, visando ao combate de doenças transmissíveis;

2.4 à assistência médico-sanitária à maternidade e à infância, através do pré-nupcial, do pré-natal, da higiene infantil, do pré-escolar, do escolar, da pediatria, da complementação dietética e da odontologia sanitária;

2.5 ao diagnóstico precoce e à prevenção das doenças degenerativas e do câncer;

2.6 à promoção e à avaliação da luta contra a tuberculose, a hanseníase e outras dermatoses de interesse sanitário, e às doenças venéreas;

2.7 às atividades de enfermagem de saúde pública;

2.8 ao estabelecimento de articulação com outros órgãos, visando à organização e à coordenação de programas integrados de saúde, bem como à sua supervisão e controle;

2.9 à realização de levantamentos, inquéritos, estudos e pesquisas, a fim de estabelecer diretrizes de atuação no campo da saúde mental;

2.10 à programação e ao controle da movimentação de pessoal;

2.11 à promoção do isolamento e do tratamento de portadores de doenças infecto-contagiosas agudas;

2.12 à realização de exames laboratoriais de rotina, abreguafias e de tratamento odontológico;

2.13 à realização de pesquisas;

2.14 à promoção do ensino e treinamento de servidores dos órgãos integrantes da Coordenação Geral de Saúde Pública, em entrosamento com o Centro de Estudos, Treinamento e Aperfeiçoamento.

3. - colaborar, quando solicitada, com a Assessoria de Planejamento e Programação, nos estudos que visem à minimização dos custos operacionais, e à obtenção do melhor rendimento técnico.

CAPÍTULO IV

Da organização da Coordenação – Geral de Saúde Pública

Art. 78 – A Coordenação-Geral de Saúde Pública, dirigida por um Coordenador, auxiliado por dois Assistentes, três Assessores Técnicos e um Secretário, é integrada pelos seguintes órgãos:

1 – Assessoria de Proteção Materno-Infantil; 2 – Assessoria da Epidemiologia e Profilaxia; 3 – Assessoria do Dermatovenereologia; 4 – Assessoria de Tuberculose; 5 – Assessoria de Educação Sanitária; 6 – Enfermagem de Saúde Pública; 7 – Instituto Estadual de Saúde Pública; 8 – Centro de Saúde (23); 9 – Serviço de Administração; 10 – Serviço de Biblioteca

Parágrafo único – Integram, ainda, a Coordenação-Geral de Saúde Pública as Unidades Satélites, em número de dez, subordinadas ao dirigente do Centro de Saúde da Região Administrativa em que estiver localizadas:

1 - Unidade Satélite do Alto da Boa Vista (VIII RA); 2 - Unidade Satélite do Riachuelo; 3 - Unidade Satélite de Cosmos; 4 - Unidade Satélite de Mendanha; 5 - Unidade Satélite do Rio da Prata; 6 - Unidade Satélite da Fazenda Modelo; 7 - Unidade Satélite da Praia de Guaratiba; 8 - Unidade Satélite da Barra de Guaratiba; 9 - Unidade Satélite de Santa Cruz; 10 - Unidade Satélite da Ilha do Governador

Seção XI/Da Natureza, dos Fins e da Competência dos Centros de Saúde

Art. 129 – Os Centros de Saúde, unidades orgânicas de quinto nível, em número de vinte e três, com infraestrutura própria, dirigidos por Diretores, são órgãos executivos de atividade de saúde pública.

Art. 130 – Os Centros de Saúde têm por finalidade atender a comunidade da região administrativa, em que estiverem localizados, prestando, em regime ambulatorial, assistência médico-sanitária, aos portadores de doenças infecto-contagiosas e às crianças até 14 anos de idade, orientação e tratamento no período pré-nupcial e pré-natal, tratamento odonto-sanitário e de saúde mental, e os demais serviços necessários à prevenção do câncer e doenças degenerativas, da raiva humana, e ao desenvolvimento da educação sanitária.

Art. 131 – Aos Centros de Saúde compete:

1 – desenvolver atividades de saúde pública no que se refere:

- 1.1 ao diagnóstico, cadastro e tratamento ambulatorial de tuberculosos, de hansenianos, e de portadores de doenças de pele e venéreas, providenciando internação quando necessário;
- 1.2 ao isolamento e ao tratamento de portadores de doenças infecto-contagiosas agudas;
- 1.3 ao atendimento, à orientação e ao tratamento em pré-nupcial, pré-natal, higiene infantil do pré-escolar e do escolar, pediatria, odontologia sanitária e saúde mental, em regime ambulatorial;
- 1.4 ao desenvolvimento das atividades de educação sanitária;
- 1.5 à prevenção do câncer e de outras doenças degenerativas;
- 1.6 à emissão de certificados de sanidade;
- 1.7 à mobilização da comunidade para a participação na problemática da região e na execução dos programas dos Centros de Saúde;
- 1.8 à realização de exames laboratoriais de rotina;
- 1.9 ao entrosamento, com outros órgãos visando à integração da atividade de saúde pública na região;
- 1.10 à avaliação permanente da situação epidemiológica da área, mantendo vigilância rigorosa, sobretudo no que concerne às doenças transmissíveis.

Art. 132 – Às Unidades Satélites compete complementar as atividades do Centro de Saúde a que estiverem subordinadas.

A de P Chagas Freitas/Emilio Ibrahim da Silva

DECRETO-LEI n.º 494 de 30 de julho de 1976

Aprova o Regimento da Secretaria Municipal de Saúde

D.O.M. 02-08-76

Art. 123 – Aos Centros Municipais de Saúde compete:

- I- proceder ao diagnóstico, cadastro e tratamento ambulatorial de tuberculosos, de hansenianos e de portadores de doenças de pele e de doenças venéreas, providenciando a internação, quando necessária;
- II- providenciar o isolamento e o tratamento de portadores de doenças infecto-contagiosas agudas;
- III- proceder à orientação e ao tratamento em pré-nupcial, pré-natal, higiene infantil do pré-escolar e do escolar; odontológica e saúde mental em regime ambulatorial;
- IV- desenvolver atividades de educação em saúde;
- V- proceder à prevenção do câncer e de outras doenças degenerativas, assim como às atividades de saúde mental;
- VI- emitir certificados de sanidade;
- VII- mobilizar a comunidade para participar da problemática da região relacionada aos programas dos Centros Municipais de Saúde;
- VIII- proceder ao entrosamento com outros órgãos, visando à integração da atividade de saúde pública em sua área de ação;

- IX- realizar exames laboratoriais de rotina;
 - X- avaliar, permanentemente, a situação epidemiológica da área, mantendo vigilância rigorosa sobretudo no que se relaciona às doenças transmissíveis;
 - XI- proceder à fiscalização da higiene e da tecnologia alimentar e da higiene habitacional, bem como ao controle de zoonoses de interesse da saúde pública;
 - XII- executar e promover atividades do serviço social;
 - XIII- proceder à manutenção da documentação médica, de acordo com os padrões técnicos estabelecidos;
 - XIV- exercer atividades científicas de pesquisa e de treinamento;
 - XV- desempenhar outras atividades complementares necessárias à consecução dos seus objetivos;
- Art. 124 – Às Unidades Satélites compete suplementar as atividades dos Centros Municipais de Saúde a que estiverem subordinadas.

Decreto nº 2.917 de 04 de dezembro de 1980

Aprova o Regimento da Secretaria Municipal de Saúde, e dá outras providências...

Art 8º - Ao Departamento-Geral de Saúde Pública compete:

- I-planejar, coordenar, supervisionar, executar e controlar, direta ou indiretamente, as atividades de saúde pública;
- II-proceder à elaboração de normas e rotinas e à divulgação de novas técnicas e instrumentos de ação executiva, necessários à atualização dos órgãos de saúde pública;
- III-articular-se com os demais órgãos da Secretaria visando à atuação conjunta nos programas integrados de saúde;
- IV-articular-se com outros órgãos municipais, estaduais ou federais no atendimento de situações de interesse comum e naquelas que, pelo seu caráter extraordinário ou de emergência, exijam soma de esforços;
- V-promover e proceder ao estudos dos agravos à saúde de importância epidemiológica, assim como dos fatos vitais e dados institucionais;
- VI-promover pesquisas e avaliações, inquéritos e estudos epidemiológicos, visando ao controle de doenças transmissíveis, bem como ao isolamento, quando necessário, e ao tratamento de portadores de doenças infecto-contagiosas;
- VII-proceder ao diagnóstico precoce e promover a prevenção das doenças degenerativas e do câncer;
- VIII-promover as atividades de proteção à saúde do grupo materno-infantil;
- IX-promover e proceder às atividades de controle da tuberculose, da hanseníase e de outras dermatoses de interesse comunitário, bom como de controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- X-realizar e promover as atividades de educação em saúde e de serviço social;
- XI-promover e executar atividades de enfermagem de saúde pública;
- XII-proceder ao controle das zoonoses de importância epidemiológica, especialmente da raiva;
- XIII-promover o treinamento e o aperfeiçoamento de servidores das unidades integrantes da sua estrutura organizacional;
- XIV-fornecer à Subsecretaria dados e informações necessários à elaboração da estatística global e à apropriação dos custos operacionais da Secretaria.

ENTREVISTAS

Entrevista número 1

Dr. Alfredo Bica

Médico epidemiologista do CS Meier 1933

-O Sr poderia contar um pouco antes, quer dizer, como o Sr via a organização sanitária, quando o Sr começou a ter contato com esta organização e como foi este movimento pela implantação dos centros de saúde

-A implantação dos centros de saúde foi muito anterior à minha entrada no Ministério, inclusive a minha entrada no curso de saúde pública. Eu me interessei pôr saúde pública em 1930. Eu estava no terceiro ano da escola de medicina. Nessa época eu fui fazer um curso no Instituto Oswaldo Cruz. O curso durava em média de dois a três anos, não tinha tempo para terminar. Era quando o professor acabasse a matéria. Eu fiz o curso em um ano e meio. Era difícil naquela época fazer o curso e assistir as aulas. Naquela época não era fácil a gente estudar. A verdade é que a biblioteca do Instituto Oswaldo Cruz era formidável mas quase não havia livros em português. A bacteriologia ou era inglesa ou alemã. Muitas vezes se traduzia para o espanhol ou o italiano. Se era obrigado a ler italiano e assim, aprender a força. E o livro tinha de ser comprado e não havia na biblioteca, em lugar nenhum, mas apesar de todas as dificuldades terminei o curso e quando eu terminei eu estava no quinto ano da faculdade e aí eu entrei pro curso de saúde pública e também a duração teórica era de um ano mas levou um ano e meio. Eu fiz em 32 porque naquela época como eu já estava no quinto ano e na cadeira de higiene aquilo era considerado como uma especialização da higiene e eu consegui também fazer isso. De forma que eu terminei o curso em 1935. Não havia sede certa. Era um lugar, uma instituição depois uma repartição, era uma dificuldade. Também não havia livros. Era muito difícil, tinha que tomar nota. Daí que eu conhecia muito o Barreto, tanto que eu pedia muito os reprints para poder estudar. Barreto era um professor magnífico, era um... perfeito. Fontenelle também. Muito bons e eles... não tinha livro. Os livros de saúde pública estavam começando a aparecer, falando sobre centro de saúde eram todos americanos e era a mesma dificuldade de se conseguir livros. Na biblioteca de Manguinhos não tinha. A Escola de Saúde Pública não existia. De forma que era uma dificuldade enorme.

-O Sr foi de que turma?

-Eu fui da turma de 33 a 35. Houve mais ou menos umas três gerações de sanitaristas estudando o curso de saúde pública, ou na escola de São Paulo.

-O Instituto de Higiene com Paula Souza?

-E o Paula Souza foi um dos primeiros que teve bolsa de estudos da Rockfeller. Paula Souza e Borges Pinheiro. Os dois foram para os Estados Unidos, para a Johns Hopkins e eles que começaram. Depois foi o Jansen de Mello e não me lembro mais...

-O próprio Fontenelle

-Fontenelle. O Barreto, eu nem sei se o Barreto...Pode ter sido através de uma bolsa da Rockfeller. A Rockfeller que se encarregou de fazer tudo isso. Estimulou o movimento. E o movimento começou em vinte e poucos. Foi um grupo grande. Quase todos foram para a Johns Hopkins. Eu e o Necker Pinto que fomos para Harvard. Quando nós saímos daqui nós estávamos certos que iríamos para a Johns Hopkins porque todos os brasileiros iam pra lá. Nós chegamos lá nos Estados Unidos e o Soper disse não, vou mudar porque todo mundo é da mesma escola e eu quero variar. Cada uma tem idéias diferentes

-Quem falou?

-O Sopper, que era o chefe da Fundação Rockfeller e que pagava as bolsas, duas por ano. Isso foi reiniciado em 1937-38. Durante muito tempo foi suspenso porque eles mandavam as pessoas pra lá e o governo não nomeava, então não adiantava. A maior parte, a grande parte, se formou uma escola de Tisiologia fantástica porque foram trabalhar no Centro de Saúde onde tinha tuberculose que eles podiam fazer clínica e era um campo de estudo formidável.

-As bolsas eram especialmente para que as pessoas quando retornassem trabalhassem em Centros de Saúde?

-Não, na saúde pública em geral, eram sanitaristas. Mas ninguém era nomeado. A primeira nomeação foi pela lei devido a ter curso de saúde pública foi a minha. Isso já em 1935. E aí, eu fiquei esperando, uns dois ou três anos. E houve um grande movimento e o governo resolveu nomear os médicos...todo mundo era nomeado, menos os sanitaristas. Só em 35 o governo resolveu nomear os primeiros sanitaristas. Nomeou, parece, 12 ou 15, da classificação do curso, porque todo mundo era classificado no final pela média que obtinha e a nomeação era por ordem da nota. Isso foi até quando foi criado um curso ficou já um sistema de concurso estabelecido. Só era nomeado o que obtivesse uma média de aprovação. Enfim puseram ordem em uma coisa que já existia há muito tempo. E aí que nós entramos, quando começaram a aparecer vagas. O ministro Capanema não queria nomear quem não tivesse o curso mas todo mundo da saúde pública não era nomeado há pelo menos dez ou doze anos. A maior parte do pessoal chamado com curso anterior à minha turma, a do João dois anos anterior a minha, também não foi nomeado, era... acabou deixando a saúde pública. Foram trabalhar na clínica que dava muito dinheiro. A tuberculose era, como está agora aumentando de novo, era uma especialidade muito lucrativa. Não

se exigia grandes dispêndios para se estabelecer um consultório, era uma coisa muito simples, e todo mundo ia prá lá e aí se formaram excelentes tisiologistas, uma porção, todos muito bons e trabalhavam depois nos centros de saúde, todo esse pessoal passou a trabalhar no centro de saúde. Já estava formado, já conhecia tudo muito bem, mas saúde pública já era coisa secundária, não interessava muito. Se passaram dez, quinze anos sem nomear, e eles foram depois contratados

- Eles trabalhavam por conta própria, nos centros de saúde ou aguardaram nomeação?

- Não, nos centros de saúde eles trabalharam como médicos mas adquiriram uma prática que em pouco tempo eram grandes nomes da tisiologia e aí davam trabalho no centro de saúde e tinham interesse...

- E eles não eram nomeados sanitaristas

- Eu fui nomeado sub inspetor sanitário

- Qual era a atribuição desse cargo?

- Não tinha atribuição certa, porque você era destacado para um lugar ou para outro, eu não me lembro mais porque logo depois ele acabou porque passei de subinspector sanitário para médico sanitaria, letra J, seiscentos reais, naquele tempo, era dinheiro, dava pra você viver, solteiro dava.

- Daí o senhor é nomeado e?

- Nomeado, tomei posse e imediatamente transferido para a diretoria dos Centros de saúde e já com a idéia de ir para o Meyer. Eu não queria ir para o Meier. Barreto me forçou a fazer higiene industrial. Higiene industrial em 1935, no Rio de Janeiro, era um absurdo. No local que foi, só tinha uma fábrica grande. No mais eram oficinas de sapateiro, bombeiro, mecânica. Coisas muito simples, rudimentares. Eu não ia chegar lá e fazer, construir edifícios de maneira especial que tenha serviços de saúde, enfim, todas as exigências da higiene industrial e não podia. A General Eletric dizia, não eu tenho meus técnicos especiais que vem dos Estados Unidos, não vou ouvir o que você está dizendo, não vou perder tempo. E eu então pra não fazer nada eu passei a fazer epidemiologia por debaixo do pano. E fiquei lá uns dois anos e passei a fazer epidemiologia porque o epidemiologista não queria nada com o trabalho e ficava muito satisfeito que eu fizesse o trabalho para ele. Então eu fazia o meu e o dele. O meu era mínimo. Eu ia visitar meia dúzia de oficinas de sapateiro, essas coisas. A GE eu ia uma vez, mas não davam a menor bola pro que eu dizia e aí eu fiquei o tempo todo pedindo a Fontenelle prá me mudar. Fontenelle dizia: espera aí, assim que tiver uma possibilidade eu vou lhe nomear médico epidemiologista. Passados dois ou três anos, um dia ele me telefona, diz: Olha você quer trabalhar num centro de saúde com epidemiologia? Aonde é? Em Botafogo. Eu morava aqui no Largo dos Leões. Prá mim então era fácil. O outro eu tinha que pegar três conduções pra chegar no Meier. Trem, não havia ônibus, prá chegar lá e não fazer nada. Eu ficava encabulado.

- O que o senhor fazia no Meier como epidemiologista?

- Todas as notificações de casos de doenças transmissíveis. nós íamos investigar, tirar, colher material para exame, ou aplicava medicamento, por exemplo o soro no caso de difteria, nós fazíamos tudo isso e fazíamos toda a investigação epidemiológica. Era bastante trabalhoso, tinha muito caso de doenças transmissíveis, principalmente em crianças, era uma coisa muito complexa.

- Conta como era o funcionamento do Centro de Saúde do Meier, como ele funcionava, como era a estrutura dele

- Ele tinha todas as partes, toda a estrutura de um centro de saúde. A estrutura do centro de saúde era uniforme e se dedicava principalmente a medicina preventiva, a parte curativa não tinha posto de saúde como tem hoje. Era só feita a higiene, a medicina preventiva, todo o trabalho, com exceção de higiene infantil, que tinha que tratar e a tuberculose. Quase nada atendia diretamente o público. De modo que os Centros de Saúde não eram frequentados por muita gente. Era um trabalho de catequese, propaganda, pouco a pouco, chamando as pessoas. Quando a gente ia as vezes fazer, fazia questão de atender logo, dar soro se fosse possível no caso de difteria, fazer qualquer coisa pra atrair cliente, vamos dizer, para o centro e, pouco a pouco tava sendo aceito e aí eu fui embora...

- E a equipe? Como era a Equipe?

- Tinha o chefe, o Mario Magalhães, não o da Silveira, o do laboratório Raul Leite, era um velho sanitaria. Uma pessoa muito simpática, aberta. Era culto, de modo que era fácil da gente lidar com ele. Tinha os médicos de cada uma das especialidades. Tinha como eu, da higiene industrial, tinha um de epidemiologia, tinha higiene infantil, materno, tuberculose, doenças de pele e venéreas. Sífilis e gonorréia naquele tempo era uma coisa muito comum. Rara a pessoa que chegava aos dezoito anos que não carregava...

- E a lepra, também tinha um médico responsável?

- Não não tinha, nem todos tinham. Eles tinham nas áreas que havia mais, a incidência era maior, ela era muito esparça. A tuberculose não, a tuberculose era uma mancha em todo lugar, contínua, e realmente era um problema.

- O sr falou dos médicos e para baixo, o que tinha?

- Tinha a enfermeira, muito poucas enfermeiras formadas pela Anna Nery a maior parte auxiliar de enfermagem. Tinha a sessão de enfermagem também. Essa sempre era uma da Anna Nery. A chefe. Muito poucas. Todas eram muito requisitadas também para chefiar enfermarias de hospitais e formavam-se uma meia dúzia, muito

pouca gente. Tinha guardas, com guarda com a, por exemplo, tinha um guarda que era ajudante na epidemiologia, que era ajudante do epidemiologista. Esse guarda lá, era um sujeito excelente para colheita de material. Fazia punção raquidiana facilmente, tirava sangue com toda a facilidade. Este guarda fazia tudo, se o médico quizesse, não fazia nada. Sabia fazer tudo e era ao mesmo tempo porteiro do Teatro Municipal o que me facilitava muito. Quando eu queria assistir concerto eu entrava e dava, naquele tempo, um mil réis na porta e subia para assistir concerto com Braialowsk. Rubstein e esse então era que me deixava entrar. Ele não ia proibir a entrada do chefe.

- Mas não tinha aquela coisa dos guardas fiscalizarem os estabelecimentos?

- Muito raro, não tinha. Eu não tinha ninguém pra me ajudar na parte de higiene industrial. O grosso mesmo era epidemiologia, materno infantil, doenças venéreas e tuberculose.

- Quer dizer, a epidemiologia ficava basicamente com as doenças endêmicas e epidêmicas, então a preocupação não era nem com a tuberculose, mas era a febre amarela...

- A febre amarela não, era um serviço especial, tinha um serviço direto com o distrito federal, todas as outras era afeto à nós.

- Vamos falar um pouco do prédio

- O prédio era um prédio comum, pequeno, adaptado e não era insuficiente. Era um sobrado, o de Botafogo também era um sobrado. O de Botafogo foi alugado, eu sei, eu assisti ao início, eu fui prá lá poucos dias depois de instalado.

- Qual era a orientação que o Fontenelle dava aos seus funcionários. E o Barros Barreto?

- A maior ênfase era a prevenção. Não se fazia tratamento, a não ser a tuberculose que era uma parte da prevenção. Era o principal o mais importante. Era a dificuldade que a gente tinha naquela época de vender a idéia ao público. O sujeito tá bom, por que que ele vai lá, fazer o que lá? Isso foi um erro. A população não entendia, porque achavam que a criança sadia não necessitava de assistência, de cuidados. Sempre dizia: não, eu não, eu vou lá, vou ficar esperando para ser atendido e o que que eu vou ter, meu menino tá bom não tem nada. E chamar as crianças não era fácil.

- E a população desse local, onde procurava médico?

- Iam ao hospital, isso passava de boca em boca, lá só tem gente sadia, não é? Isso ficava um pouco estranho. Aliás não era só no serviço público, a população em geral não entendia isso.

- Nunca chegava pessoas doentes lá?

- As vezes chegava mas o sujeito dizia não atendemos, só no hospital. Eles eram atendidos na prefeitura, na praça da República, lá se chamava assistência, se prestava assistência a pessoas feridas ou doentes, num prédio velho.

- O Sr não tomou contato com a estrutura antiga da saúde pública do distrito federal? Aquelas inspetorias, aquelas delegacias. O sr chegou a visitar alguma delegacia de saúde?

- Aquilo já não existia mais. Quando eu entrei por curso de saúde pública aquilo já não existia.

- Qual era a fama de uma delegacia de saúde. Aquilo servia para que?

- Ouvi falar depois, que eu estudava febre amarela. Sabia que a delegacia tinha trabalhado naquilo, se encarregava do problema. Conheci muita gente que trabalhou. O Barreto foi um que trabalhou em delegacia. O Fontenelle. Toda essa turma trabalhava.

- O Sr acha que a delegacia foi criada para o combate da febre amarela?

- Principalmente da febre amarela e da peste. Eram essas as coisas que existiam no Rio de Janeiro

- E as inspetorias, o Sr tomou contato com esta estrutura de inspetorias. Em 35 foram extintas todas as inspetorias e foram transformadas numa inspetoria única, dos centros de saúde?

- E a inspetoria dos centros de saúde se dividiu em vários centros. Aí foi quando eu entrei. Todo o pessoal foi remanejado.

- Houve alguma reação contrária?

- Podia ter sido algumas pessoas que foram prejudicadas por ter mudado de uma zona para outra, mas coisa visível à nível de unidade não, não houve nada.

- A febre amarela foi um serviço que se organizou mais cedo, pela Rockefeller e era um serviço perfeito, e é uma pena que tenha desaparecido porque hoje estamos aí com dengue. A febre amarela existia naquela época e nem poderia ser erradicada, a febre amarela silvestre, mas a febre amarela urbana, o egipto foi erradicado do Brasil em 55, a primeira vez, depois reinfestada em 73, foi erradicado novamente, e agora está em todo o país, custou muito esforço, muito dinheiro, pode imaginar percorrer todo o Brasil, a pé maior parte das vezes, em lombo de burro, fabricar óleo, petróleo, em todo reservatório de água, receptáculo de água, isto várias vezes, porque reinvestava de um vizinho para outro.

- Ser funcionário, sanitaria de um centro de saúde, era uma coisa menos valorizada do que ser sanitaria do Departamento Nacional de Saúde? Isto era uma função menor, menos valorizada do que trabalhar no Departamento?

- Novo lá só tinha eu, foram nomeados 12 ou 15 para todo o Brasil. O antigos trabalhavam nas inspetorias.

- Eles não estavam imbuídos da filosofia do Fontenelle?

- Não, não era fácil, Fontenelle trombava muito com eles, Fontenelle não tinha papas na língua. O corpo de funcionários era antigo e não se interessava. Para eles era indiferente, saía de lá, vinha para cá, trabalhavam, não eram malandros.
- Qual foi a origem deste termo jovens turcos?
- Eu não sei porque não pertenci a este grupo. Este grupo foi anterior ao Jansen de Mello, por exemplo, eram da década de 20. Quando nós entramos eles já não eram mais jovens, eles já estavam chefes de serviço. Quase todos eles. Fontenelle era considerado também deste grupo. Já tinha passado uma geração.
- Qual a imagem que eles tinham perante os funcionários?
- Eu posso falar perante os novos. A maioria deles era respeitada porque realmente eram indivíduos que conheciam bem saúde pública daquela época e trabalhavam, escreviam bem, eram bons professores, eram respeitados. Mas não seguidos mais porque eles mesmos desanimaram porque era muito difícil naquela época fazer qualquer coisa. Tudo muito antigo, muito retrógrado.
- Quando o senhor saí, o sr acha que a idéia estavam fracassando?
- Eu saí direto para o Nordeste, em 37, para ser o delegado regional de saúde. Fiquei alguns meses em Botafogo.
- Qual era a impressão do sr sobre a idéia dos centros de saúde. Era uma idéia que ia dar certo?
- Era uma idéia que estava dando certo, que estava se implantando, com dificuldade, mas estava se implantando, ia continuar e ia dar certo, dependendo se o Fontenelle continuasse, dependia muito, muito, dele.
- O Lima Verde me disse que os centros de saúde foram a vida, paixão e morte da vida dele, que os alunos brincavam de falar isto.
- É exatamente, dependia dele, era ele que estimulava. Em frente a ele, qualquer um era ofuscado pelo Fontenelle. Realmente ele tinha um interesse formidável, conhecia o assunto, tinha um entusiasmo de jovem, e ele não era mais jovem, já devia estar lá com cinquenta, mas parecia um rapaz e ele brigava muito com o Barreto. Brigava mas estavam sempre conversando.
- Quais eram as discordâncias básicas?
- Não sei, eu me afastei do Barreto, em 19 e, quando eu fui para os Estados Unidos, eu não vi mais o Barreto. Fui e voltei e não vi mais o Barreto, fui e voltei na primeira vez.
- O Sr não estava mais aqui mas em 39 aconteceu uma coisa curiosa...
- Eu só sei que ele saiu, quando eu voltei ele não estava mais. Eu voltei em setembro de 39. Estava o Samuel Libânio. Samuel Libânio era um médico mineiro e muitas vezes substituiu o Diretor de Saúde. Depois ele voltou. Quando ele voltou eu já estava de novo no Norte. Já tinha ido pelos Estados Unidos e voltei para o mesmo lugar que eu tinha e aí brigamos porque ele foi contra a minha nomeação. Ele chegou danado comigo porque eu fui nomeado apesar de ele não querer. Ele queria botar o Otávio de Oliveira, médico...
- E quem defendia o seu nome para a nomeação?
- O pessoal de Pernambuco. Eu tinha passado por lá e eles não queriam o Otávio por uma razão que não era justa. O Otávio era da Paraíba e ia levar todos os recursos para a Paraíba. Era essa, pelo menos, a razão primeira que eles davam para isso. Não ia fazer, porque primeiro os recursos não eram tão grandes assim para atrair alguém. Era uma verba minúscula que chegava oito meses atrasada. Eu quando cheguei a segunda vez prá lá, os guardas não recebiam há oito meses. Comiam a isca, a ração que se dava para matar rato, não tinha nada, viviam num marasmo, uma coisa pavorosa. E eu só fui para lá quando o dinheiro foi depositado. O que eu ia fazer lá? O sujeito ia me buzinar a vida inteira, todo o dia, cadê o dinheiro, cadê o dinheiro. Só vou quando o dinheiro estiver na minha mão prá... foi o que aconteceu aí, mas o Barreto já não estava mais, ele não queira mesmo... eu era sócio de um médico, o Artur Siqueira Cavalcante, eu trabalhava de manhã no laboratório e ele era irmão do governador de Pernambuco. Então ele foi ao Ministro e o Capanema, que não dava muita bola para o Barreto em política, disse: não ele vai e pronto e ele ficou uma fúria. Quando eu cheguei lá e fui falar com ele: você vai fracassar. Você vai dizer para uma pessoa que é recém nomeada e fala você vai fracassar. Vai fazer todo o possível para que fracasse, né?
- E ele nessa época implanta um CS em cada capital do Brasil
- Isso eu não sei. Ele implantou em cada capital, nas principais capitais, um sanatório.
- O sr acha que o Barros Barreto e o Fontenelle tinham divergências, mas o Barros Barreto era contra os CS?
- Não, não. Eu acho que eles brigavam em coisas mais miúdas, não as coisas básicas, porque funcionava... Barreto não era burro e conhecia muito, saúde pública, a pessoa que eu conheci que conhecia melhor saúde pública, nunca ví ninguém que tivesse uma cultura sanitária, entendia tudo, escrevia muito bem, ele tinha tudo para ser um grande nisso, tinha todas as qualidades, faltava uma, liderança. Era líder das coisas que ele queria fazer mas não de uma causa.
- Por que ele tinha tanto prestígio em termos dos cargos que ocupou?
- Porque era muito trabalhador, não tinha hora para entrar nem prá sair, era um sujeito culto, muito culto, que mais sabia saúde pública naquela época. Isso aí ofuscava os outros, mas era uma diferença imensa, ele era respeitado. Eu por exemplo respeito muito ele, achava que ele era um excelente sanitarista, seria um excelente líder se tivesse um outro caráter. Honesto em matéria de dinheiro, nunca se falou dele de um centavo mas não era honesto nos meios de se conseguir. Por exemplo para se levar um sujeito pro Norte, ele mentia, inventava

coisas, prejudicava o camarada prá botar ele lá, não se incomodava com a vida particular dele. Podia estar com a mãe morrendo. O sujeito tinha que embarcar. Nem sempre era assim uma coisa de exagero

- E qual foi o papel de Clementino Fraga?

- O Fraga entrou aqui numa época difícil, na volta da febre amarela, toda a estrutura trabalhava prá isso. Barreto trabalhou muito nesta época, foi fantástico, mas ele brigou com o pessoal da febre amarela. O pessoal não gostava muito dele. Ele era uma pessoa difícil, de você lidar com ele. Ele era o sanitarista número um.

- O Sr volta de Harvard especializado em epidemiologia

- E um pouco de peste, porque eu fui visitar um serviço de peste nos Estados Unidos, porque tinha muita peste silvestre no interior do Nordeste dos Estados Unidos, porque na época eu estava trabalhando no serviço de peste mas quando voltei o Barreto já não estava mais. O Samuel Libânio estava interino e aí voltou o Barreto.

- E quando o sr volta a ouvir falar dos Centros de Saúde?

- Nunca mais

- Não é mais um assunto da alçada do governo federal?

- A não ser em escola de saúde pública

- Por que, a idéia fracassou?

- Não, não, a idéia não fracassou, Vieram também os serviços nacionais. Isso fracionou, fragmentou muito o Departamento Nacional de Saúde Pública. Cada serviço criou uma unidade autônoma, com muito dinheiro. Febre amarela, peste. Tudo isso. Veio o departamento de endemias rurais e se concentrou nisso. Mudou a ênfase. O serviço de febre amarela era o mais importante. pela organização, pelo prestígio que tinha e pelo dinheiro que recebia. O Barreto não mandava no serviço. O entendimento do Chefe da Rockefeller era diretamente com Getúlio, com o Presidente. Barreto não queria uma coisa, o sujeito lá, ía lá e conseguia. Ele, por exemplo, foi contra, quando brigou comigo, disse: você não vai mais para os Estados Unidos, e foi falar com o Sopper. Sopper disse: não, está enganado, a bolsa não dou a você. A bolsa eu dou ao governo brasileiro. Ele vai pra lá. O governo mandou e eu fui. Você vê como era o poder que eles tinham. Arranjavam o orçamento sem perguntar a ninguém, direto.

- O sr era funcionário de um serviço nacional então?

- De peste, eu fiquei lá oito anos, depois saí daí para ir prá... estudei muito, escrevi todo um manual de peste

- E nos Estados, como era organizado?

- Passou a ser tudo centralizado por cada serviço. Na febre amarela ninguém entrava a não ser que se fizesse primeiro um trabalho aqui para poder visitar o serviço. Toda a área endêmica do Brasil tinha gente. E o de peste era independente. Tudo, tudo, muito organizado. Tinha os médicos, eram obrigados a fazer um diário, como fazia na febre amarela. Então a gente sabia o que o médico fazia todo o tempo. Visitou tal serviço, encontrou isso então eu queria ver como o serviço estava funcionando porque era ao lado de um local imediatamente hiperendêmico, enviava aquele diário semanalmente, de forma que a gente sabia o que se passava. os casos que tinha ocorrido, o que tinha acontecido, as dificuldades, ele podia atender tinha dinheiro, tinha guardas automóbiles, tudo. Era um serviço...

- Tinham os serviços de tuberculose, da criança...

- Esse, como o médico, o chefe, o diretor era médico do Getúlio ele passou a Departamento Nacional da Criança. Não foi serviço nacional. Naquele tempo, era Departamento Nacional. A mesma coisa que o Departamento Nacional de Saúde.

- Foi só por influência do médico que era amigo do Getúlio... o sr está querendo dizer que o DNS foi progressivamente perdendo poder...

- A foi, quando os serviços foram criados o DNS começou a sumir. porque não havia mais quase nada. Ficou com a saúde dos portos, e não tinha muito dinheiro, e não tinha muito o que fazer...

- E aquela antiga idéia dos CS de concentrar todas as ações no mesmo local...?

- Naquela época, na minha vida funcional no Ministério, não era bem vista a união do Ministério da Saúde com a parte assistencial. Com os Institutos, se pensava em unir o INSS, Ipase daquele tempo com o Ministério. Ninguém queria isso, porque sabia que quando unisse, o Ministério o Departamento de Saúde sumiria. Ía ter um quinto, um sexto da verba regular e a parte de assistência ía atrair mais que a parte de saúde e ía dificultar mais a junção das duas, porque quando você une um organismo muito forte a um fraco o forte chupa toda a verba, as atividades e o outro, dentro de pouco tempo liquida. Então quase ninguém era a favor da unificação, de todas as atividades de saúde pública, é lógico mas ninguém queria. Naquele tempo tinha o Departamento Nacional de Saúde ofuscado pelo DENERU, que era o Departamento Nacional de Endemias Rurais. Era ofuscado porque tinha o dinheiro e toda a ação na mão. Aparecia. Quem é que fazia a parte de peste, febre amarela, lepra, tuberculose, tudo, malária, que era um problema enorme. Era o DENERU, acabou o DENERU o Departamento Nacional de Saúde sumiu.

- A Fundação Rockefeller tinha influência nestas modificações?

- Não, a Fundação Rockefeller queria preservar a febre amarela. Não mexeu na febre amarela ela não se intrometia em malária. Podia ser uma coisa semelhante, uma luta de um vetor, era um tipo de trabalho um pouco diferente, mas ela não se metia com ninguém nem queria que ninguém se metesse com ela.

- O Fontenelle falava de uma enfermeira Parsons. O sr a conheceu?
- Só de vista, ela foi uma das primeiras enfermeiras formadas. Veio dos Estados Unidos dirigir a Escola de Enfermagem Anna Nery que foi a mãe de todas as enfermeiras, a escola fundamental e que era muito respeitada, era muito boa. Era ali onde é um prédio vago, na rua Oswaldo Cruz, Casa do Estudante, as enfermeiras eram excelentes e a Enfermeira Parsons foi uma das que vieram organizar a escola. Antigamente quando se tinha uma enfermeira da Anna Nery, se respeitava. Teve ajuda da Fundação Rockfeller. Eu fui Delegado Nacional de Saúde duas vezes, foi no total três anos. Um ano e meio e mais um ano e meio. Lá eu me encarreguei de todas as atividades do Ministério da Saúde na região. Era a quarta região, compreendia a Paraíba, Pernambuco, Alagoas. A outra região pegava do Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão e Piauí. A outra era Para e Amazonas. Pode imaginar o tamanho e a área que ele tinha. Em compensação num fazia quase nada imagina o que se vai fazer na Amazonia com a malária. Não tinha dinheiro que servisse. E tinha também, pegava aqui Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Era assim, pegava três ou quatro estados. Eramos responsáveis por lá todas as atividades federais executadas e também em relação nos estados, propaganda, padronizar técnicas de laboratório, eu fui padronizar o serviço de estatística, foram várias pessoas. Todas as atividades federais, e quando os serviços de peste foram criados geralmente havia uma associação muito grande da delegacia com os serviços especiais, especializados.
- Pelo que eu conversei com Lima Verde, Lúcio Costa, todos os formandos do curso de saúde pública eram absorvidos pelos serviços nacionais...
- Não era bem isso, eu por exemplo, eu, o Almir e outros, todos os serviços nacionais pagavam seus médicos melhores para fazer o curso. Não é que eles chamavam porque não havia sanitaristas disponíveis, então nós pegávamos o médico, treinávamos em peste e depois que eles passavam um, dois anos, os melhores, a gente mandava para fazer o curso de saúde pública, que era benefício do serviço e da saúde pública do Brasil. Por isso que esses todos iam prá lá.
- Quando que a carreira de sanitarista deixou de ser atrativa para os médicos?
- Nunca foi um grande atrativo. Nós melhoramos de vida por coisas de política. Por exemplo, quando eu entrei eu era médico sanitarista letra J, 800, 900 mil réis. Depois eu passei para letra K, com 1300, por antiguidade, graças ao Dr Barros Barreto. Durante toda a minha vida toda eu nunca fui promovido por eficiência. Sempre por antiguidade. E ele prá me chatear, quando eu era promovido, ele me passava um telegrama me dando parabéns. Ora ninguém ía passar telegrama quando ele ainda é moço. Eu tinha 20 e tantos anos, ainda não tinha 30 anos e era promovido por antiguidade ele me passava um telegrama. Ele era capaz de fazer um negócio desses. Tudo tinha efeito para trás. Burrice, o que que eu posso fazer. O homem tinha a cabeça assim e me mandou. Ele era provocador sem necessidade porque ninguém ía competir com ele. Porque era um sujeito capaz, inteligente, estudioso, culto. No meio de um grupo de jovens. Quem é que ía fazer sombra com ele, ninguém. Prá fazer sombra com ele ía levar 20, 30 anos e aí já tava fora ele e o outro também, mas não. Depois quando Getúlio morreu ele foi substituído pelo Linhares e Linhares foi nomeado presidente e deram a ele uma caneta cheio de tinta e ele aproveitou e nomeou...
- Tinha um médico que era cunhado dele. Era até da Saúde dos Portos e ele arrajou de aumentar duas letras. Da letra K para a letra L. Isso aí representou um salário muito bom. Um aumento de quase 800 mil reis. Um aumento de 30%. No final subiu na letra L. Eu nem cheguei a receber porque eu fui embora pros Estados Unidos e suspenderam meus vencimentos aqui e eu não recebi. Eu fui ser o Diretor do Departamento de Doenças Transmissíveis da OPAS.
- O Sr. foi trabalhar em Washinton? Na verdade o sr conseguiu o melhor emprego que um sanitarista pode almejar na vida.
- Exato, exato, eu nunca tive tanta facilidade. Culturalmente era uma coisa fantástica, eu tinha acesso às maiores cabeças com toda a facilidade e em todos os lugares eu encontrava. Bastava telefonar. Eu conheci Sabin, estive na casa do Sabin, conheci todo mundo e além disso ía a Genebra quando encontrava com todo o resto do mundo. Tive um acesso... Participei da aprovação da amostra do Sabin, participei de uma porção de reuniões, tive um papel importante na erradicação da varíola, todas as campanhas da América.
- Como o sr conseguiu esta nomeação? Foi uma coisa difícil?
- Não eu nem sabia, eu recebi o convite, eu estava aqui no Rio. Eu tinha chegado dos Estados Unidos. O Sopper me conhecia bastante e lá também estava como chefe da divisão de saúde pública o Paulo Sergio Ferreira Antunes que era de São Paulo e me conhecia muito. Foi ele que me indicou ao Sopper. O Sopper me conhecia e mandaram vir, e aceitei na hora.
- O que o sr sabe da Fundação SESP?
- A Fundação SESP foi uma coisa meio errada, a idéia. Que era fazer um serviço especial dentro de um Ministério que estava organizado, estruturado. Agora, foi uma exceção porque muito bem organizado. Todas as pessoas que estavam lá foram muito boas. Candau, Ernani Braga e além disso tinha um salário especial de modo que ele podia e fez, recrutou o que tinha de melhor e não tinha problema de material, nada disso, comprava o que queria, com facilidade porque vinha através da Embaixada dos Estados Unidos. O dinheiro era do serviço de um crédito especial ao Ministério e o dinheiro dos Estados Unidos. Tinha um orçamento muito bom, não

tinha falta de nada. Treinou todo o seu pessoal no curso de saúde pública. Quase todos, se não todos, pelo menos a grande maioria. Era um serviço que trabalhava bem e bem organizado.

- A idéia básica da Fundação SESP, qual foi?

- Era atender determinados problemas. O SESP começou com um serviço que os Estados Unidos criou junto com o Brasil, o serviço da Amazônia para extração de Borracha. Ajudaram a marcha de trabalhadores, estabeleceram em Goiás, uma fundação, a Fundação Ford, para fazer extração de borracha. A borracha tinha sido cortada a produção pelos japoneses. A borracha vinha toda da Malásia e os japoneses cortaram o Pacífico e tinha que se conseguir borracha de qualquer maneira. Daí nasceu o SESP. A idéia não foi lá muito boa e o SESP depois viu que seria burrice fazer só um serviço, tal coisa, foi crescendo e ficou primeiro trabalhando na área do Rio Doce, no vale do Rio Doce, depois então ele foi se expandindo. Foi um serviço útil mas não deveria ter sido criado, mais uma coisa paralela, mas uma vez que criassem, bem organizado, não se justificava terminar só porque estava localizado errado. Derrepente se destroi e não se faz nada igual; um serviço paralelo e que estava em condições superiores ao do Ministério. Ele nomeava quem ele queria, não possuía lei, estabelecia um salário na hora que ele achava justo. Enquanto os outros ganhavam a metade. Então havia também rivalidade dos serviços...

- O sr conheceu o Ernani Braga?

- Conheci muito, foi meu funcionário na Delegacia Federal de Saúde. O Ernani começou a trabalhar lá, em Pernambuco e foi nomeado Nefrologista e ele começou o trabalho de saúde pública no interior fazendo censo de leprosos... e depois eu mandei, mandei mesmo, contra a vontade do Barreto, fazer o curso aqui, eles moravam numa pensão... O Ernani era muito bom, um sujeito cordato, inteligente, era mesmo agradável trabalhar com ele, boa vontade, nunca recusou trabalho, muito simples, realmente uma pessoa de alto nível. E quase briguei com o Barreto, foi preciso eu brigar prá mandar ele prá porque ele não queria o Ernani, ele queria botar na hora que ele quizesse. Depois o Ernani ficou assessor do Barreto, terminou o curso e levou ele pro gabinete, ele e o Alvaro Luz. Um dia Barreto brigou comigo por causa do Centro de Saúde. Quando ele fez uma viagem pros Estados Unidos, Fontenelle me telefonou: você quer trabalhar. Eu disse quero. Eu não fazia nada e ainda metido um lugar longe, eu queria vir prá cá, coisa nova, prá trabalhar no que eu queria e para qual eu tinha estudado. Eu fui reclamar com o Barreto, mas ele disse: mas você tirou dez na cadeira de higiene industrial, por isso que eu botei você. Não, mas eu também tirei dez em epidemiologia e é o que eu gosto. Lá eu não tenho o que fazer, nada. Não lá você vai organizar, vai criar. Lá eu não fá criar nada. Uma zona que não tinha fábrica. Tudo era pequenas oficinas. Fazer higiene industrial, chegava um sapateiro. Aí quando eu cheguei dos Estados Unidos, eu fui me apresentar ao Barreto. Eu era assistente do Barreto de Epidemiologia no curso de Saúde Pública. Ele me disse: como vai a higiene industrial? Eu disse a ele: eu não tenho a menor idéia, eu não sei quem está trabalhando lá. Bom e você? Eu estou trabalhando como epidemiologista no Centro de Saúde número dois, em Botafogo. Ele disse: Por que, quem lhe mandou prá lá? Foi o Dr. Fontenelle que me convidou e eu aceitei. Ele ficou furo da vida. Você tinha que ter ficado lá, pois eu lhe botei lá. Daí começou, nunca mais... prá rever o livro dele. eu revi todo, depois das cinco horas. Ele era professor de higiene industrial mas ele que curti muita coisa ele podia ter arranjado ser epidemiologista porque ele conhecia muito doenças transmissíveis.

E o Fontenelle, dava aula de que exatamente?

Administração sanitária. Fontenelle era administrador sanitário. O professor da cadeira. E ele se esforçava. O Barreto também era muito bom. Eu reconheço também todas as qualidades que ele tinha, mas tinha poucos defeitos que era capaz de anular tudo. É triste, mas aí ele ficou bravo e brigou comigo. O Fontenelle também não deixava ele se meter nos Centros, de mandar médico para aqui, médico para lá. Ele mandou prá lá, vai, e daí deve ter brigado com Barreto, porque não deve ter aceito a idéia do Barreto de me mudar. Isto também iria desmoralizá-lo. Uma semana depois, retornar. E quem é este camarada. Não pode nem mudar um funcionário dele. Ele era capaz de fazer isso. A primeira idéia, ele nem pensava que era o Fontenelle. Outro, ele te forçava a mudar. Mas como era o Fontenelle. Fontenelle resistia a ele. Não vou comprar uma briga por causa de um camarada que não compensa brigar, mas logo depois, um ano depois ele saiu, foi pro Norte.

Samuel Penha Vale
Diretor CS 1965

- O sr trabalhou no CS a convite do Dr. Leitão?

Eu e o Leitão somos, como costume dizer, quase irmãos, porque fizemos o ginásio juntos no Colégio Metropolitano, aqui no Meier, e depois é que eu fui para a Faculdade Nacional de Medicina e ele foi para, a que é hoje, a UNIRIO, Medicina e Cirurgia, aí voltamos a nos encontrar, esporadicamente a gente se encontrava no cinema, ele estava casado eu estava casada. Aí voltamos a nos encontrar já no governo Lacerda. O Lacerda foi o primeiro governador que implantou a descentralização administrativa. Criou as regiões administrativas. Sob o ponto de vista administrativo, eu não analiso o Lacerda como político, prá mim, senão o melhor, foi um dos melhores governadores que a Guanabara teve. O Negrão de Lima foi um bom governador, também teve antecedendo o diplomata, queria me lembrar o nome dele mas no momento... no período provisório, o Distrito Federal deixou de ser Distrito Federal com a mudança da Capital, se transformou no Estado da Guanabara. Era um diplomata que foi o primeiro governador... Só que com a descentralização e a criação das regiões administrativas, sob o ponto de vista administrativo, havia alguns defeitos, que a meu ver, o principal era o seguinte: é que a unidade de saúde local, ela tinha uma dupla subordinação. Ela era subordinada administrativamente ao administrador regional e tecnicamente à secretaria de saúde. Então quando eu voltei a encontrar o Leitão. Eu nunca me esqueço, nós estávamos saindo de uma sessão de cinema alí no Meier, nessa época eu estava fazendo saúde escolar e quando eu ingressei na Prefeitura, foi no ano de 55, não, não... O que aconteceu foi o seguinte, nesta época eu estava terminando aquele estágio remunerado no pronto socorro.

-SUSEME?

Era, ainda não existia, existia uma coisa parecida. Então acontecia o seguinte, no quarto ano, quinto ano, todo mundo fazia o concurso para o pronto socorro, eu tinha sido aprovado, eu estava no Carlos Chagas, aí um vereador que tinha dois filhos se formando um na turma de 54 e outro na turma de 55. Ele apresentou um projeto na câmara de vereadores em que todo que tivesse exercido a função de médico durante um ano então seria nomeado médico. Aí o Negrão de Lima que era o governador. A turma de 54 ele nomeou toda, mas a nossa turma ele vetou. Aí nós entramos com um mandato de segurança. Foi até o Dario de Almeida Magalhães foi nosso advogado. Entramos com um mandato de segurança. E aí eu terminei o curso e o mandato estava lá, rolando. Para encurtar a história eu terminei fazendo concurso para a Aeronáutica, entrei para a Aeronáutica. Quando eu estou na Aeronáutica aí ganhei o mandato de segurança. Pedi demissão da Aeronáutica e vim para a Prefeitura, no ano de 58. É 58, por aí. Aí eu fui designado para a secretaria de educação porque a Saúde Escolar pertencia à Secretaria de Educação. Quer dizer, a prestação de serviços de saúde naquela época não era centralizada na Secretaria de Saúde. Então era um pouquinho na secretaria de educação, um pouco na Secretaria de Saúde. Tanto que em uma das vezes o pessoal da educação me chamava de entreguista porque eu era contra aquele tipo de estrutura. Existia alí no Maracanã um hospital em que a secretaria de educação quis transformar em um hospital geral para o atendimento aos escolares. Na época eu dizia isso é uma irracionalidade porque vai se transferir da área de saúde: um especificamente na área escolar e outro especificamente para saúde da população. Então eu estava trabalhando na saúde escolar nessa época quando encontrei com o Leitão. E aí já era o Governo Lacerda. Ele era diretor da divisão de saúde da 12ª RA. Aí encontramos, o que você está fazendo aqui. Eu estou na saúde escolar, lá em Santa Cruz. Nessa época eu também já tinha feito medicina do trabalho e trabalhava um tempo na saúde escolar e outro tempo na fábrica de motoneta vespa. Eu estou precisando de alguém que conheça saúde escolar, quer vir trabalhar comigo. Então em função disso eu vim para o Meier. Vim para o Meier e fui convidado para chefiar o serviço de higiene do Centro de Saúde que era na época, na Rua Santa Fé, aqui ao lado da Administração regional do Meier.

-Naquela época era o Centro de Saúde do Meier?

É, da XII RA, um Centro de Saúde que tinha duas ou três salinhas, nas dependências do Hospital Salgado Filho. Na realidade nós éramos três médicos, que ao mesmo tempo dirigia, respondia pelo serviço de higiene, isso corresponderia hoje ao setor ou sessão de epidemiologia e tinha um colega que fazia pediatria que era responsável pelo serviço da criança e do adolescente e tinha um outro colega que fazia a fiscalização sanitária. Eu tinha uma equipe de umas oito visitadoras sanitárias. Naquela época na equipe de enfermagem existia a figura da visitadora sanitária. É porque essa visitadora sanitária, ela foi montada da seguinte maneira. O superintendente da Saúde Pública na época queria contratar pessoal para visitadora sanitária. Vamos selecionar o pessoal para o curso de visitador sanitário e vamos montar um curso de acordo com os nossos objetivos. O que ela vai fazer, como é que vai fazer, enfim, e aí levaria para o serviço. E realmente, eu tinha umas oito visitadoras, hoje uma é enfermeira. Essa que hoje é uma enfermeira, era espetacular o atendimento. Então alí nós ficamos limitados e devido à dupla subordinação, tinha então aquele jogo, porque de repente o administrador regional, ele se preocupava muito com a imagem dele política, porque estava brilhando politicamente para ser candidato a isto ou aquilo, então quando que nossas questões interessavam o apoio político dele então eu me dirigia a ele, quando determinadas questões eu não queria que ele se intrometesse porque ele ia explorar politicamente a gente levava diretamente ao secretário. Era um procedimento político,

sem dúvida nenhuma. Pôr exemplo ele queria que nós abrissemos um posto de vacinação na Favela do Jacarezinho. Tá ótimo, eu quero isso, isso e isso. Como interessava a ele politicamente e como me interessava também abrir um posto avançado, então ele me deu todo o apoio necessário, que para mim era de interesse e também para ele. Mas quando havia aquela coisa, eu dizia, olha, só com a autorização do secretário, tu sabe que eu sou subordinado ao secretário. Bom, eu fiquei no Meier.

-Dr. Fernando Leitão era o coordenador de saúde da área?

Pouco tempo depois, o Professor Manuel José Ferreira era o Diretor do Departamento de Saúde Pública, o Ferreira gostava muito dele, foi professor dele inclusive lá na Medicina e Cirurgia o chamou para o nível central, foi ser adjunto e eu fiquei chefiando a Unidade. E aí passou e tal, essa coisa toda. Em 65 eu fiz o curso de saúde pública, em 66 eu fui responder pelo serviço de higiene do Centro Médico Sanitário da XIIªRA e aí eu fiquei até mais ou menos. Quando eu encontrei Leitão e ele me chamou para ir para o Meier eu vim, já tinha feito o curso de Saúde Pública e aí em 66 eu fui designado para responder pelo serviço de higiene porque o diretor do departamento de saúde pública de então, o Eduardo Henrique Capistrano do Amaral não me conhecia. Quem me conhecia era o Leitão. Ele mora aqui em Higienópolis, todo dia passava lá pela Unidade, aquela coisa toda, a gente conversava. Um dia eu disse Leitão, você diz para o seu amigo Eduardo Henrique Capistrano do Amaral que se eu sirvo para responder eu sirvo para dirigir, se eu não sirvo para dirigir eu não sirvo para responder. E no mesmo ano fui nomeado chefe de serviço de higiene da XIIª. Aí saiu a nomeação, porque antes eu estava como responsável. No mesmo ano, meses depois. Bom aí eu fiquei.

-Antes de 66 o Sr. Já tinha entrado em um Centro de Saúde?

Não, só na saúde escolar, médico da saúde escolar. Eu fazia o que como médico de saúde escolar. Eu ia às escolas, fazia inscrição nas escolas, fazia palestras para os alunos, dava curso para as professoras, higiene, primeiros socorros e vacinação, organizava vacinação escolar e tal. Se houvesse algum caso, era comum lá naquela época, de febre tifóide, eu mesmo investigava, tomava as providências, enfim, o Diretor do posto de Saúde Escolar, como então éramos dois colegas, esse colega tinha dificuldade de dicção então ele preferia ficar no posto atendendo a demanda. Então eu ia para as escolas. Trabalhava nas escolas com as professoras, com as crianças, provava a merenda da escola, comia a merenda para ver se... houve uma época em que começaram a querer implantar o atum mas só que ninguém soube orientar as merendeiras como preparar o atum, então a rejeição foi total até que um dia eu reuni as merendeiras da escola e disse olha, na minha casa eu como atum a gente faz assim, assado, tudo, tudo, tudo aí a coisa andou. Bom disso que eu estava no Meier, as escolas da enfermagem na época, a Anna Nery, a que hoje é a escola de enfermagem da UERJ, naquela época era a Hadock Lobo e a escola Alfredo Pinto, eram as três escolas de enfermagem. Então a Anna Nery pediu ao Capistrano pra que minha unidade fosse a unidade de estágio para a enfermagem de saúde pública. Não me lembro o nome da diretora. Era baixinha, espetacular. Eu disse para ela, tudo bem, eu quero programa, conteúdo programático, as atividades externas, tudo bonitinho. Com isso o relacionamento com as escolas de enfermagem foi muito grande e em decorrência disso a primeira área onde eu comecei a lecionar foi nas escolas de enfermagem, a convite das escolas. Aí eu dava aula de epidemiologia, saneamento, administração sanitária e bioestatística. Então isso me valeu essa aproximação muito grande com as escolas. Então o que que eu fiz, eu precisava dar um treinamento para as minhas visitadoras. Porque eu não tinha quem fosse fazer investigação epidemiológica de todos os casos de varíola, alastrim, varicela, então não tem condição, vocês vão fazer a visitação. Aí eu fiz um levantamento de demanda. Às quintas feiras a demanda caía. A partir de 11h eu botava um funcionário lá na frente para atender eventual solicitação e interditava uma sala, quadro negro, e tal e dizia para as meninas, tragam merendinha e tal e eu dava aula de epidemiologia e profilaxia das doenças transmissíveis. E tinham que fazer um rodízio com elas. Hoje você está na maternidade infantil, você está na fiscalização, você está na epidemiologia. Porque como eu disse a você a unidade era subordinada administrativamente ao administrador regional e o meu colega era fraco, não muito confiável, e quem era relações públicas dele era a mulher do hoje presidente da câmara municipal Samir Jorge. Eu sei que naquela época ela era quem mandava no Centro de Saúde: fulano sai daqui prá cá e tarará, essas coisas todas. Aí eu cheguei e a primeira coisa que eu fiz, eu reuni o pessoal, olha minha maneira de trabalhar é essa essa essa e eu não sei trabalhar sem planejamento prévio, vamos elaborar um plano de trabalho. Os chefes de serviço vão apresentar suas sugestões. Eu não me esqueço que eu reuni os chefes de serviço, botei uma folha de papel e uma bic do lado, não vim aqui para substituir ninguém, agora minha maneira de trabalhar é essa, quem estiver em desacordo pode pedir sua demissão agora.

- O Sr sabia que tinha problemas

É, tinha uma série de problemas. Venda de atestado de vacina, venda de vaga na fila pro atestado de saúde, a vacinação não funcionava adequadamente, as investigações epidemiológicas, enfim, não havia um relatório das atividades e a unidade não se voltava para a comunidade. Então, entre outras coisas encontrei uma professora que estava na educação mas que era assistente social e estava querendo ir para lá. Ela foi para lá. Criamos o clube de mães. Nessa época Dalva Saeg era diretora do Departamento Nacional da Criança e tinha uma colega que faleceu há dois anos que era o elemento de ligação e ela vinha. Olha, o clube de mães, eu preciso de apoio. O que que você quer. Eu quero uma máquina Singer, vou ensinar isso aí. Têm lá uma calça velha que não serve

mais pro marido, ela faz uma calcinha pro filho. Enfim, ensinar economia doméstica. E aí montamos o clube de mães, funcionando, ao mesmo tempo servia prá demonstração de técnicas de como preparar mamadeira, cuidados adequados de higiene. As mães aprenderam a fazer a contabilidade do clube. A Elza, que era assistente social, ela então começou a promover, sob o ponto de vista social, digamos assim, a regularização de famílias. O cara vivia com a mulher, tinha três filhos, isso já tava resolvido, um padrinho de não sei quantos casamentos.

-O Sr trouxe essas três visitadoras com o Sr?

Para a Tijuca eu levei a Ormeli e a Marília. A Terezinha preferiu ficar no Meier porque a família dela era do Meier. Aí surgiu uma coisa interessante, um belo dia a Formeli virou prá mim e disse chefinho, eu vou pedir demissão. Por que Ormeli. O que eu ganho como visitadora não dá. Ela era arrimo de família. Ormeli, você tem capacidade para ser enfermeira, faça o curso de enfermagem. Como eu vou fazer o curso. Primeiro faça o concurso. Ela fez o concurso passou, para a Hadock Lobo. Aí chefinho, passei, e agora. Chamei a enfermeira chefe. A Formeli vai me trazer da Faculdade seu horário e nós vamos montar um esquema de funcionamento dela aqui. Só tem uma coisa doutora, doutora Ormeli eu brincava com ela, seu fim de semana vai ser de trabalho. Todo sábado você vai estar aqui e algumas investigações epidemiológicas você vai fazer de manhã, de tarde, de noite, de madrugada, isto é problema seu, não é meu. Aí, que que eu fiz? Fui para o Capistrano que era o Diretor do Departamento na época. Olha Capistrano, eu fiz isso. Tá me contando por que? Prá você ficar sabendo porque de repente vem aí contar. Você não assumiu a responsabilidade? assumiu. Então a responsabilidade é sua. E ela fez o curso. Isso é um aspecto, uma faceta. A outra é sobre uma enfermeira excelente esposa até de um colega. Essa menina foi encaminhada prá gente dizendo que era problemática. E eu conversando com ela...Vem cá, o que você gosta de fazer, qual a área que você gosta de fazer. Eu gostaria de ficar na serviço de epidemiologia. Então tá bom. Quantos dias você quer para organizar, fazer, elaborar os procedimentos internos para o serviço de epidemiologia para que as visitadoras saibam exatamente o que fazer, quando fazer, como fazer. Ah, em 30 dias. Tá bom, então dentro de 30 dias apareça aqui no meu gabinete. Então ela começou a se descobrir. Nós tínhamos uma unidade satélite lá no Alto da Boa Vista, perto do Corpo de Bombeiros. Aí tinha uma aluna, que tinha sido minha aluna na Escola Hadock Lobo. Ela terminou, fez concurso, entrou e pediu para trabalhar comigo. Eu disse tá bom. Estou precisando mesmo. Você vai chefiar a enfermagem lá na Unidade Satélite. Naquela época também acontecia o seguinte. O pediatra olhava tudo quanto era criança. Chamei essa menina, você treina duas auxiliares de enfermagem, uma para ficar antes e outra para ficar depois do doutor. Era o Ricardo, ótimo pediatra, trabalhador. Então, mas não pode. Calma, você vai sentir que você vai fazer o tratamento de todos que você vai ter que fazer. Tudo quanto é criança têm que ir ao Pediatra. Não, a enfermagem devidamente organizada, devidamente treinada, ela faz uma triagem, não é. Tudo bem a primeira consulta, todas têm que passar pelo pediatra. A partir da segunda consulta necessariamente não. Então era o que acontecia. Saiu do pediatra porque o auxiliar tem que traduzir a linguagem do doutor, orientar, explicar, olha o doutor disse aqui três vezes ao dia, você vai fazer assim, assado. Tá uma papinha você vai fazer...aí ela ia para a sala do clube de mães e aí fazia a papinha. Tinha um colega que é filho de um professor de fisiologia da faculdade. Ele fazia toco-ginecologia. Você topa aqui criar um setor de pré-natal? Me apresente todo o projeto. Aí, a primeira visita que eu fiz foi a Associação de Moradores do Borel. Lá, assisti a posse da nova diretoria. Aí, na hora que eu falei, eu disse olha, eu estou assumindo agora a direção do Centro Médico Heitor Beltrão gostaria de ter um encontro com vocês. Segunda feira de manhã as oito horas eles estavam lá me esperando. Muito bem, ótimo. Quando eu visitei lá a associação e vi que dava prá botar uma vacinaçõzinha aqui dá prá botar isso. Então quando eles chegaram. Olha eu visitei a associação e vi lá umas salas que dá para a gente montar algumas coisinhas, um postinho avançado. Ah ótimo doutor, mas só tem um porém. Eu vou apresentar a vocês uma visitadora que vai ficar encarregada e tal. Tem um detalhe. Se um dia alguém fizer fiu fiu para ela eu acabo, tá? Qual é a visitadora? Eu chamei a Ormeli. E aí o presidente, ela vai subir sempre assim, não é doutor. Vai, claro, ela irá sempre uniformizada. Fique tranquilo. Olha Ormeli foi prá lá. Ela controlava as barrigudas, levantava as barrigudas, vacinava as crianças. Agendava a vinda das barrigudas ao ginecologista-obstetra para fazer o acompanhamento, elas não tinham que estar descendo, colhia material para o laboratório, nós tínhamos um laboratório, entendeu. Então a coisa começou assim a engrenar. Eu comecei a trazer o pessoal do Tijuca Tênis Clube para participar. Todo o final de ano o Clube de Mães fazia uma exposição e eu era o elemento de intermediação junto com a comunidade. Ah vamos visitar e aí elas faziam a contabilidade, tudo direitinho, dentro daquele espírito do clube de mães, que era as mulheres aprenderem higiene, e também algumas noções de economia doméstica, não é?

- Já era o prédio novo?

Já era o prédio novo, então eu fiquei lá, porque lá na Tijuca primeiro eu fui nomeado chefe do serviço de higiene aí depois ainda em 66 fui nomeado diretor de estabelecimento, naquela época não era diretor de Centro, era diretor de estabelecimento, centro médico sanitário. Aí, em 69, houve uma reestruturação do departamento, passou para a SUSEME não é isso, prá SUSAP, SUSEME era Superintendência dos Serviços Médicos, envolvendo todos os hospitais. SUSAP Superintendência de Saúde Pública, de todas as unidades sanitárias. Eu nunca me esqueço que uma vez o Capistrano, conversando comigo, nós conversávamos muito, ele foi convidado naquela época pelo, lá de Vassouras, para organizar a cadeia de organização e administração de serviços de

saúde. Aí ele me convidou para dar a parte de epidemiologia. Nós trabalhávamos dávamos aula lá em Vassouras. Uma vez ele estava puto porque havia muita influência política na gestão dele. Capistrano, você quer um conselho, uma sugestão, você faz o seguinte olhe: essas, essas, essas unidades não são negociáveis politicamente. Essas, essas, essas. Por que de repente a Heitor Beltrão, você não pode admitir. Realmente, aquela unidade lá do Cais do Porto está em estado de guerra, você faz o que? E o seguinte Capistrano o cara insiste, nomeia, não correspondeu, demite e diz para o deputado. Olha seu candidato é uma merda. Indica outro. Nossa, será que você não sabe nem escolher candidato fulano. Lá em Botafogo, na rua da Passagem nessa época, aí já estava se aproximando mudança de governo e tal. Então havia uma série de especulações e o Capistrano muito vivo né, ele criou a unidade escola lá em Botafogo. Na realidade, vivamente, ele disse bom, se eu deixo de ser diretor do Departamento eu posso ir chefiar aquela unidade escola. Tudo bem. E viria o governo Chagas Freitas que prá mim foi uma M, elevado a potencia M. Infelizmente foi governador duas vezes. Na primeira vez dessa maneira biônica e depois não, e ele foi tão incompetente que o primeiro secretariado dele que não funcionou no primeiro governo, ele repetiu o mesmo secretariado anterior. Bom então eu estava na Tijuca e fui, houve uma reestruturação do Departamento de Saúde Pública e foi criada uma divisão de educação sanitária. Capistrano convidou uma colega também de saúde pública. Então ele me chamou aí também havia razões de política na Tijuca porque tinha alguém candidato e tal, aquela coisa. Ele me chamou e disse, tá na hora de você vir para o nível central. Tá bom, soldado obedece. Então

- Por que os políticos tinham interesse nos centros de saúde? na indicação?

Pelo seguinte. Alguns, porque de repente aquele que ele indicava era o, ia fazer o que ele queria, mas de repente, como por exemplo, quando eu saí do Meier e fui para a Tijuca e o Marinho disse, eu estou te indicando porque você não tem...tempos depois ele numa entrevista né, ele se vira prá mim... e eu que pensei que você não tivesse prestígio político. Eu não tenho, não tenho padrinho político, eu sou padrinho de mim mesmo. As reclamações que eu recebi, do político da época, era o Maurício da Fonseca. Mas porque o cara reclamou da minha saída. Era porque ele sabia que eu estando lá ninguém ia transformar aquele posto de saúde em cambalacho para a fiscalização sanitária, sabe como é que? Ele sabia disso, por isso que ele reclamou com o Marinho. Marinho mesmo me disse depois, não, eu nem conheço o seu Maurício da Fonseca. Ele reclamou justamente porque você estando lá você não deixava. Quando eu estava na Tijuca, um belo dia, a minha enfermeira chefe que é professora na UERJ. A Jalma, Maria Jalma, veio para mim e Doutor tem uma mãe querendo falar com o senhor que uma funcionária a tinha maltratado. Eu chamei, pois não, eu usava a seguinte situação. Normalmente todo funcionário tinha uma ficha que ficava no setor de pessoal e se registrava ali toda a mudança punição qualquer coisa. Bom mas eu tinha o que eu chamava meus arquivos. Então eu abria uma ficha. Então de repente a falta não foi uma falta que merecesse suspensão. A primeira vez o cara errou e tal coisa boba eu dava uma advertência, eu não punha lá na ficha prá não macular a ficha funcional, eu botava lá. Se ele repetisse. Aqui meu filho não é a primeira vez que você se comporta deste jeito né? Esta funcionária, que eu não sabia, era parenta do líder do governador na câmara ela aí eu fiz na ficha dela branca, limpinha, uma advertência, três testemunhas, fiz a advertência e registrei na minha ficha. Um belo dia o líder da maioria vai visitar a unidade. Eu nem estou ligando, foi lá visitou a unidade, como praxe de brasileiro, cafezinho, água gelada e tal e no final ele se vira e Doutor eu tenho uma acusação contra o Sr. Eu digo, a é? Peguei o papel e Eu quero por escrito. Não é que o Sr. maltratou uma funcionária. Quem é a pessoa? E aí ele disse. Eu chamei a chefe da administração Dona Gisela que ainda é viva. Gisela me chama, vê a ficha da fulana, me chama a Maria Jalma, me chama a fulana, beltrano, as testemunhas. Dona Jalma o deputado aqui tá dizendo que eu maltratei a Dona Fulana. Quero pedir que você reportasse a ele aquele papo assim, assim, assim. Ela olhou para ele e tal, tal, tal. Na ficha normal dela não consta nada mas a advertência foi feita aqui. Agora eu só queria lhe dizer duas coisas. Primeiro, ela sendo parenta sua, que eu não sabia, ela deveria ser a primeira a primar por todos os princípios de correção de trato com o público. E segundo, agora já era um aviso, se ela repetir ela leva uma suspensão de três dias, se for reincidente, mais quinze dias e se for reincidente eu abro um inquérito administrativo. Quanto a isso deputado o Sr. não se iluda. O cara ficou fulo da vida comigo. Eu tinha minha linha direta com o Marinho. Ele saiu dali eu peguei o telefone liguei pro Marinho. Secretário, tem um probleminha político aí pro Senhor. O que que houve? Isso, isso, isso. OK ele deve ter saído daí a que horas. Não se preocupe deixa que tudo se resolve.

-Os funcionários eram todos indicados por políticos na época?

Não tinha os cargos em função gratificada. Havia concursos e de repente o pessoal que já vinha. Eu tinha uma velharia trabalhando comigo que não era mole. E eram pessoas que apesar da idade. Olhe tinha no setor de material era uma senhora, uma escurinha, que um dia veio prá mim e disse Dr Samuel não é possível assim todo dia, todo mundo tá pedindo material. Minha filha, você é a perita em administração de material. Então faça suas normas traga para mim e nós vamos normalizar

-Quer dizer que nessa década de sessenta tinha concurso?

Tinha, não era todo ano. Eu quando me formei não havia concurso. Só havia concurso para as forças armadas. Eu fui fazer o curso com a aprovação, era o Raimundo de Brito que era o secretário, eu lí o despacho dele ao Lacerda que era de todo interesse, primordial aquela célebre frase dele quando foi ministro: vou dar um banho de vacina....tudo bem ele era demagogo mas fez algumas coisas, sem dúvida. Como secretário de saúde ele fez

muita coisa mas sem dúvida alguma o Marinho, ele teve a meu ver a grande sabedoria de fazer o seguinte. Ele criou a SUSEME e criou a SUSAP. Com isso a SUSEME tinha recursos próprios, a SUSAP era a irmã pobre como costumava acontecer e acontece com toda a estrutura de saúde no Brasil.

-Quando é que a SUSAP é extinta e vira uma diretoria da SUSEME?

Não, veja bem, a SUSAP e a SUSEP desapareceram juntas. A SUSAP nunca foi diretoria da SUSEME. A SUSAP foi superintendência. A secretaria de saúde naquela época tinha aquela estrutura. o gabinete do secretário e duas superintendências. Uma, dos serviços médicos, até quem montou toda esta estrutura foi um colega cirurgião lá da Tijuca. A SUSEME era muito bem organizada. Tinha manuais, normas de procedimento por escrito para tudo. Eu até brincava com o pessoal da SUSEME, poxa até para vocês irem ao banheiro tem que ler o manual... Pois era e funcionava. A SUSAP também era uma superintendência mas só que ainda a visão político-administrativa era de que, como é hoje, o que se privilegia, é o atendimento médico. Então àquela isso ocorria mais intensamente ainda, as unidades sanitárias eram na realidade, o que nós dizíamos, as irmãs pobres. O que que acontecia quando você conhecia um colega de outra área. Onde você trabalha? Eu trabalho lá no Centro Municipal de Saúde. Ah no Centro Médico Sanitário, Ah, naquele lugar onde se aplica vacina. Quer dizer, o que era a Unidade Sanitária. Ninguém entendia até porque, diga-se de passagem muitas das unidades não funcionavam bem. Não havia como hoje. Hoje existe um discurso como eu costumo dizer para os alunos, existe um discurso de atenção integral à saúde da mulher e da criança. Onde que isso funciona na prática? no cotidiano? Porque até de repente, eu, que fui coordenador de projeto. Eu havia proposto o seguinte. A mãe levava seu filho para vacinar. A senhora é matriculada aqui? Não. então vamos fazer sua matrícula. Vamos fazer um teste de glicosúria, ver sua pressão...

Hugo Tomassini
Secretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro
dezembro de 83 a março de 85

-A idéia do Centro de Saúde que nós estávamos concebendo era de um Centro de Saúde extremamente polarizador de uma área, então na verdade ele era quase como um irradiador das idéias do nível central para aquela área. Na verdade a concepção que a gente tinha de CS era como um unidade mais avançada, onde havia, por causa da questão que a gente tinha deparado como a grande ociosidade do CS, de um modo geral e a questão de uma demanda extremamente pesada sobre os hospitais. Então a idéia era botar os CS como unidade já um pouco mais avançada, já com especialidades, mas que incorporava a idéia da medicina curativa, mas como, quase um Centro de Especialidades e um polo irradiador. Certo, quer dizer, a gente tinha a idéia da concepção do CS como um polo da idéia muito passava pela questão de um polo de organização dos serviços de saúde na sua área de atuação. Inclusive até, uma coisa que foi impossível de se fazer mas que até os hospitais que tivessem situados naquela área de abrangência do CS, estariam administrativamente subordinados aqueles CS.

-Reforçando a idéia de Sede Distrital.

-É, a sede distrital. E a questão que a gente tinha era aumentar a cobertura para basicamente pelas unidades básicas de saúde, principalmente na área favelada, que era, o que se chamou, de um nome que eu gostei, que era mini-posto ou não sei como é que eles chamavam. Eu acho que era miniposto de saúde, alguma coisa assim.

-Agora, sem prejuízo das atividades preventivas?

Sem prejuízo, isto continuava, mas havia uma grande preocupação em que aumentasse a, se tirasse um pouco a ociosidade do CS, de se responder àquelas necessidades das áreas.

-Como você encontrou a rede? Porque a rede, por diversas reformas que foram feitas elas começaram a apresentar um padrão heterogêneo. Tinham unidades novas da década de 60, antigas da década de 30...

-Eu sei que a gente tinha um plano muito grande sob o ponto de vista da recuperação física dessas unidades, porque elas estavam extremamente, depredadas não é bem o termo, mas elas estavam muito maltratadas, mesmo as novas. Eu me lembro que o CS da Gávea, um prédio muito bonito, com muita goteira, salas que não funcionavam porque. Eu acho que havia um certo já naquela época a gente encontrou um grande grau de sucateamento da rede de CS, de um modo geral. A gente tinha até um plano extenso de obras de melhoria dessas unidades. Equipamentos também, a grande maioria abandonados, muito abandonado. Uma carência grande de recursos humanos, tanto é que por causa disso a gente fez um levantamento das necessidades com parâmetros e começou-se a pensar na realização do concurso.

-Você considera a idéia concurso o ponto alto da sua administração?

Desde o momento em que a gente queria, eu considerava como um dos pilares básicos para a reformulação da política.

-Existia uma crítica que o Vivaldo falou, que os funcionários eram todos indicados, existia um enorme fisiologismo...

-Extremamente fisiológico, eu vim numa fase em que você passou por um processo muito grande de clientelismo, no Governo Chagas, um clientelismo enorme. E a própria política de contenção do Governo Federal no sentido de não realização de concursos. Foi uma coisa que a gente tinha, tanto é que este foi o primeiro concurso em aproximadamente vinte anos de existência. Concurso público mesmo que eu digo. Não havia. Havia pequenos concursos para internos né, para questão de ascensão funcional ou para desvio de função que era necessário.

-Mesmo com esta política clientelista não havia um inchaço dos CS? Eles estavam com pouco pessoal?

-Estavam porque quando eu cheguei havia um esvaziamento muito grande dos CS, porque de um modo geral ainda se pensava muito né, num CS como um bico. Na verdade você vai lá, passa uma, duas horas e vai embora e o grosso do pessoal optava fundamentalmente, pela questão da própria formação, do próprio órgão formador, com ênfase de formação de pessoal para a área hospitalar.

-Fora aquelas tradicionais carteiras de saúde e carteira de vacina, tinha outro tipo de atendimento médico?

-Existiam atendimentos médicos no programa materno infantil, um pequeno esboço de atenção ao adulto mas sem nenhum programa maior de patologias que já se mostravam, né, de incidência ou prevalência extremamente elevada, como as doenças cardio-vasculares e a hipertensão. Você não tinha nenhum CS aparelhado para fazer um bom programa no nível um pouco mais avançado no uso de tecnologia, mais aprimorado, você não tinha nenhum CS, nesse nível

-O concurso público visava atacar estes aspectos.

Visando fundamentalmente essas programações, com ênfase na parte de cardiologia, que a gente tinha uma preocupação grande, na instalação dos problemas da hipertensão arterial, que a gente achava que o CS já não podia deixar de ter um ECG.

-Sanitaristas também?

-Sanitaristas também, por que sanitistas? Sanitaristas tinham, na formação dele, a área de planejamento e a área de epidemiologia, que a gente considerava pontos essenciais para a gestão de uma área como a gente

colocava para o CS.

-Na sua opinião, por que a rede municipal básica nunca aderiu como aconteceu no Estado de -São Paulo, nunca aderiu a medicina previdenciária? Quer dizer nunca foi pensado num convênio para atender os previdenciários? Por que ela demorou tanto para fazer os convênios das AIS?

-Aí tem uma história da SMS do Rio, porque ela se considerava uma rede muito especial. A própria secretaria, choques permanentes existiam entre a secretaria municipal de saúde e a secretaria estadual de saúde. Era muito difícil a secretaria municipal, porque já tinha sido um estado, antes até um distrito federal, de se submeter sob o ponto de vista de linhas de ação à uma linha hierárquica que vinha do Ministério, que vinha da Secretaria estadual. Isso era muito presente principalmente de uma forma muito veemente principalmente da área hospitalar. Ela tinha o orgulho de ser muito bem equipada, muito bem que satisfazia as necessidades, modelo. Isso vinha muito naquela linha da SUSEME, aquela questão toda que foi muito...então havia esta questão, não é? e quando eu fui para a secretaria quer dizer, eu fui muito indicado pelo Eduardo, pela secretaria estadual de saúde do governo, a gente tentava fazer uma ponte através do tempo e eu acho que em determinados momentos eu achava que o município, por ser um município e por necessitar de recursos porque a penúria era muito grande existente na época tá? principalmente com o governo Brizola, que tinha uma oposição ferrenha a governo, ao governo federal. Então eu achava que haveria necessidade de uma certa integração com serviços federais e estaduais existentes. Daí a gente ter, como tinha aquele problema da participação comunitária e a gente começar a, talvez a gente tenha sido um dos primeiros municípios do Brasil, começou a criar aqueles grupos executivos com a participação da comunidade, esta questão toda, os GELS, CEAP, aquela questão toda, onde a gente trabalhava em cima de todas as instituições existentes naquela área, ou do GEL ou da área de ação das CEAPS. Então eu acho que eu fiz um esforço muito grande no sentido de integrar um pouco mais essa rede e eu achava importante que a gente começasse a pensar nas formas para uma maior integração dessa rede, e daí então a questão das Ações Integradas de Saúde. Existia a CIMS que era o órgão maior, que era constituído por mim, que presidia a CIMS, mais o representante da secretaria estadual, mais o representante de órgãos da comunidade, sindicatos, esta questão toda, existente, naquela... e a gente então discutia essa questão da integração e eu acho né? hoje analisando esta questão, talvez isso não te interesse, certo? mas é uma coisa que venho pensando muito, eu acho que a AIS teve muito pouco tempo de duração, ela foi atropelada, você teve a questão da reforma, você teve então a questão do SUDS e depois do SUS sem que houvesse uma assimilação principalmente sob o ponto de vista cultural das diferentes instituições que militavam no campo da saúde... E havia um certo momento político, onde o PMDB assume praticamente o governo federal e os estaduais e então se pensou que este momento político pudesse ser muito favorável a questão da reforma sanitária e eu acho que faltou muito uma maior experiência de convivência entre as instituições, tá certo? Então quer dizer hoje eu acho que ainda perpassa com muitas dificuldades nessa questão do SUS, quando você coloca frente às unidades federais você vê no próprio município do Rio, aqueles hospitais que foram estadualizados ou que foram municipalizados voltam hoje à ação do Ministério.

-Mas o convênio AIS para os CS, representou um aporte significativo de recursos?

-Não, não ainda, não houve este aporte. Por que? No fundo, no fundo a CIMS era constituída por pessoas representantes de determinadas instituições e aí é que eu digo que essa questão cultural era extremamente importante. No fundo no fundo os representantes não tinham muito a capacidade de decisão das coisas. Então era um processo extremamente lento porque não era o secretário estadual que participava da CIMS e não era o representante máximo do INAMPS aqui no Rio que participava. Era sempre um delegado. Quer dizer, então as coisas iam e vinham muito, tá certo? Uma falta maior de uma tomada de decisão mais incisiva. Mas eu achava que era um processo natural, tá certo? de um trabalho que começava a se esboçar conjuntamente.

-Até então só se contava com os recursos orçamentários próprios da Prefeitura?

Só os orçamentários. E com uma briga intensa com a rede hospitalar, que a rede hospitalar achava que ela é que era resolutive. Aí depois é que se começou a ter os convênios. Aí então foi quando a gente foi começando a ter os recursos.

-E voltando ao problema da não adesão da rede aos convênios com a medicina previdenciária, anteriormente às AIS?

-E aí também tem um problema de ordem partidária. Eu acho que quando o Governo Brizola assume, o Governo Brizola assume como um governo realmente eleito e de forte oposição tá? Por parte dos órgãos federais, INAMPS fundamentalmente, quer dizer, havia sempre um pé atrás com relação ao governo Brizola. Com o estado e o governo do município. O que não acontecia em São Paulo.

-Mesmo em épocas anteriores, quando o governo do Rio, bem ou mal, sempre foi de oposição.

-É, teve esse caráter. Então eu acho que esse complicador era um complicador muito grande, não tanto interno mas internamente havia esta resistência por causa desta questão da rede que era um município que já foi um estado, havia isso, havia aquilo e principalmente as queixas dessa não partiam tanto do CS não, partiam fundamentalmente da área hospitalar, fundamentalmente do Souza Aguiar e do Miguel Couto. Se mostravam bastante refratários a esta situação.

-Os CS eram tão marginais na estrutura, eles passaram a ser criticados pela sua função social, insignificante. Por

que não foram fechados em algum momento? As UACPS foram uma tentativa de acabar com a proposta dos CS? Eles sobreviveram por inércia? Esqueceram de fechar?

-Não eu acho que não tinha tanto esta características deles esquecerem de fechar. Por que eu acho que era uma rede física sob o ponto de vista existente tava lá. Eu acho que seria muito despropósito, não é? que se fechasse os CS. Que se demonstrasse claramente a ociosidade. O que eu achava que faltava fundamentalmente era uma reorientação dos CS, certo? uma reprogramação de suas atividades, fundamentalmente de sua função, tá?

-Todas as gestões não gostavam do que encontravam e tentavam mudar. O Governo Monteiro Marinho, tentou fazer uma série de obras mas mexeu muito pouco. A sua gestão teve o mérito de propor o concurso, de resgatar o pessoal.

-Você veja bem, eu acho que um dos grandes nós da política de saúde de hoje que perpassa todo o tempo está fundamentalmente na política de recursos humanos. Eu acho que este é o grande nó que vive, eu acho que até hoje perpassa fundamentalmente como um grande problema prá mim, a questão de recursos humanos. Por que a questão de técnicas, de equipamentos, essa questão toda, quer dizer, tá por aí mesmo alteando os custos. É questão dada, agora, a questão dos recursos humanos ninguém toca nela. Quer dizer, passam-se governos e você não vê uma atenção voltada à questão dos recursos humanos e sempre é o problema, sob o ponto de vista salarial, sob o ponto de vista de capacitação, sob o ponto de vista de uma carreira, então sempre se toca nisso mas ninguém mexe nessa ferida. Você veja essa questão do SUS e a questão dos RH. Onde você tem funcionários das mais variadas origens institucionais com ordenados os mais variados e ninguém mexe nesta questão. Por exemplo, esta questão da isonomia que eu acho uma questão essencial para se tocar, nunca foi, já nem se fala mais. Hoje é um ponto esquecido, essa questão. Eu acho, tanto é que por exemplo a própria questão das AIS quando vinham os recursos, não se podia aplicar em RH. E que eu acho que saúde não se faz sem recursos humanos, eu acho que é uma grande ilusão que está se tendo.

-Você conseguiu usar algum recurso das AIS?

-A sim, melhoria de prédios, uma série de coisas.

-E o concurso, por que não foi feito na sua gestão, o que aconteceu?

Bom, o concurso foi o seguinte. O município, por ser uma máquina que era a secretaria estadual, a secretaria municipal de saúde conseguiu dimensionar as suas necessidades e organizar um concurso a partir dessa necessidade. Incluímos tudo, e nós ficamos prontos para a realização do concurso. Eu fui ao prefeito levando, em janeiro de 85, cheguei com o edital pronto e o prefeito mandou publicar no diário oficial. Quando está indo para a publicação ele recebeu um telefonema da governador pedindo para sustar o concurso no município para esperar para fazer junto com o Estado. O prefeito queria fazer porque já tinha uma, nas pautas das reivindicações dos órgãos de classe, principalmente os sindicatos e o CREMERJ, um dos itens das pautas de reivindicações era a realização do concurso. Eu achava que a realização do concurso podia atenuar. E eu acho que isso agravou a relação nossa com as instituições, as corporações, principalmente... e nos fragilizou muito... aí veio a greve, aí a questão da postura do governador no sentido da intervenção nos hospitais, aquela coisa toda, foi um momento muito difícil, eu acho que isso atrasou muito toda a possibilidade que a gente tinha de uma melhor aplicação dessas diretrizes. No final aí a crise estoura em maio, junho, eclode em junho e julho. Aí depois o que houve praticamente, a equipe toda da minha secretaria de um modo geral se manifesta contra essa atitude. Eu ví a secretaria praticamente desfeita, né? enquanto uma equipe. Mas aí mesmo que eu tenho uma certa admiração por Marcello. Marcello foi amortecendo todos aqueles impasses e a gente foi avançando. Eu fiquei até o final da gestão. E o concurso é retomado exatamente como nós concebemos. Isso se manteve.

-E a questão da AP e a RA? Quando do surgimento das Áreas Programáticas, eu sinto que essa modificação veio em detrimento dos CS como sedes distritais? Os CS sempre foram sedes de Ras. Toda a informação e administração sanitária era segunda as Ras. Como você viu o surgimento das APs? Como um complicador do papel de sede distrital?

Quer dizer, eu não sentia muito não, a gente tinha, de cada AP a gente tinha as CEAPS, a gente reunia todos os CS onde havia um coordenador de AP, que ele coordenasse essas atividades dos CS para aquela região administrativa. Eu achava que a gente tratava num momento de transição de uma estrutura anterior para uma nova estrutura em que eu achava importante era a questão da, para facilitar a atividade da administração central, certo? e para começar a erradiar um processo de descentralização que indiscutivelmente, diretor de CS, o pessoal ainda não estava acostumado a gerir esses recursos, uma vez que era muito centralizado, eu achava que a gente deveria passar por uma fase intermediária onde nesse momento as CEAPS assumiam e o coordenador daquela área com uma secretaria executiva que ele tinha oriundo dessas CEAPS, ele pudesse então começar um processo de descentralização que a gente pudesse até chegar a um momento do orçamento por unidade e cada unidade fosse gestora desse orçamento. Eu valorizava a AP como uma etapa para chegar lá na ponta. Eu achava que a AP era um instrumento importante que a gente tinha no processo, da estratégia de implantação de um processo de descentralização. Então eu não via muita questão do tumulto e do esvaziamento do CS. Não porque na certa todos os diretores de CS participavam então a distribuição do poder era uniforme para todos. Agora eu achava que ainda era um momento da gente poder implantar. Isso a AIS nos ajudou muito no orçamento, com uma certa experiência que já vinha do INAMPS, tá certo? O INAMPS já tinha uma descentralização maior das

suas unidades, eram unidades orçamentárias as unidades do INAMPS, certo? Construímos unidades básicas na zona oeste, usando a tecnologia da argamassas. Aprimoramos a unidade da Rocinha. Começamos a fazer obras na Gávea. Vários CS foram feitas uma série de melhorias e obras. A gente tinha um plano de obras. Quanto a equipamentos o grosso que a gente tinha comprado era para a área hospitalar, que estava também profundamente sucateada.

-E o problemas das nomeações? Você chegou a nomear funcionários por indicação de políticos, como ocorria na década de 70? Ou transferir?

O que ainda permaneceu com essa característica que você diz foi a área da fiscalização sanitária. Essa eu não consegui tirar essa máfia não. Mas o resto, foi outro aspecto que eu sempre admirei no Marcello. Não houve durante a minha gestão nenhuma interferência na escolha das chefias das unidades, de nomeação para qualquer cargo. Geralmente os diretores, ou do DGH, ou da DGSP, traziam os nomes, eu os entrevistava, eu conversava com essas pessoas indicadas e depois discutia com os diretores ou do DGH ou DGSP, a conveniência ou não da nomeação. Uma vez decidido eu levava o nome ao prefeito. O prefeito, nunca houve por parte do prefeito, ele até reclamava, até brincava comigo e dizia. Eu não consigo botar ninguém que eu queira dentro da secretaria municipal de saúde. Você não me dá um cargo. A minha equipe era formada por um pessoal de uma certa origem vamos dizer assim, de uma certa formação muito rígida, e ela foi muito formada com pessoal dessa forma de pensar. Vivaldo por parte do DGSP, e do DGH, também era pessoal novo pessoal não viciado nestas questões. Então se procurava um critério técnico.

-Quando você buscava um diretor de CS, você estava buscando que tipo de formação?

-Fundamentalmente pessoal da área de saúde pública, sanitaristas. Por causa da questão que a gente tinha muito em vista, a questão da administração, da gestão e de como difundir na RA dessas diretrizes. Eu me lembro que a grande maioria tinha sua origem nos cursos da Escola Nacional de Saúde Pública, pessoal dos cursos que já tinham feito os cursos básicos e que foram levantados pela equipe do DGSP. Geralmente não eram funcionários de carreira, da secretaria. Eu puxava de fora, eram cargos de confiança, eram cargos comissionados. Naquele tempo a gente podia fazer isso. Quando existia gente no CS com esse perfil a gente aproveitava. No CS da Tijuca, teve aquela menina, a Analice e depois fez o curso de saúde pública.

-Por que o CS, que foi a inovação em uma determinada época, ela se enjessa, se imobiliza, fica pesada... Qual é a sua visão sobre isso?

-Eu acho que, voltando às questões das políticas. Na época que os CS foram criados e com aquela visão extremamente preventivista na grande escola formada por pessoal oriundo de Jonhs Hopkins, Maneco Ferreira, Fontenelle, Barros Barreto. Tinha até um professor da ENSP, o Evaldo... que ele foi diretor do CS de Petrópolis na época, também oriundo de Jonhs Hopkins, então o CS de Petrópolis só atendia não doentes, mas dentro daquela visão existente da época eles satisfaziam plenamente e eram bem geridos. Havia um pessoal preparado pra isso, certo? E eu acho que geriram, dentro daquela perspectiva, geriram bem. Acontece que os tempos mudam, as coisas mudam, a realidade começa a ser outra e eles começam a perceber que não é bem esse o panorama brasileiro não é? e começa uma demanda maior do que a que eles presumiam, e uma ociosidade começa a se refletir porque não consegue mais atender as expectativas. Depois dessa geração eu acho que, aí é que eu acho. Nessa segunda fase dos CS, isso tem reflexos até aqui em Niterói, no CS estaduais, que eram estadualizados, eu acho que o despreparo de RH para atender a essa coisa é brutal e eu acho que nos CS, são nomeados diretores dos CS, o pessoal dos CS, sem nenhuma capacitação para tal, certo? e aí é o tal negócio, eu já estou velho lá para o hospital, eu não estou dando mais plantão lá no hospital, vou para o CS, dirigir um CS, não é? Eu não sei, eu acho que o grande problema que a gente vive é problema de RH. Então eu vejo esse segundo momento dos CS. Essa expressão que você usa de engessamento dos CS, muito ligado a essa questão de despreparo do pessoal. Quem vai para o CS é o que não dá bem na área hospitalar, não se dão bem na formação médica, não é bom médico, essa coisa vai para lá e é isso que a gente encontra, muito. Então quer dizer o que eu acho que é importante que o CS assumisse um novo papel. Então eu acho que a gente encontra e este engessamento muito fruto disso quer dizer o CS passa a não se renovar a não repensar a questão das realidades brasileira, das novas realidades que não eram mais aquela questão do controle das doenças infecto-parasitárias, aqueles problemas da vacinação, sabe. Eu acho que é uma outra necessidade. E eu via muito a necessidade do CS como um polo irradiador, quer dizer a minha preocupação básica era que o CS pudessem ser o grande gestor de saúde de uma área.

-Você acha que o CS, por causa destes problemas com o governo federal, ela se especializou no pobre, no indigente, no favelado, por falta de vinculação com a previdência social?

Pois é, quer dizer, quando a gente começou, mesmo quando começou essa questão das AIS, havia por parte, eu não sei se aí tem uma certa coincidência por parte de pessoas que pensavam um pouco semelhantemente em relação a isso. No meu momento quem estava na direção do INAMPS no Rio de Janeiro era o Nildo Aguiar. Era o Superintendente no Rio de Janeiro, com uma equipe de pessoas que tinham trabalhado comigo aqui em Niterói. O estado eu tinha, eu fui oriundo do estado e o Eduardo me pediu para ser o secretário municipal de saúde. E por parte do INAMPS então a gente começou a dividir atribuições, de atendimento nos CS, que eram remunerados em função também disso, tá certo? então eu acho que por toda aquela refratariedade existente

muito pela história da secretaria municipal de saúde. Os hospitais me reclamavam muito, os CS às vezes me reclamavam. Estamos atendendo demais pacientes do INAMPS, tá certo? Existia isso. Já começava essa coisa, eu não vou mais fazer atendimento pro INAMPS, não vou mais, sabe, essas coisas? mas a gente começou a atender a clientela do INAMPS, certo? A gente ia nesse passo, agora é o que eu te digo, se juntavam pessoas com culturas institucionais muito sólidas, então eu achava que a gente tinha que ter uma convivência maior e eu acho que não houve tempo para essa convivência.

-Hoje os CS tem um importante papel, são responsáveis pela metade do atendimento ambulatorial do município até em detrimento das atividades preventivas.

O que eu sei é que com o governo que me segue isso começa muito a ser fechado. Eu acho que toda ação corresponde a uma reação e essa reação precisa se mostrar para depois de tentar um equilíbrio das coisas. Eu acho que a gente vive hoje um momento angustiante na questão da assistência curativa, da assistência médica. Eu acho que a gente pode chegar a um ponto de equilíbrio.

Hoje por exemplo, aqui na UFF, o Jacinto, a gente passou por uma grande mudança curricular, claro, com resistências brutais. Prá mim o ponto básico da reforma curricular reside na questão pedagógica, na questão da criação daquilo que a gente chama de precursor, onde cada grupo de oito alunos é acompanhado por um professor durante o curso, de base tutorial e com cinquenta por cento da carga horária deste aluno é no trabalho de campo nas unidades do município de Niterói. Então eu acho com isso a gente começa a formar novas cabeças e eu acho que aí tem que ter um certo equilíbrio entre a questão preventiva e a questão curativa.

Felipe Cardoso

Secretário de Saúde 1974-1978

Com relação à expansão física dessas unidades, eu me recordo que na segunda metade desta década, na administração justamente do Professor Marinho, foram construídos os Centros Médicos Sanitários, projeto rotulado de projeto A, projeto B, modelo A, modelo B, com diferenciações de porte, de área física dessas unidades e que foram construídos nesta segunda década, na segunda etapa da década de sessenta, então aí para que todos se lembrem, estão aí funcionando muito bem, e mais do que funcionando muito bem, muito bem conservados. Há poucos dias tivemos a oportunidade de ver o Centro Médico Sanitário, o Centro Municipal de Saúde hoje, que é o Belizário Pena, lá em Campo Grande, e há poucos dias também o Jorge Saldanha Bandeira de Mello, em Jacarepaguá, que foram os dois modelos A, tipo A, de maior porte construídos nesta década, na segunda metade desta década de sessenta. O modelo B, a referência maior é o Centro de Saúde Maria Augusta Estrela da nona R.A., que foi também inaugurado neste período. Esta é uma passagem muito rápida da década de sessenta eu não pesquisei outras ocorrências que pudessem enriquecer esse depoimento sobre essa década. Com relação então à década de 70, a etapa que me coube, realmente dar uma informação, essa década de 70, ela se caracterizou em dois períodos de governo. Um governo estadual, ainda o último governo do estado da Guanabara, o primeiro governo municipal. Já que, de 71 a 75 nós tivemos o último período do governo do Estado, governador Chagas Freitas. Em 15 de março de 75, houve a fusão do Estado da Guanabara e do Rio de Janeiro, surgindo o novo Estado do Rio de Janeiro e o município do Rio de Janeiro, capital, e de 75 a 79, período do novo governo municipal do Rio de Janeiro, que era prefeito o engenheiro Marcos Tamoio. Nesta primeira etapa 71 a 75 ainda no último governo do Estado da Guanabara, em relação a questão da expansão física ainda denominado, Centros Médicos Sanitários, houve uma expansão física significativa. O governo anterior do Prof. Marinho tinha feito uma grande expansão e recuperação da área hospitalar e o início da construção de dois grandes hospitais. O Alberto Schwartz e o novo hospital Pedro II, lá em Santa Cruz. Então, neste período de 71 a 75, que nós fizemos parte neste período administrativo, o secretário era o Dr. Silvio Barbosa, nós éramos o diretor presidente da SUSEME, houve uma ênfase muito grande na continuidade da recuperação da área hospitalar e principalmente a continuidade da construção desses dois grandes hospitais, que somados teriam mais de mil leitos. Mas de qualquer modo, aconteceu alguma coisa na área de expansão dos Centros Médicos Sanitários. Houve um convênio da COHAB, a Companhia de Habitação do Estado da Guanabara com o BNH, esse convênio envolvia a recuperação sob vários aspectos de alguns conjuntos habitacionais sediados no Estado da Guanabara naquela ocasião. Esses conjuntos habitacionais eram Cidade de Deus, em Jacarepaguá, Marquês de São Vicente, na Gávea; fazenda Coqueiro, em Santíssimo; Cidade Alta, em Cordovil; e Engenho da Rainha, no Meier. Então esse convênio, já assinava por volta de 1974, quase já no penúltimo ano do governo em que permitiu a perspectiva da expansão de 5 novas unidades desses Centros Médicos Sanitários. Se não tivesse ocorrido esse convênio, realmente a expansão física durante esse período da rede de Centros Médicos teria sido muito pequeno e tenho a certeza disso, a lembrança nítida de que grande parte das lotações foram absorvidas por essa recuperação da rede hospitalar que teve início à construção desses dois grandes hospitais. Nessa ocasião, foi transferido à Secretaria do Estado de Saúde, naquela ocasião, do Estado da Guanabara, o Posto de Saúde Samuel Libanio, em Jacarepaguá, que hoje é a Unidade Auxiliar de Cuidados Primários Cecília Donângelo, que o Dr. Werneck já se referiu e que sua obra de ampliação e de recuperação vai ser inaugurada amanhã a tarde, dentro do programa deste seminário.

Numa pesquisa quanto as atribuições nestes Centros Médicos Sanitários, nessa fase nós concluímos que numa abordagem de caráter genérico podemos afirmar que permanece inalterada em relação aos períodos anteriores.

Apesar de iniciativas isoladas e de uma integração médico-sanitária com a superação da dicotomia entre as vertentes preventivas e assistencial-curativa, ainda perdurava a prevalência da ênfase nas ações preventivas. Neste período aconteceram, algumas integrações incipientes muito rápidas.

Neste período eu acho que revistos fatos absolutamente isolados que determinavam esse mecanismo. Nessa década, nessa primeira metade da década de 70, nós temos esses eventos mais importantes: um, que foi a extinção da superintendência de serviços médicos de 1973 que foi a grande autarquia de administração indireta da Secretaria de Saúde, sem dúvida nenhuma, com resultados gerenciais numa elasticidade, com uma flexibilidade gerencial muito grande, mais que uma posição de governo centralizadora como era a do Governador Chagas Freitas, na mesma época ele extinguiu também a SUCSAM que todo mundo tem o resgate da importância deste órgão, dessa superintendência do sistema de urbanização e de saneamento dessa cidade, então foi um mecanismo centralizador de administração direta, ele determinou, conseguiu junto ao Poder Legislativo, a extinção de dois órgãos que até hoje todo mundo ainda relembra do tempo da SUSEME, como um tempo, realmente, de muita realização, de uma ação de saúde muito importante naquela época no Estado da Guanabara. Nós infelizmente temos várias coisas nos nossos currículos, positivas e negativas, eu tenho essa questão negativa que enterrei a SUSEME quando ela foi extinta. Contra evidentemente a vontade pessoal nossa e do próprio secretário, numa determinação do governo, e repito envolvendo também a área de obras da cidade com a extinção da SUCSAM. O evento epidemiológico importante nesta fase foi a epidemia de meningite meningocócica, no ano de 1974, que foi desencadeada a primeira campanha de vacinação anti meningocócica. Neste período também, de 1971 a 1974, mas no fim do governo de 1974 houve a experiência de funcionamento do horário noturno de 10 Centros Médicos Sanitários, um tema absolutamente atual não mais de 24 horas, mas agora também até às 22 horas já está sendo admitida esta hipótese, então 10 Centros Municipais de Saúde, que são: Oswaldo Cruz, Manoel José Ferreira, Marcos Barreto, Ernesto Zeferino de Paula, Heitor Beltrão, José Paranhos Fontenelle, Alberto Borgueti, Bandeira de Melo, Waldir Franco e Belizário Pena. Então nesses 10 Centros Médicos Sanitários foi empenhado o funcionamento até 22 horas. Ainda dentro daquele perfil, de funcionamento dos centros médicos sanitários, as atividades que funcionavam nesse horário até 22 horas eram: adultos renovarem suas carteiras de saúde, a dermatologia sanitária com ênfase para hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e a tuberculose. Esse era o perfil de atendimento dentro desse turno de até 22 horas nestes dez Centros Municipais de Saúde. Veio logo depois a fusão, em 75, nós assumimos a Secretaria Municipal de Saúde que por falta de demanda, se caracterizou como absolutamente injustificáveis o funcionamento, pelo menos com esse tipo de apreciação e apenas Copacabana, Barros Barreto; Alberto Borgueti, Madureira; e Belizário Pena em Campo Grande, apresentavam uma demanda interna pra você admitir que realmente era importante, tinha alguma relevância ao funcionamento, os outros 7 já estão praticamente desativados e nesse programa nós tomamos a decisão de não dar prosseguimento a ele, mesmo nessas três unidades.

Agora vem o processo da fusão dos Estados do Rio de Janeiro e do Estado da Guanabara. Foi criado pelo futuro Governador, Governador Souza Faria Lima, foi criado o grupo de saúde preparatório para fusão. Esse grupo de saúde foi presidido por dois sanitaristas. Em março de 1975, esse grupo de saúde criado pelo futuro governador Faria Lima, foi presidido com um sanitarista que dignifica uma de nossas unidades, o professor Ernani Braga e vice-presidido por outro sanitarista, que também hoje dá nome a uma de nossas unidades, agora recentemente foi o Dr. Wudro Pimentel Pantoja, foram as duas pessoas que presidiram esse grupo de saúde. Nesse momento se discutia, no Congresso Nacional, a Lei 6229, quer dizer, nós estamos aqui em março de 75 e em julho de 75 veio a Lei 6229, que era o primeiro instrumento legal que estabelecia as diretrizes do Sistema Nacional de Saúde, definindo as competências a nível federal, estadual e municipal. Então, apesar de a Lei ainda não ter sido votada e aprovada nessa ocasião, ela já estava no Congresso Nacional e sem dúvida nenhuma esse grupo de saúde nos seus estudos para definir o que seria Estado, o que seria Município, nesse processo de fusão em relação as unidades de saúde teve como diretriz essa mensagem que já estava em disposição no Congresso. Então não houve a menor dúvida que os Centros Médicos Sanitários e as unidades satélites são inquestionavelmente ideais para que haja um perfil de gerência municipal. Isso nunca houve a menor dúvida na discussão de emendas nesse grupo de saúde. As unidades hospitalares materno-infantil se enquadram no mesmo perfil, também já dentro do grupo havia a questão tranquila de que Jesus Sales Neto e Loreto, que Herculano Pinheiro e maternidade Fernando Magalhães são de gerência municipal. Também não houve dúvida em relação às unidades hospitalares especializadas que se caracterizavam como unidades de referência, pelo menos estadual. Então tinha área de hanseníase que era o Curupaiti, tuberculose em Santa Maria, hematologia, diabetes, Endocrinologia, radiologia e cardiologia lá de Botafogo são gerenciadas pelo governo do Estado. Então isso foi tranquilo dentro desse grupo de trabalho da fusão.

Eu vou fazer uma abordagem agora em relação aos hospitais de emergência, primeiro porque o Cadu também na sua incursão na saúde pública, por várias vezes fez algumas abordagens na área dos hospitais também. Eu vou sair um pouco desse tema dos hospitais, da saúde pública, dos Centros Médicos Sanitários e dos Centros Municipais de Saúde para falar sobre essas unidades hospitalares com atividade de emergência. Isso foi um grave erro da fusão. A subdivisão dessa rede de emergência entre Estado e Município. E eu como, Secretário

Municipal de Saúde na ocasião, evidentemente, sou um pouco responsável mesmo não tendo essa opinião, afinal de contas, disso ter acontecido. A questão aqui, não havia uma divergência, eu não perco a oportunidade que surge, qualquer que seja ela, de explicar isso, para que pelo menos mais um grupo de pessoas saiba exatamente o que aconteceu, que erro foi esse, e eu não vou perder a oportunidade da excelência desse fórum aqui, desse auditório para tentar mais uma vez divulgar essa explicação do erro. Naquela época já se discutia também o percentual de participação do ICMS, isso está hoje no jornal, Prefeito brigando com o Governador porque a participação do ICMS não pode cair, isto aqui só aconteceu porque sob o ponto de vista técnico, não houve nenhuma divergência entre Estado e Município, todo mundo sabia que essa era uma rede de perfil de gerência municipal e não havia o menor sentido de dirigir essa rede. Mas esses 5 hospitais que hoje são estaduais, têm uma localização física que constitui uma linha paralela entre os limites do antigo Estado do Rio e do Estado da Guanabara, alguns do município do Rio de Janeiro e apesar de toda a eficiência da assistência hospitalar da Baixada Fluminense que ainda existe hoje, naquela época era muito maior.

Então estes hospitais tinham uma característica absoluta de hospitais regionais. Apesar de sediados no município do Rio de Janeiro, perfil de hospital regional atendendo a vários municípios e era a questão de assegurar que o Estado tivesse uma participação no custeio desses hospitais e que não deixasse exclusivamente à receita municipal como responsável pelo custeio desses cinco hospitais. E aí, foi a questão realmente que a prefeitura fez uma proposta de aumentar sua participação no ICMS e aí assumir a gerência desses hospitais. Isso foi uma situação muito conflitante. Naquela época, você se recorda, era época de intervenção fusão, governador, prefeito do Rio. Quem escolheu o prefeito do Rio não foi o governador, então a questão era politicamente muito complicada e eu me recordo muito de uma frase por telefone do Prefeito Marcos Tamoio, quando ele dizia com o secretário de planejamento do governo do Estado: se vocês passarem estes hospitais por decreto sem modificar a participação do município do Rio no ICMS vocês vão encontrar outro prefeito aqui para receber esses hospitais. Então, foi esse impasse realmente e essa visão que teve o prefeito que a receita municipal não ia poder investir e mais do que isso custear esses cinco hospitais. Desculpem essa saída para área hospitalar mas eu sempre tenho tido a preocupação de explicar isso porque esse erro aconteceu: unicamente por uma intolerância, uma incompreensão do governo do Estado. Então decidido quais eram as unidades que iam para a prefeitura do Rio, em 15 de março de 1975, no dia da fusão, e alterado por um decreto dois meses após, foram estabelecidas as competências da Secretaria Municipal de Saúde: assistência médica-hospitalar geral, atendimento médico de urgência, saúde materno infantil, vigilância epidemiológica, imunizações, saneamento ambiental, higiene da habitação, fiscalização de higiene de gêneros alimentícios. Foram essas as competências atribuídas à Secretaria Municipal de Saúde por um decreto do ato da fusão alterado por um decreto dois meses após. Então por um decreto de dois de junho, que foi a efetiva implantação da Secretaria Municipal de Saúde, de setenta e cinco, transfere para o município do Rio de Janeiro, 14 hospitais, dois institutos, o Oscar Clark, geriatria e gerontologia, 23 Centros Municipais de Saúde, 14 unidades satélites, dez centros de medicina veterinária e o instituto municipal de medicina veterinária. O Oscar Clark não pertencia à Secretaria de Estado de Saúde e sim à Secretaria de Estado de Serviços Sociais. Estava num estado de calamidade sob todos os aspectos, não só funcionários mas estrutura física. Aqueles pavilhões do IGG totalmente destruídos, um verdadeiro caos e isso veio para a prefeitura porque realmente ninguém quis ficar, o estado achava que não era função do estado e foi uma decisão de transferir isso para a prefeitura, me recordo como o custeio era relativamente baixo a prefeitura acabou aceitando e eu acho que foi bem aceito. Hoje vendo depois de quinze anos a gente vendo como estão estes dois institutos, os serviços que estão prestando à população do Rio de Janeiro, acho que mesmo não tendo esta característica, reta, exata do perfil de gerência municipal foi uma boa medida assumir porque a população esta sendo beneficiada pela ação da Secretaria Municipal de Saúde. Imaginem se tivesse ficado no Estado é possível que estivessem numa situação tão boa, é possível não, com toda a certeza, não estariam. Bom, esse foi o processo da fusão e vamos agora para o último período dessa década que foi o período de 75 a 79 do município do Rio de Janeiro. Logo no início da prefeitura, em 76, foi estabelecido o plano urbanístico básico. A cidade do Rio de Janeiro, já tinha tido alguns planos urbanísticos anteriores, mas houve essa montagem desse plano urbanístico básico. Em relação a área de assistência à saúde esse plano urbanístico básico fez as seguintes recomendações: assistência hospitalar na área de expansão urbana, Barra da Tijuca e Jacarepaguá, quer dizer, foi considerado que a rede hospitalar existente no município do RJ era absolutamente suficiente para o atendimento da população indicando apenas a necessidade de um hospital na área de expansão urbana, fato que apenas veio se concretizar agora com o hospital municipal Lourenço Jorge, mas o plano urbanístico básico de 1976 já tinha identificado esta necessidade. Naquela ocasião, das 23 regiões administrativas do município do RJ, nem todas possuíam pelo menos uma unidade de saúde, um Centro Municipal de Saúde. Então a recomendação do plano urbanístico foi também de equipar cada região administrativa com um CMS e na medida das disponibilidades orçamentárias e financeiras, com unidades satélites, e isso nós fizemos um pouco. Não foi uma ação muito intensa, de muita projeção, mas alguma coisa fizemos como incentivar a utilização de unidades móveis para o atendimento da população com a utilização das instalações da comunidade já existentes. Na zona, hoje AP5, tínhamos algumas unidades, Centros Municipais de Saúde com estas unidades móveis mas, sem dúvida nenhuma, o objetivo principal foi este: equipar cada região administrativa com um Centro Municipal de Saúde,

e nessa ocasião tentando atingir este objetivo, a expansão física nesse período, foram construídos então cinco CMS. Para ser mais verdadeiro, aqui, o Milton Fernandes Magarão e o Ernani Agrícola e mesmo o Píndaro de Carvalho Rodrigues, já existiam estes CMS. Mas instalações absolutamente precárias que não permitiam o desenvolvimento de todas as atribuições do CMS. O Píndaro de Carvalho Rodrigues era aquele hoje ambulatório, não, que foi cedido ao ambulatório da Praia do Pinto. O Ariadne também existia mas era numas duas ou três salas nos fundos do Hospital Salgado Filho, virado para a rua Santa Fé, sem a menor condição de funcionar também. O Milton Fontes Magarão era onde é hoje Gentile de Mello, Era onde é o CMS da XIIIª RA. Irajá é construção nova, não existia, foi iniciado no governo passado e terminado nesse nosso período. O CMS de Santa Teresa, o Ernani Agrícola, que funcionava no velho pardieiro da rua Áurea 42, sem a menor condição. Então estes cinco CMS foram inaugurados neste período. Um inteiramente novo que foi o Clementino Fraga e outros em substituição aos já existentes mas com instalações físicas inteiramente inadequadas para as atribuições do CMS. Agora vamos ver a questão da atribuição dos CMS. Vocês vão ver que neste decreto que é do início do período administrativo, de 30 de julho de 76, portanto um ano e três meses depois do início do funcionamento da SMS, foi aprovado o seu regimento, no seu artigo 123, que vocês vão ver aqui, permaneceu neste primeiro período do governo municipal essa orientação da atividade, exclusivamente com relação à área de saúde pública. Não houve nessa definição de competências qualquer iniciativa, qualquer integração com a assistência clínica para essas unidades. Então vocês podem ver as atribuições: proceder a diagnóstico, cadastro e tratamento da tuberculose, de hansenianos e portadores de doenças de pele e de doenças venéreas providenciando a internação quando necessária; isolamento e tratamento dos portadores de doenças infecto-contagiosas; proceder a orientação quanto a tratamento pré-nupcial, pré-natal, higiene infantil, pré-escolar, escolar, odontológico e saúde mental em regime ambulatorial. São as atribuições tradicionais dos Centros Médicos Sanitários da Guanabara que se transferiram ainda a esse início do funcionamento dos Centros Municipais de Saúde: desenvolver as atividades de educação e saúde, proceder a prevenção do câncer e outras doenças degenerativas, ainda o emitir certificados de sanidade, mobilizar a comunidade para participar da problemática da região relacionadas aos programas de Centros Municipais de Saúde, proceder ao entrosamento com outros órgãos, usando a integração da atividade em saúde pública em sua área de atuação, avaliar permanentemente as situações epidemiológicas da área, mantendo vigilância rigorosa sobre tudo que se relaciona com doenças transmissíveis, realizar exames laboratoriais de rotina, proceder a fiscalização da higiene e da tecnologia alimentar e da higiene....unicamente nesta área. E eu identifico, no ano de 1977, como o ano em que realmente se fez, se tomou a iniciativa, que aconteceu o efetivo início da atividade de assistência em especialidades básicas, pediatria, clínica médica, toco-ginecologia em 1977. Esse foi, na minha opinião, o momento realmente em que isso passou a ser não uma ação isolada aqui e ali, uma integração quase informal, mas uma diretriz de um período administrativo e isso começou a concretizar quando nós fizemos os projetos destes três Centros de Saúde. Já haviam previsões efetivas de dependências físicas para tais atividades, dos projetos para as construções de novos Centros Municipais de Saúde. Nessa pesquisa que eu fiz para trás, não só eu vivi muito esta época mas a pesquisa também de documentação, de atribuições eu acho que esse foi o momento em que se começou efetivamente, com diretriz de governo essa integração. Também nesta época me recordo da criação de polos com equipes multiprofissionais para o atendimento ao programa de saúde escolar e, consolidando tudo isso nós criamos nessa época as unidades municipais de atendimento médico primário, as UMAMPS, que aí realmente a atividade básica era o atendimento de assistência clínica nas atividades básicas mas antes se faziam também algumas ações de saúde pública como imunizações e outras, mas o perfil destas unidades já era um perfil de atendimento clínico. São as unidades que existem até hoje, a Cidade Alta, José Breves dos Santos, Cidade de Deus, Hamilton Landi e a Fazenda Coqueiro, Silvio Barbosa. E nesse período registramos também o início das campanhas anuais de vacinação contra a poliomielite, já no fim do governo, no último ano do Governo e essas campanhas que tiveram essa continuidade até a presente data e que permitiram efetivamente a erradicação da poliomielite no município do Rio de Janeiro.

Fizemos uma avaliação estatística das consultas nos CMS e conseguimos justamente identificar neste período, a partir de 77, 78 e 79 um acréscimo no número de consultas, que, sem dúvida nenhuma, correspondeu a este início efetivo da atividade de assistência clínica nas especialidades básicas em alguns Centros Municipais de Saúde. Isso não foi imediatamente em todos os CMS. Apenas encerrando, uma documentação fotográfica. Isso daqui, desses três Centros Municipais de Saúde. Esse daí é o Milton Fontes Magarão que foi construído e inaugurado nessa época com um projeto especial, projeto que foi desenvolvido por um grupo especificamente para esta área por um arquiteto da SMS, Mário Ferres, hoje está aposentado, e esse projeto do Milton Fontes Magarão, ele foi premiado pelo IAB, e como o mundo gira, o presidente da época era o nosso atual prefeito, Luis Paulo Conde, que era o presidente do Instituto nessa ocasião, e deve ter entregue o prêmio ao Mário Ferres por esse projeto. Aqui também o projeto especial de Santa Teresa. É um CMS com quatro pisos, que o Fábio prometeu colocar elevador, quem sabe este ano, mas também é um projeto inteiramente especial e adequado à topografia do bairro, as condições do terreno em que foi construído, uma duas ruas laterais e uma na frente, e também aqui nesse piso, no segundo piso, né Valmir, Valmir foi o primeiro chefe de assistência clínica do CMS. O segundo piso era justamente onde foi criada esta área de assistência clínica com atendimento nas

especialidades básicas.

Bem esse foi o resgate que eu imaginei poder fazer e trazer aos senhores com relação à década de 70. Obrigado.

Prof Nilson do Rosário Costa – ENSP/FIOCRUZ

Eu queria, inicialmente, agradecer ao convite, agradecer à Secretaria Municipal de Saúde, ao Cadu, eu fui o último convidado, o primeiro a falar e é muito feliz essa iniciativa desse encontro e, particularmente, essa homenagem à professora Cecília Donnangelo, eu me sentia assim como se estivesse voltado ao passado, porque quando o Cadu me solicitou que eu viesse aqui participar desse evento, eu tive que fazer quase uma volta a algumas coisas que eu estudei um tempo atrás. Na verdade eu comecei a trabalhar na saúde pública com a professora Ana Clara, que está aqui à mesa à direita, foi minha primeira orientadora. Ela fazia uma investigação histórica sobre a formação da saúde pública e nesse trabalho eu fiz uma investigação sobre a maneira que se difundiu no Brasil, nos anos 10 e 20, o paradigma organizacional de política de saúde, basicamente o papel de uma agência internacional que é a Fundação Rockfeller. E por coincidência, atualmente, eu estou trabalhando com a agenda do Banco Mundial, então, eu poderia falar, fazendo uma comparação do passado e do presente em relação a que paradigmas orientaram a ação das agências internacionais do passado, particularmente da Fundação Rockfeller, que fez, trouxe para a formação da saúde pública no Brasil e no mundo, particularmente, que fez e trouxe em relação à saúde como um bem, como um valor e o que é que está em jogo hoje no debate internacional que se transforma numa crença normativa em relação a orientar as economias, os economistas, os formuladores de política pública em relação à saúde como um valor, um direito. Particularmente, nos anos dos tempos atuais o papel das agências financeiras e, particularmente, do Banco Mundial, na indução, na socialização de dados valores que ameaçam, no meu ponto de vista, uma certa tradição de pensar sobre um valor inquestionável, um valor universal e o realiza como um bem inquestionável. Na verdade você tem hoje uma discussão que vou detalhar a fundo daqui a pouco que faz 180 graus em relação às tradições passadas. Então vou fazer um pequeno mergulho aqui, com as coisas que eu trabalhei no passado, algumas investigações sobre o Rio de Janeiro, nos anos 10, que é o cenário onde ocorre os antecedentes de 1927. Que o Rio de Janeiro, pra vocês terem uma idéia era uma cidade com condições sanitárias extremamente terríveis porque eu estava dando uma olhada nas estatísticas, a mortalidade infantil no Rio de Janeiro, naquele período, era de 150 por mil em média chegava a 200 por mil, era uma cidade ainda pestilencial onde a esperança de vida chegava a 50 anos de idade. E a cidade do Rio de Janeiro passou por um cataclisma sanitário em 1918 que foi a gripe espanhola onde colocou-se uma situação de extrema fragilidade quanto à questão do cuidado à população. Não sei se alguém chegou a folhear ou se já lembrou ou se tem algum parente muito velhinho que tenha vivido a gripe espanhola. A gripe espanhola foi de fato uma hecatombe demográfica, tem fotos dos caminhões carregando as populações mortas e basicamente a questão de uma crise assistencial. Então, esse momento é um momento de enorme sensibilidade em relação à questão sanitária, é a questão central no país, que foi ainda um pouco mais aguçada com a viagem de dois sanitaristas chamados Arthur Neiva e Belizário Penna ao interior do Brasil. Fizeram um estudo sobre o Norte até a Amazônia. Tem assim uma quantidade enorme de fotos, até a FOC lançou um livro a respeito desta viagem e que eles falam que o Brasil não tinha um povo, tinha um estrume de povo. Essa é a imagem que eles fazem a respeito da questão das condições sanitárias da população. Nesse contexto de aguçamento da situação sanitária que chega a Fundação Rockfeller que tinha uma longa tradição nesse tipo de combate à malária, à febre amarela, de programas educacionais de controle de algumas doenças parasitárias tal como a ancilostomíase nos Estados Unidos e, particularmente, uma longa tradição na aplicação de Centros Comunitários de Saúde, nos EUA. A FR foi a primeira instituição que criou essa idéia dos Centros de Saúde associado à participação comunitária porque nos EUA, nos anos 10, existia uma certa situação de incerteza social por força da enorme imigração européia, então, a FR fez um trabalho de integração via os Centros. Então, a FR traz para o Brasil esse *know how*, assim começa em 1917 implementando no Rio de Janeiro o programa de participação de educação e saúde, vinculada à ancilostomíase, começa a trabalhar no país inteiro no combate ao problema da febre amarela e malária e começa também a com a produção de uma dada elite de sanitaristas, uma comunidade de especialistas que começam, que vão estudar nos EUA. Então, no primeiro curso de saúde pública da John Hopkins, em 1925, está lá o Paula Souza, está lá o José Paranhos Fontenelle, o Jansen de Mello e uma série de outros grandes sanitaristas dos anos 20 e 30 que vão trazer para o Brasil a tradição, um certo paradigma organizacional que são os Centros de Saúde. Vocês certamente devem ter ouvido aqui ontem e eu não vou detalhar o que, na época o que que faziam estes Centros. De qualquer maneira esta tradição da Fundação Rockfeller cria uma rotina que se transforma em agenda pública, a idéia do controle das doenças infecciosas e parasitárias, de uma forma de esforço expansivo tanto que em 34 quando se cria o Ministério da Saúde, em 34 o Ministério da Educação e Saúde, que vai se criar como um dos principais eixos da política do Ministério a difusão nacional dos Centros de Saúde. Esse modelo da FR é uma coisa interessante, que o Rui Laurenti que é o epidemiólogo, ele criou, escreveu uma coisa que eu concordo que esse esforço organizacional de colocar na agenda das políticas estatais de controle das doenças infecciosas e parasitárias, fato que de fato tinha presente grandes progressos na melhoria dos indicadores e particularmente os grupos sociais que mais ganham nesse processo eram as crianças e as mulheres. O eixo, o programa de saúde, neste momento, poderia estar totalmente ancorado nessa ampliação dos serviços básicos e o que se tinha de fato uma estrutura prevalente, como todos conhecem, doenças vinculadas às condições de vida que poderiam ser, com intervenções de baixo custo, poderiam digamos ter melhorias substantivas. Este foi o paradigma do passado onde as

organizações internacionais tiveram um papel fundamental, não só no Brasil como também em termos internacionais. Temos os planos na Ásia e na África que criaram um novo patamar nas condições sanitárias transformando essas doenças infecciosas e parasitárias dos anos 30,40, 50, quase como, quer dizer, nos anos 70 essas doenças começam a ter uma representação no nosso imaginário, dos sanitaristas, como uma coisa completamente residual. Eu me lembro que quando eu comecei a dar aula de saúde pública eu cheguei à sala de aula e referia esta história e falava sobre dengue, por exemplo, poucos alunos conseguiam associar essa doença, quer dizer, tinham alguma referência prática, sobre isso. Acontece que nos EUA, pelo grande progresso faz com que nos anos 50 as universidades americanas de medicina desativem os departamentos de medicina preventiva e os departamentos de doenças infecciosas e parasitárias. Então você tem fase de um enorme progresso, uma enorme evolução na difusão internacional de um paradigma que transforma a proteção da saúde num valor. Nesses tempos atuais, há uma mudança importante. Primeiro, é que essas doenças voltam, há um retorno dessas doenças. Agora, segundo é o deslocamento normativo e cognitivo que fazem as agências internacionais do ponto de vista de como considerar esse novo cenário internacional das doenças. Eu sei que têm duas variáveis importantes : a primeira variável é o debate ecológico e o debate de sustentabilidade afetando a percepção da saúde como um valor. É... eu elenquei bastantes trabalhos na revista "Lancet " que se publicava-se há uns 6, 7 anos que sustenta um debate, é... associando sustentabilidade e saúde que fazem uma crítica à ação, por exemplo da Fundação Rockefeller, na difusão é... da cobertura, por exemplo vacinal das populações. O que eles consideram é a seguinte coisa, que antes da saúde das populações em regiões de escassa infra-estrutura natural e que o crescimento demográfico ameaça o equilíbrio planetário, antes de você transformar a expansão da vacinação ou da cobertura de saúde num valor é necessário preservar o equilíbrio natural. A questão da sustentabilidade justifica que em tais situações sanitárias, você não promova cobertura vacinal. Eu não estou falando isso assim... é uma coisa extremamente dura de falar, né, mas tá escrito . Eu escrevi em inglês originalmente prá ninguém achar que eu tô inventando, tá. Então você tem uma mudança de paradigma radical mesmo. É um neomalthusianismo travestido numa discussão muito mais dura que é a idéia de que é mais ininteressante é... manter um equilíbrio e um certo controle de populações em regiões, que eles apontam como regiões altamente ameaçadas pela população , como as regiões africanas e saáricas, (eles citam literalmente), do que pensar ao estilo humanitarista que qualquer expansão de cobertura vacinal ou de controle das DIPs de alta letalidade seja um valor absoluto. É um valor relativo adequado às questões de sustentabilidade do planeta. Então isso faz um deslocamento importantíssimo do ponto de vista de tradições. Essas questões já estavam implicitamente enunciadas é... , nos anos 70, quando essas agências internacionais se retiraram dos fóruns e... retiram-se e faz o deslocamento. Elas saem dessa agenda original dos anos 20 de ampliação de cobertura dos serviços básicos para a questão do controle demográfico basicamente, tá. Mas de qualquer maneira a explicitação politicamente correta a partir da discussão ecológica é uma coisa mais recente e faz o deslocamento ético profundo. Agora , isso é... digamos uma das aberturas mais radicais, né. Agora tem uma versão mais sofisticada e aí tem de fato uma capacidade de influência, de orientação normativa das políticas que é a questão da vinculação entre a saúde e a economia. À subordinação da saúde à questão do equilíbrio fiscal dos estados nacionais, o principal veículo dessa proposição é o Banco Mundial e, de fato, o Banco Mundial começa a partir de 87 quando lança os documentos de diagnóstico da saúde no mundo, né, ser a principal agência internacional que formula pro campo da saúde, ela consegue ultrapassar totalmente e se colocar subordinada, em termos cognitivos, em termos simbólicos e de formulação, à OMS, à OPS e quaisquer outras organizações que pensem em pensar em saúde. Então ela coloca a saúde dentro de um paramento da instituição econômica , no sentido de que todas as iniciativas públicas em relação à oferta de bens sanitários, devem estar subordinadas à questão da equação custo/ efetividade. O que seria isso? Seria basicamente o seguinte: o Banco Mundial encomenda uma série de estudos que elencam um conjunto de procedimentos que são de baixo custo em associação coletiva e que fala que somente esse conjunto de procedimentos deveriam constar do menu, do cardápio das políticas públicas nacionais. Aí se formula a idéia da cesta básica que vai basicamente eleger a Atenção Primária como principal, é..., núcleo de oferta de políticas públicas, gratuitas para as populações nacionais. Enquanto todo o conjunto de políticas de alto custo, de alta complexidade, deveriam ser colocadas como uma possibilidade a ser obtida no mercado. Tem exemplo de vários estudos que simulam, por exemplo, em relação à hemodiálise, que essa discussão sobre economia e saúde, essa adequação da oferta de procedimentos à lógica econômica, argumenta basicamente isso: qual é o sentido de populações... de oferecer procedimentos de alto custo à populações que estejam idosos de terceira idade e com um espectro de vida tão curta, quando na verdade, os procedimentos de baixo custo como vacinação, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como oferta de saneamento seriam muito mais adequadas a um benefício imediato e coletivo. Isso coloca uma escolha ética brutal. Se o Estado deve retirar a oferta de bens de alto custo que ameaçam inclusive a atividade fiscal ou não. A tendência do mundo e a grande inclusão dessas pautas de ajuste econômico e de reforma do Estado na América Latina, na África e na Ásia, de fato levava a que vários países restringissem, de maneira extremamente dura, seu cardápio de procedimentos gratuitos, como uma decisão intencional. Mesmo o sistema inglês, por exemplo, retirou de sua oferta a hemodiálise. Os próprios renais, ou eles comprem no mercado ou morrem. Então, isso faz um deslocamento profundo, quer dizer, há uma mudança extremamente acentuada no sentido do que é básico.

Porque o básico no passado era um conjunto de... , o cardápio era basicamente colocado à disposição das populações e a sua tradução em termos nacionais, em relação às ações internacionais aqui criadas. Agora, no presente, a noção de básico amplia-se enormemente, porque se ainda restam questões das doenças pestilenciais do atraso no presente, certamente há mudanças demográficas e recoloca a questão da complexidade da oferta dos serviços. Então basta a outra parte. E de fato este deslocamento ético que o Banco Mundial propôs, bioético, na verdade ameaça porque ele se transforma numa crise cognitiva, todo gasto de saúde hoje em dia, por extensão, um gasto social, é visto como uma ameaça a estabilidade fiscal. Essa proposta curiosamente, prá finalizar, ela tem um apelo retórico extremamente sedutor, ela é sedutora não é uma coisa assim gratuita, primeiro porque ela é uma norma cognitiva que orienta, por exemplo, qualquer intervenção de economista médico brasileiro, por exemplo, você pode relacionar o setor de saúde, basicamente orienta a questão de achar que tudo que é gasto social ou gasto de saúde é ameaça. Então é necessário, você ampliar a atenção primária ou programas de alto impacto como médico de família. Não é à toa que inclusive eu acho, eu vou causar uma provocação que a última nova operacional, ela parcialmente compra, morde a isca dessa proposta. Agora, uma coisa mais interessante dessa proposta é que ela em parte, ela sugere, ser uma proposta altamente infame, no sentido de que o Banco Mundial não somente propõe que cestas básicas, em relação a todas as unidades sociais, da educação, do saneamento, da saúde, como também propõe a idéia de que a ação pública seja seletiva, que ela tenha como principal foco, os pobres. Isso é uma coisa interessante, porque há um diagnóstico, do Banco Mundial, em relação às políticas sociais brasileiras, que elas então seriam essencialmente injustas, no sentido que elas seriam bloqueadas pela classe média. Principais estudos, com relação a educação, a demonstração de gastos na universidade, em relação, por exemplo, a dar mais impacto, entre aspas , ao SUS, e que esses sistemas públicos de alto custo seriam apropriados pela classe média. Então, não somente propõe uma restrição no cardápio, como também, uma focalização nessas populações. Então isso levaria à uma correção e à uma eficácia dos programas. Essa proposta, ela tem 16 créditos na ...completamente refeitas e destruídas e consideradas e como algo totalmente inédito, como algo completamente ineficiente e desnecessário. No Brasil ...nesse momento dessa pauta , fica uma pergunta : Será que nossa agenda, criada nos anos 80, e nossa questão de ampliar direitos no sentido universal encontra uma séria e conseqüente noção de integralidade, foi algo completamente inédito e gratuito, essa questão que o Banco Mundial escreve, tem vários trabalhos sobre o setor público brasileiro que de fato aposta sem muita convicção, sem convencimento, eu penso que nosso sistema é um sistema injusto, inequânime, de qualquer maneira, eu acho que é a questão tá posta, essencialmente a nossa agenda não é defender o básico do passado, como também dialogar com as idéias da terrível restrição de ofertas de populações que de fato sofrem questões muito complexas, elas são pobres mas sofrem com complexidade. Obrigado.

Dr^a Elizabeth Colson Scorza
Neta de José Paranhos Fontenelle
Diretora do Centro Municipal de Saúde da I^a R.A

Aqui eu tenho alguns artigos do meu avô. Quando ele recebeu a ordem do mérito médico, fizeram uma biografia dele e isso aqui é um artigo que ele escreveu na época do Correio da Manhã e para a Folha Médica. Ele escreveu e mandou para o Carlos Lacerda, na época. Falando sobre a saúde do Rio de Janeiro. A mamãe, ficou de ver algumas fotografias, mas acabou não vendo, mas ela vai ver. As coisas estão numa caixa lá em cima do armário. Então tem que descer. Então eu disse que você queria conversar com ela. Ela disse: mas eu vou falar o que? Ela ficou assim meio...mas ela disse, eu era criança. Eu trouxe aqui, nós temos várias edições, isso aqui estava separado porque a gente está querendo achar um lugar para restaurar esses livros. O primeiro é dos anos vinte. Esse é de quarenta e seis. Os de vinte e pouco são assim mas isso aqui eu vou pedir que você olhe aqui, tá, porque mamãe morre de ciúme porque ela quer mandar restaurar. Eu não sei o que você tem é de 37, deve ser uma edição...

-Não, o que eu tenho de 37 é um relatório que ele fez sobre os Centros de Saúde.

-Ah não esse eu não tenho não

-Ele faz um relatório sobre os Centros de Saúde.

-Esse deve ser interessante, este é de 46. Se você olhar a evolução, desde 26, 27, eu posso depois disso tudo, se você quiser ter acesso, não tem problema. Em 46 ele já tinha largado a direção quando já tinha havido um negócio no Departamento...

-O que eu gostaria que você me contasse é a memória da família mesmo, o que que você tem. Você tem um monte de memórias, de relatos, tanto do seu avô, quanto da sua mãe sobre estas passagens. Mesmo que sejam alguns fragmentos...

-Eu trouxe aqui para te mostrar. Isto aqui eu vou botar um vidro, está com a data...é o retrato dele...Esta foto é de cinquenta, ele tinha...Ele morreu em 75 com 89 anos. Vovô era de...A libertação dos escravos foi em 88, o irmão dele tinha nascido em 13 de maio de 1888. O vovô eu acho que era de 86. É, de 86, exatamente. Ele morreu em 75 ele tinha 89 anos...

-Ele morou em São Paulo também?

-Durante quatro anos porque meu pai, vovô já estava aposentado nessa época e ele morou em São Paulo de 58 a 62. Meu pai trabalhou na Texaco e na época ofereceram a ele um cargo para ele organizar um negócio lá em São Paulo e mamãe era filha única e nós eramos as únicas duas netas e vovó ficou desesperada de ficar longe. Então eles foram para São Paulo nesta época, moramos lá, e eles moraram lá quatro anos. Tinha inclusive um artigo escrito na "Última Hora" questionando onde é que o vovô andava. Vovô andava quieto. Vovô escrevia muitos artigos prá jornal. Ele corrigia as coisas, mandava e aí justamente no final do artigo dizia assim. Eu não sei onde está este artigo, não sei se foi nas coisas que a vovó jogou fora. No final do artigo dizia justamente assim. Nós soubemos que ele está em São Paulo e que foi atrás das netinhas.

-Eu tenho este artigo aqui. O systema de Centros de Saúde no Rio de Janeiro. Um livro bem grande...Este é o livro que eu tenho...Me fale um pouco sobre a trajetória profissional do seu avô, o que você sabe sobre a trajetória profissional dele...

-Na realidade, quer dizer quando eu nasci vovô já estava se aposentando então eu sempre tive uma ligação afetiva muito grande com ele mas essa parte dele trabalhando é uma coisa que eu não peguei ou eu peguei ainda muito pequena, quer dizer, eu me lembro do vovô fazendo traduções de artigos. Até o final da vida ele traduzia do inglês e do francês para a Folha Médica, prá outras, como revista de ginecologia. Ele queria sempre fazer alguma coisa. Ele nunca conseguia ficar parado. Ele lia vários jornais por dia, ele comprava livros. Inclusive ele morreu em 75. Ele comprou livro de doença infecciosa de 74, foi quando teve o surto de meningite. Ele era uma pessoa que não parava e ele não, engraçado né?, ele não falava nunca como se ele estivesse velho e fosse morrer. Com 89 anos ele estava muito animado falando do futuro, em trabalhos meus e coisas que eu iria fazer então eu acho que ele não achava que ele iria morrer. Foi um negócio assim, ele estava muito bem, muito lúcido. No dia 30 de dezembro de 74 meu filho mais velho fez um ano e ele foi ao aniversário. Eu morava num prédio antigo no Cosme Velho que subia dois lances de escada e ele foi numa boa. Ele ficou doente em fevereiro e faleceu em março.

-Diga sobre aquela passagem que você me disse da origem da família, dos militares..., da formação positivista...

-Vovô era filho de militar cearense, que ajudou a implantar a República na então Província do Ceará e então ele foi o primeiro Presidente da Província do Ceará. Ele era como os militares da época. Eles eram positivistas e o vovô estudou inclusive no Colégio Militar do Rio de Janeiro. Vovô nasceu em Belém do Pará porque o pai dele estava lá em serviço, uns dois ou três anos em Belém. Inclusive a mãe do vovô era paraense. A mãe do vovô inclusive era prima do Barão do Rio Branco. Paranhos né? porque o Barão do Rio Branco era José Maria da Silva Paranhos. Esse Paranhos ainda é de Belém do Pará. E vovô nasceu lá mas na realidade ele foi criado no Ceará, em menino, me contou inclusive passagens lá, quando foi instalada a República. Ele se lembra dos tiros em 89, tinha três ou quatro anos, ele se lembra dessas coisas, o alvoroço no palácio e o pai dele tem o nome de

uma rua no centro do Ceará, José Rios Fontenelle, que é o pai dele né? O pai dele era militar e depois veio para o Rio. Foi deputado e foi senador pelo Ceará e então eles mudaram para o Rio de Janeiro nessa época. Veio a família inteira mudando pro Rio. Naquela época não tinha os aviões né, então as pessoas vinham para morar aqui e aí ele nunca mais voltou pro Ceará.

-Você acha que esta formação militar influenciou depois a forma dele encarar o sistema de saúde, as intervenções sanitárias. Você falou que ele tinha uma certa formação positivista...

-É, os militares no início do século eram todos de formação positivista. Vovô estudou no Colégio Militar do Rio de Janeiro. Eram seis irmãos homens, estudaram todos no Colégio Militar. Nenhum seguiu a carreira militar. Um morreu criança, um médico, três engenheiros e um advogado. Nenhum quis seguir a carreira militar. E o vovô na realidade, inclusive ele no início aí da coisa ele diz que numa família de engenheiros porque o pai dele era militar e engenheiro, numa família de engenheiros ele saiu médico mas na realidade ele saiu, quer dizer ele era professor de estatística. Vovô adorava matemática. Ele era professor de estatística e ele saiu, quer dizer, ele nunca gostou de clínica, né? Clinicar não era a dele. Inclusive quando ele se formou a minha bisavó fez uma plaquinha prá ficar na porta de casa, porque os médicos naquela época colocavam plaquinha na porta de casa e ele não queria porque ele deixou a plaquinha lá uns dois anos para satisfazer a mãe e depois tirou. Ele não queria ser médico de clínica. Ele jamais teve consultório. Ele realmente, as idéias dele. Ele queria alguma coisa maior do que ficar no consultório.

-Ele se dizia sanitarista?

-Higienista.

-Ele se dizia jovem turco? Você sabe dessa história?

-Não, nunca falou nada disso. Ele se considerava um higienista, médico de saúde pública. Na época, um higienista. Vovô sempre foi ali... os preceitos de higiene era um negócio muito forte na cabeça dele. A coisa asséptica. Eu acho que isso inclusive vem dessa formação positivista na época. Eu acho que essa coisa... eu tenho até vontade de estudar um pouco isso, porque eu acho que a coisa está meio entrelaçada, né? essa formação asséptica da época. Vovô era muito... tudo era asséptico, inclusive quando nós éramos crianças a coisa, eu hoje olhando eu acho um imenso exagero mas era tudo fervido, entendeu? Vovô só deixava a gente comer morango e salada se ficasse naquela, não sei se você pegou esta época. Tinha nos anos cinquenta uma saladeira SAUS inclusive foi vovô que aprovou, que ela tinha nitrato de prata no fundo e liberando, aquilo matava os germes. Então ele só permitia isso, que não se comece nada cru. Era todo cheio das assepsias. Quando nós éramos crianças eu e minha irmã, nós tínhamos que sair com luvas para não nos contaminarmos as mãos. E ele se considerava um higienista.

-E a eugenia, como seu avô se posicionava a respeito?

-Prá mim é até difícil porque eu nunca conversei com meu avô de uma forma profissional. Inclusive ele morreu e eu tinha me formado há dois meses. Eu ia fazer pediatria e pensava em cuidar de criança doente. Eu nunca, quando vovô era vivo, nunca me passou pela cabeça entrar para a saúde pública. Eu acho que a formação que a gente recebia naquela época era uma formação direcionada para a doença. Em momento nenhum, nos seis anos de faculdade, alguém falou em saúde pública. Ele respeitava a relação de afeto, o espaço da família. Ele em momento algum quis impor a você alguma coisa. É, eu, tá, eu num sei nem se ele me levava muito a sério não sabe? Eu acho que não. Ele falava muito, perguntava sobre as minhas coisas mas eu acho que ele não levava assim muito a sério meu caminho de medicina não sabe? Eu acho que não. Ele nunca me questionou o que eu ia fazer porque eu ia fazer. Como eu ia fazer. Ele era bastante interessado. Inclusive quando eu fui fazer o sexto ano na época, eu estava grávida e quis ir para o Fernandes Figueira mas na época eu estava grávida e eles não me quiseram lá de jeito nenhum né? Então na época ele ligou para a Policlínica de Botafogo e falou, já estava também preenchidas as vagas na época, com o Dr. Alvaro Aguiar que trabalhado com ele na saúde pública e aí eu fui, conseguiu dar um jeitinho, arrumar uma vaga, ele falou. Não, neto de quem é tem que dar um jeito. Porque eu fui lá conversar com eles aí ele disse não, não tem vaga. Quando eu chegava grávida, de barriga, havia... agora eu acho que a coisa melhorou um pouquinho. Mas naquela época eles diziam: mulher grávida, eles já achavam, essa aí não vai querer nada, vai se encostar, vai ficar com o filho, né? Eu acho que havia uma coisa assim né? Aí vovô ligou, falou com ele, ele disse para eu ir lá no dia seguinte e aí me arrumou a vaga.

Só para recordar, você falou sobre a eugenia... não foi uma tônica no discurso dele...

Não, no livro de vinte e poucos, inclusive a gente pode até ver isso porque esse livro têm em casa ele fala alguma coisa de eugenia. Minha irmã que levantou isso melhor. Mas depois ele larga esse pensamento. Nos outros ele já não fala mais a respeito.

E o período 25 e 26?

Ele foi para o Estados Unidos, pro Johns Hopkins University, em Baltimore e naquela época ele tinha uma visão mais americanizada, inclusive a gente às vezes, no final dos anos 60, início dos anos 70 se discutia muito. Foi, eu peguei toda essa época dos Hippies, guerra do Vietnã, aquelas coisas né? Vovô era pró americano. Ele tinha uma visão idealista do americano. Eu acho que era a visão da época. A visão do americano idealizada. Era uma coisa assim. Ele inclusive era, é, membro. Recebemos cartas, até hoje chega correspondência da Sociedade

Internacional de Saúde Pública. Eles mandam até hoje. Mamãe já escreveu que ele faleceu há muitos anos. Está lá no computador, eles continuam mandando.

Você comentou que ele tinha sido o responsável pela vinda da Sr^a Parsons ao Brasil

Ele foi, acho que foi ele basicamente que trouxe, que convidou e trouxe, e que partiu, a sim nós estávamos falando da Escola Anna Nery e ele partiu e aí ele com o grupo, não sei definir exatamente quem foi, foi um dos fundadores da Escola Anna Nery de Enfermagem e ele descobriu a Anna Nery. Ele queria uma pessoa para ser a enfermeira símbolo e aí, nos anais da Guerra do Paraguai ele achou Anna Nery, que devia ser uma alma caridosa como foi a Florence e aí ele, têm a história das cabeças trocadas, de fato ele contou, na entrada da Escola Anna Nery têm duas estátuas, uma da Florence, uma da Anna Nery. Ninguém sabia como era nem uma nem outra. Ele olhou e falou, não tá bom não, troca as cabeças. Trocaram as cabeças e ficou assim. Eu não sei se ainda está assim. Mas até ele morrer, inclusive no enterro dele e na missa de sétimo dia foram várias enfermeiras que trabalharam com ele e que gostavam muito dele.

-Ele dava muita importância ao trabalho de enfermagem de saúde pública...

Dava muita importância, mas mamãe quando andou querendo estudar assim ele não se entusiasmou muito não. Ele não deu muita força não, para que mamãe estudasse. Eu acho que se fosse hoje, mamãe ia estudar medicina, tá? mas inclusive naquela época, quando mamãe veio para os Estados Unidos ela foi para o Colégio Americano e naquela época não havia equivalência e então tinha mais este complicante e a mamãe trabalhou em um Centro de Saúde como voluntária. Ela trabalhou, fazia lá uns serviços.

E os primeiros tempos do CS de Inhaúma?

O trabalho, quer dizer, inclusive naquele folheto fala direitinho a história. Vovô chegou a trabalhar com doze enfermeiras visitadoras. Eu hoje no Centro de Saúde, eu tenho quatro, uma só trabalha até segunda feira, minha enfermeira chefe, segunda feira ela faz 90 dias que pediu aposentadoria e vai embora, eu vou ficar com três. Realmente houve um retrocesso...

E em Inhaúma era o fim do mundo?

Vovô tinha o expresso Inhaúma, ele ia levando os médicos. Ele morava no Posto 6. Ele saía, ia pegando os médicos pelo caminho, contornava a cidade e iam para lá. Vovô era dos horários. Se você falasse oito horas, ele chegava às oito cravado. A vida dele, ele era uma pessoa extremamente metódica. Tudo era nos horários. Vovô almoçava, velho já, meio dia e jantava às sete da noite. Ele não admitia que fosse sete e quinze, entendeu? O relógio biológico era ali, era na, tudo dele era metódico e eu acho, quer dizer, pelo que eu me lembro. quer dizer a casa dele, a coisa era muito bem definida e muito bem dividida. Vovô era o homem dos estudos e a vovó era a dona de casa então não havia, eu não sei até por ser mulher, vovô não dava muita...até ele falava das coisas mas num...

Ele tinha como referencia forte o modelo americano...

Ele morou duas vezes nos Estados Unidos. Ele morou em 26 e depois ele foi, já aposentado, ele ficou de 46 a 48 em Nova York. Foram duas vezes.

Estudando também?

Essa vez que ele foi para Nova York. Mamãe queria muito ir para os Estados Unidos e ele já tinha se aposentado, do governo federal, e ele tinha um vínculo de professor, ele ainda dava aulas no Instituto de Educação mas eles foram para ficar lá dois anos e ele estudou, fez levantamentos e ele não parava. Inclusive ele foi com, na época, ele foi com um passaporte de diplomata.

Ele professor do Instituto de Educação mas ele também era professor do Curso de Higiene e Saúde Pública

No Instituto de Educação, naquela época, era um curso de quatro anos e tinha uma cadeira de Higiene, então vovô era professor catedrático de Higiene e ele inclusive participou na época da fundação da UERJ e foi da cadeira de Higiene. Depois ele largou. Ele gostava mesmo de lecionar no Instituto de Educação. Ele achava que a formação das professoras era básico em cima da criança brasileira.

Ele acreditava na educação?

Acreditava, ele amicíssimo de Anísio Teixeira, eles eram muito amigos, os dois, inclusive estiveram nos Estados Unidos na mesma época.

Ele achava que tinha como missão educar...

É, vovô acreditava muito na educação. Ele achava que aquilo era importantíssimo. Então foi o último lugar que ele largou. Ele deu aulas no Instituto de Educação, nos anos 50 ele ainda dava. Em 58 ele foi para São Paulo e aí ele já estava aposentado. Mamãe se lembra, inclusive eu perguntei isso pra ela. Quando minha irmã nasceu em 52, no dia vovô tinha aula, entendeu? Então nesta época ele ainda dava aulas no Instituto de Educação. Ele gostava muito, ele acreditava muito.

Mas ele no curso de Higiene e Saúde Pública da Fiocruz ele era professor de Organização Sanitária, segundo Alfredo Bica, já na década de 30...

É mas eu tenho impressão que depois quando ele se aborreceu com essa história...

Eu gostaria muito de ouvir sobre esta briga de...

É eu acho que foi anterior a 46. É ele não ficou dois anos nos Estados Unidos não. Ele foi não sei bem porque em dezembro, disse mamãe que eles chegaram no dia de natal de 46, ficaram lá no ano de 47 inteiro e mamãe

não queria voltar, inclusive ficou trabalhando lá numa companhia brasileira e não queria voltar mas vovô jamais ia permitir, vovô e vovó, que ela ficasse nos Estados Unidos, trouxeram ela de volta. Ela voltou, tanto é que há a célebre frase que ela preferia ir para a cadeira elétrica do que voltar para o Brasil porque ela estava com uma turma ótima. Mamãe fala inglês como americano e estava muito bem obrigado lá e vovô trouxe ela de volta e então eles retornaram, parece que em abril de 48 e a mamãe pretendia voltar seis meses depois mas maio de 48 ela conheceu o meu pai e aí não voltou nunca mais...

Prá felicidade do seu avô...

Voltou só para passear... mas nunca mais...

O que que você sabe sobre o atrito...os motivos as causas... os atores... quem estava envolvido...

Mamãe talvez saiba, eu sei que ele se aborreceu. Ele já tinha tempo para se aposentar... como ele se formou muito novo e entrou logo pro...no livrinho diz direitinho...ele se formou em 1902, ele tinha na época 22 anos e ele começou a trabalhar logo então, em 1940 ele já tinha trinta anos e em 45 ele já tinha 35 anos. Eu sei que ele já tinha tempo mas ele ainda estava muito bem e se aposentou porque se aborreceu quando acabaram com os distritos sanitários. Agora o nome das pessoas envolvidas talvez a mamãe se lembre de alguma coisa porque ele nunca conversou comigo...Por exemplo ele contava um caso de um médico que eu não sei quem é, talvez a mamãe saiba...ele precisava de alguém para ficar responsável pela tuberculose. E esse cara não queria...e vovô, não tem que ser você...você...vai estudar tuberculose, é você. Mas eu não quero, eu não gosto de tuberculose, vai e ele acabou sendo um grande pneumologista com uma clínica particular. Vovô era assim entendeu,vovô precisava de uma pessoa de confiança para assumir a tuberculose e botou assim...vovô era...as pessoas tinham medo dele porque ele era uma pessoa muito séria e muito autoritária. A visão que todo mundo tem era...mamãe se lembra...papai está trabalhando vamos falar baixo, aquele negócio né? mas a vovó era a grande manipuladora de casa, que fazia tudo do jeito dela né? mas ele era, ele era uma pessoa muito séria, assim, num primeiro momento impunha um respeito enorme...As pessoas que trabalhavam com ele, inclusive o Dr. Álvaro dizia, vovô dava aquela...ele era mesmo muito...

Ele comentava alguma vez, da criação das Campanhas Nacionais, porque o modelo dos Centros de Saúde era um modelo horizontal. Um modelo que você colocava os serviços perto da população e ali tinha de tudo. Na década de 40 recrudesce o movimento verticalista porque é a época da criação das Campanhas Nacionais...A rede de Centros de Saúde é transferida para o distrito federal e eu acho que o seu avô passa para o Distrito Federal em 39...

Vovô, quando ele morreu, eu me lembro bem dessa história, ele tinha dois vínculos, e a coisa era interessante porque ele tinha uma vida muito boa. Tinha automóvel, morava numa casa em Copacabana, ele vivia disso e ele era honesto, não roubava não. Então os empregos deviam pagar razoavelmente bem...Ele tinha esse dois vínculos que eu me lembro que a época quando o vovô morreu quando a gente ajudou vovó a ver negócio de pensão. Um vínculo era federal e ele tinha na época, e ele tinha uma situação que era estadual como professor do Instituto de Educação. Então eu tenho a impressão que essa situação federal era a do Centros de Saúde. Era uma situação federal. Embora tivesse passado para o Distrito Federal ele continuou como funcionário federal e o Instituto de Educação era o Estado...

Mas se ele saiu então é porque tinha havido um esvaziamento de todas as propostas que ele tinha...

Não isso aí a gente sabe bem claro. Ele se aborreceu, ele não era uma pessoa, vamos dizer, de negar no que acreditava por favorecimentos políticos, né? A gente hoje vê isso aí, aliás no governo as pessoas mudam porque para manter a sua posição, hoje eu acredito nisso amanhã eu acredito naquilo, depois muda. Então ele achou que já que não era como ele achava que ele ia embora e sempre fez mil coisas.

A década de 40 então...

Segundo ele foi um retrocesso.O plano que ele concebeu sofreu um retrocesso. Em trinta e nove os Centros de Saúde passam para a Prefeitura. Veja aqui, fora quatro departamentos todos mandando nas mesmas zonas Aí ele saiu nessa mesma época. Nos retratos que eu vou arrumar para você. Tem um retrato de uma inauguração que eu não sei exatamente o que é. Ele está apertando a mão do Getúlio. Deve ser de algum Centro de Saúde. Foi nos anos 30. Inclusive eu e minha irmã andamos até contestando isto. Ele ocupou estes cargos todos no Estado novo. Ele sempre foi anti-getulista e a gente não consegue entender bem, eu e a minha irmã já conversamos a respeito disso. Esta contradição. Por que ele era pró americano e se considerava um democrata e veio de uma família republicana e positivista e na realidade ele ocupou estes cargos na época do Estado novo do Getúlio e ele sempre foi anti getulista. Em 54 ele não votou no Getúlio. É um negócio complicado e a gente já questionou isso. Como é que ele conseguia separar coisas, conviver naquele meio. Era uma coisa complicada. Seria uma contradição...

O DNS se estruturou com quadros técnicos bons e eles se defendiam...

É, ele se considerava uma coisa técnica. Ele não se metia. Tanto ele não era político que quando a coisa virou diferente ele saiu. Ele não. Político sempre dá um jeito de ficar e marcar presença e lutar para que a coisa volte para o jeito que ele quer, não é verdade. É assim que o político faz. Ele não, caiu fora. A gente inclusive contesta isto. Esse retrato dele apertando a mão do Getúlio é muito complicado.

É no Estado novo que começam a ser criados alguns grupos técnicos no aparelho de Estado...

É o Estado novo, se a gente for olhando de fora, trouxe algum progresso extremamente positivo. Modernizar inclusive, largar as amarras da República velha, mas ao mesmo tempo ele flertava com Hitler, tinha uma estrutura fascista, era uma coisa complicada. Eu acho que o vovô caminhou no lado dessa visão moderna para a época, inovadora, né? Então ele se considerava um técnico. Ele não se considerava...

Entrevista Mário Dalpoz
Assessor de Planejamento da SMS. 1979-1983

Eu gostaria de pedir que inicialmente você situasse um pouco o governo municipal da época. Porque num documento vem dizendo o seguinte: desde 1979 que a Prefeitura busca desenvolver um plano de reformulação mas o governo começa em 80, não é isso?

A gente à época, o Rio de Janeiro tinha Prefeitos nomeados pelo governador. A fusão se deu em 1974. Teve um primeiro governo, logo depois da fusão o Governador foi o Faria Lima. O primeiro governo eleito depois de Faria Lima foi o Chagas Freitas e foi em 1978. Assumiu em março de 1979. Ele nomeia para Prefeito o Israel Klabin. Então o Israel Klabin monta um secretariado na área da saúde.

E o período da fusão?

Na fusão o município do Rio de Janeiro fica até com uma rede melhor organizada porque reorganiza o Estado do Rio. Eu senti isto mais tarde quando... primeiro eu senti quando eu trabalhava em Niterói em 1977. Então a gente tinha relação com o governo do Estado, da Secretaria de Saúde Estadual. Era uma secretaria muito, não só porque tinha ficado o pessoal do antigo estado do Rio mas porque tinha herdado o que funcionava no antigo estado do Rio e práticas muito problemáticas. Mas no município do Rio de Janeiro se montou uma máquina nova. Nós tínhamos isto mesmo quando eu trabalhava lá em 81. Mas só voltando a coisa do Klabin. Eu vou me lembrar do nome do secretário. O Sub secretário era o José Noronha, que teve um episódio curioso. Por que viajou o secretário para os Estados Unidos, para uma reunião e ele sentou-se na cadeira do Secretário e começou a tomar decisão em relação ao Conselho Municipal de Saúde e quando o secretário voltou o demitiu. Ele era sobrinho do Chagas, o secretário. Mas este governo municipal tomou uma série de iniciativas bem interessantes porque na época a gente tinha todo um movimento de associação de moradores. Então se começou todo um processo, primeiro de montagem do Conselho Municipal de Saúde o que foi uma coisa bem interessante. Esse processo articulado com a coisa, mesmo considerando que a gente ainda estava na época da ditadura e tal mas uma das formas de resistência foi a associação de moradores.

No estilo de Lajes?

Não aquilo era uma experiência mais democratizante de participação comunitária como se chamava, ou de planejamento participante, como se chamava na época, mas aqui no Rio você tinha de um lado, resistindo, pela democracia e se organizando a própria associação de moradores. Mas eu me lembro que tinha isto. Tinha a FAFERJ e FAMERJ se organizando. Federação de favelas e Federação de Associação de Moradores. E esse processo na saúde, tinha um aspecto interessante, porque no município assume a assessoria de planejamento desse governo o José Noronha, logo no início. O Noronha, quer dizer os dois tinham o mesmo sobrenome e os dois eram professores aqui do IMS. Mas em situação completamente diferente. E no município, dessas iniciativas do Klabin. O secretário de saúde era um secretário progressista do ponto de vista da política de saúde. O Klabin fica um ano, por isto eu estou dizendo que começou em 1979. O Klabin fica um ano e depois ele vai para o Banerj ou tinha vindo do Banerj e assume o Júlio Coutinho. Então este governo aqui, digamos esta administração é que assumiu com o Júlio Coutinho, o secretário de saúde era o Raimundo Moreira que era o subsecretário do Estado ou tinha sido diretor do Souza Aguiar. E ele assume a secretaria municipal de saúde e traz como subsecretário o Heitor Braga e o Noronha já estava como assessor do planejamento e tem uma continuidade nesta atuação. Por isso o projeto da UACPS faz referência a 79, que tinha toda uma, eu até tinha este documento que faz a proposição de política municipal de saúde, aonde estava a construção, porque era uma reivindicação das associações de moradores, das favelas especialmente, da construção dos postos de saúde nas favelas. O uso das associações de moradores para instalar postos de saúde, então já é uma coisa que vinha. Um documento do CEBES faz um apoio a estas reivindicações. Este documento foi apresentado num congresso, num encontro da associação de moradores, na ABI, por causa da democracia. A luta da saúde estava meio colada, tanto a nível nacional como também a nível deste movimento. Então a Prefeitura, em 1979, inicia, ela começa a se articular com este movimento, ou atender certas reivindicações. Então começa a propor, porque tinha uma série de prioridades, mas entre as prioridades, estava esta iniciativa de instalar postos de saúde, e reorganizar os Centros Municipais de Saúde. Então quando eu entro, primeiro como assessor do José Noronha, eu entro em oitenta. Depois, logo depois o Noronha viaja para Moçambique e eu assumo a Assessoria de Planejamento. Então eu saí, eu que vinha de Niterói, de uma experiência de elaborar exatamente um projeto de unidades municipais de saúde. Nesta linha, num governo democrático, eleito, junto com a associação de moradores. Aí sim se associa a história de Lages, Niterói, Campinas, Londrina. Tinham realizado alguns encontros e esta experiência, ela já tinha alguma coisa consolidada e eu mesmo já tinha tido uma experiência de três anos, de setenta e sete a oitenta, em Niterói, com este tipo de iniciativa.

Quando Niterói deixa de ser Capital ela então pode Ter um prefeito eleito.

Isto, o primeiro prefeito eleito foi o Moreira Franco e ele toma posse em setenta e sete, pelo MDB. Eu saio de lá quando o Moreira Franco, na recomposição estadual do Partido, porque ele era oposição a Chagas Freitas. Ele ajuda a criar o PDS aqui no Rio e aí na recomposição local, municipal, saiu o Tomazine Secretário, e eu saí também. Então aí eu venho para o Rio. Na verdade o Moreira saiu do PMDB por conta do jogo político, já que

Chagas Freitas tinha o domínio completo do PMDB. Ele foi aliado da estrutura partidária. Na realidade rompeu-se o acordo entre o Chagas Freitas e o Amaral Peixoto. Ruptura o acordo Amaral sai para montar o PDS e o Moreira não tinha alternativa senão acompanhá-lo e dá-se uma recomposição em Niterói. Uma parte da história, razão pela qual eu vim para o Rio de Janeiro. Eu vinha exatamente desta experiência de montar um projeto de unidades municipais de saúde. Onze unidades municipais de saúde que é a rede que está em Niterói hoje. Projeto financiado pela Caixa Econômica com participação popular, escolhendo o lugar, discutindo em assembleia. Os agentes comunitários de saúde. Quer dizer toda uma experiência que tem haver com o que a gente falava antes. A gente fez alguns encontros municipais de saúde.

Foi feito com o dinheiro do FAS?

Sim, mas este projeto aqui do Rio tinha esta continuidade. Era uma prefeitura ainda com uma estrutura nova, mas com aquela rede de Centros Municipais de Saúde que vinha do antigo Distrito Federal. Mas ela teve dois momentos marcantes. Um quando foram construídos. Um com Pedro Ernesto que monta a rede e outro com Faria Lima, que reforma a maioria dos Centros de Saúde, durante a fusão. Com toda a crítica que evidentemente se tem com o Governo da Fusão, mas ele efetivamente contou com recursos e no caso do interior, todos tem placas com Faria Lima e aqui também. Muitos Centros de Saúde não sei se ainda mantêm estas placas. Quando a gente começou a fazer este projeto das UACPS a gente visitava. Eu me lembro disto, eu via as placas, eu não me esqueço dessa história. Então este projeto das UACPS.

Quem foi o secretário de saúde do governo da Fusão?

Ernani Braga, depois passou para este grupo do Pantoja. Bom, este projeto da UACPS então tem este lado que depois começa em 1979, com o projeto de instalação de alguns postos de saúde em favelas, com as associações de moradores, em 1979. Na linha de cuidados primários de saúde. Eu não estava em 1979. Eu cheguei em 1980. Em 1979 eles foram pouco a pouco fazendo algumas unidades. Se você vai ver aqui, por exemplo. Vila São Jorge era uma unidade numa associação de moradores, as outras todas eram pequeninhas e então se faz um projeto maior. Vidigal, que foi por causa da vinda do Papa. Ilha de Guaratiba. Estas primeiras unidades, que foram inauguradas, eram projetos bem pequeninhos. As outras, já, por exemplo, Rocinha, ela já começou grande, depois ela ampliou mais recentemente. Cesário de Mello e Fazenda Botafogo, são UMAMPS.

As UMAMPS também são desta gestão?

Sim, essa era uma idéia que foi tomada dos antigos postos da fundação SESP. Você tinha um posto de saúde com leito. Que era, essa idéia de posto de saúde mais leito. Leito para emergência e um parto. Que é uma diferença pequena no Brasil. Mas você tem muito mais na África.

Estavam ligados aos conjuntos da COHAB?

Sim mas pouco tiveram. Cidade Alta, Cidade de Deus. Elas foram inauguradas junto com os conjuntos. Depois foram ampliadas. Eram Unidades Municipais de Atendimento Médico e nós acrescentamos o Primário. Depois nós acertamos o nome. Primário de Saúde. A Unidade Auxiliar e as outras que eram as unidades de Atenção Primária. O Felipe participou de várias administrações. Ele foi secretário do Marcos Tamoio. Depois foi sub-secretário e diretor do departamento do Estado na Fusão, depois foi secretário municipal de saúde com...

Na Fazenda Botafogo, a idéia era fazer uma unidade tipo UMAMP?

Porque aquela região era um local de grande concentração. Você faz uma unidade de maior complexidade, com urgência. Tentou-se também padronizar o funcionamento. O que que eu fazia. O papel da assessoria de planejamento era o seguinte. Tudo o que era novo era o que a gente mexia. As coisas que já funcionava...era uma cidade loteada politicamente, as secretarias eram loteadas politicamente, então era muito difícil mexer. A saúde pública era uma coisa bem fechadinha, normatizada. O antigo estado da Guanabara tinha uma experiência de saúde pública cheia de normas. Eu me lembro quando eu era estudante, que eu fui fazer, como interno, estágio no Centro de Saúde de Vila Isabel, e as normas de atendimento do recém nascido eram todas detalhadas: você pinga uma gota, faz aquilo, o remédio, você tinha normas para tudo. Então a saúde pública era normatizada mesmo.

Você frequentou o Maria Augusta Estrela em que ano?

Duas vezes, quando eu estava no quarto ano da Faculdade de Medicina, em 1971.

Você lembra de Ter neste momento atendimento médico?

Tinha, eu fazia, na área de pediatria e gestante.

O atendimento ao adulto estava restrito à tuberculose?

Quando eu voltei, era interno, em 1973, tinha aquele vidro para tuberculose, mas para a criança formava fila lá. Não tinham muitos médicos. Tinha um médico mais antigo, uma médica. Tinha a saúde escolar que tinha um programa com a UERJ. Puericultura, carteira escolar e carteira de Saúde. Tinha uma fila gigantesca. Eu nesta época não vi carteira de saúde. Eu só vi carteira de saúde mais tarde quando eu fui supervisor da residência e nós tínhamos convênio com o Centro de Saúde. Foi lá na Tijuca. Foi no Centro de Saúde Heitor Beltrão. E os residentes reclamavam mas a gente fez até um trabalho desta coisa da carteira de saúde em termos de levantar o que que era o que não era. Mas os médicos tinham horror daquilo. Atendiam em cinco minutos uma quantidade. Mas nesta época, no quarto ano eu não passei na carteira de saúde. No internato, quando eu estava como interno

e fui residente eu montei um programa de internato residência. A gente passava no Centro de Saúde e mas passava especialmente ligado a pediatria. Então eu passava na Puericultura, na vacina.

O atendimento do Adulto?

Estava ligado a carteira de saúde, tuberculose, hansen e DST. No caso das crianças era complicado porque com as crianças indo a vacina, o atendimento à criança doente era uma imposição porque a criança ia vacinar e uma continuidade da puericultura. E só atendiam as crianças que tinham documento de moradia na área. Tinha um controle deste tipo estrito que é mais ou menos relacionado... não abria se não apresentasse um documento de gás, luz... não me lembro mais.

Você lembra como se fazia a contratação de novos profissionais? Os CS já estavam contratando médicos para atendimento?

Esta era uma luta que você tinha. De um lado, concurso nem pensar, porque não era o caso. Isto só vai ocorrer em 86. O mecanismo de contratação eram todos ligados a indicações. E a saúde pública era dominada. A diretora geral de Saúde Pública, Maria..., mas eles tinham todos, o que trabalhavam nesta área, no departamento, eram cioso do fato de que ali se fazia saúde pública. O atendimento médico era nos hospitais municipais, que tinha uma rede grande. Isto era forte, tanto que as UACPS, elas eram... se criou uma gerência e um desenho todo separado para escapar desta cultura. Nós fugimos ao posto de saúde, para não Ter... a gente brincava assim. O posto de saúde não é para o doente ir... O Centro de Saúde não era para ser porque era aquilo ali e o posto de saúde estava muito ligada aonde os doentes não vão. Não tem atendimento a doentes então... A idéia de atenção primária... o prev saúde... modificaria a idéia do posto de saúde tradicional... de forma a ser resolutivo... porque era a crítica que se fazia ao posto de saúde... não era resolutivo... o hospital só era de emergência esta rede municipal de saúde toda eram hospitais de emergência, entendeu? Não era para crônicos, doentes de cirurgia eletiva, nada disto, foi montado desta maneira e pouco a pouco a assistência pública era isto: ambulância, hospital para atender socorro, coisas deste tipo.

E com uma concepção tão diversa do que existia, vocês não entraram em atrito com esta...

Muitas vezes, o atrito se resolveu, isto é uma visão política da Secretaria e era muito visto, curiosamente, apesar de que nunca teve concurso, o pessoal da saúde pública via a coisa como política, político-eleitoral. Isto era um conflito de concepção. Nós ali estávamos operando um programa que atendia a direção da secretaria e que tinha certos objetivos. Tinha uma concepção que eles achavam que era populista, quer dizer, uma das críticas era que nós estávamos ali tanto tempo, 45 anos, mudou a Prefeitura, assumiu o Brizola, foi nomeado o secretário de saúde do município, o prefeito era Jamil Hadad e o secretário era o Julio Sanderson, o grupo que assume a saúde pública, o novo grupo, o Vivaldo etc. A crítica que eles me faziam é que eu era chaguista, que eu tinha, claramente de esquerda, CEBES, mas eles assumiram com discurso de crítica ao projeto anterior e a crítica era esta, que eu era chaguista. E evidentemente que era absurdo mas a crítica que se fazia a UACPS é que ela não estava ligada ao saneamento, era só de cuidados médicos, de que os cuidados básicos, o projeto do município do Rio de Janeiro era limitado porque não tinha, não era associado a ações da área de saneamento, do emprego, educação, como era a concepção original de Alma Ata, coisa que o valha. Seria então...

Tinham problemas junto aos sanitaristas jovens e junto aos sanitaristas velhos. Qual era a crítica mais forte da velha guarda, que estava administrando os postos e centros de saúde...

O que a velha guarda fazia era resistir aonde ela estava, a mudança, e como nós para mudarmos ali teríamos que demitir, tirá-los de lá. Veja só, aquilo tudo era loteado. Então você não tinha como mexer nas pessoas. Elas eram ligadas ao Deputado, Vereador, elas eram indicadas mesma, eram... como o Chagas ficou muito anos, eles tinham continuidade naquilo. Você pega diretores na época que eram diretores há oito, dez anos. Hoje não é muito comum isso. Então não tinha muito como mexer neles objetivamente. Eles eram do poder constituído.

Eles resistiam e eram impermeáveis a mudança.

E tinham sanitaristas nesta rede antiga?

Tinha, você encontra muitos porque você tinha a experiência do Maneco Ferreira e esta gente formou muita gente. Eu não sei precisar a extensão da formação destas pessoas mas tinha... A SUSEME tinha cursos de administração.

A decisão de se chamar de Unidade de Cuidados Primários de Saúde...

Era em oposição ao posto de saúde.

Tinha uma visão clara de implementar o Prevsauúde, Alma-Ata, vocês eram jovens...

Elas iam se chamar UCPS, nós é que colocamos o A na idéia de que ela, fazendo alguma conciliação, digamos, com o hospital da região e com o Centro de Saúde da Região. A de auxiliar. Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde. Porque ela não tinha condição de fazer tudo. No início, por exemplo, para botar vacina lá foi uma briga porque a Saúde Pública não queria. Porque não podia, porque aquilo, porque outro. Nós botamos um programa de treinamento para as enfermeiras em imunização. A briga ali foi para colocar atividades tradicionais de saúde pública. A idéia foi constituir um nome que desse conta desta nova função. Um lugar que teria assistência resolutiva, assistência médica, tanto que a maioria que a gente contratou eram de jovens médicos, gente escolhido por indicação mas fizemos um programa de seleção. O cara podia indicar, digamos vinte... Colocamos algumas atividades de saúde pública, principalmente vacinação... mas não a rotina da saúde

pública... Era laboratório e médico...uma coisa totalmente diferente...Se você vê aqui, ela tinha, era um esforço na linha de participação popular... mas rumo a assistência médica... clínica geral, pediatria, ginecologia-obstetrícia, isto era a função que diferenciava centralmente, e o que conflitava com o Centro de Saúde. Então no caso da vacina, diziam: não pode abrir porque não tem como fazer...

A emergência do grupo de vocês era devido a baixa legitimidade da estrutura antiga...

Claro, evidente, rejeitado e criticado pelos movimentos sociais, criticado pelos novos sanitaristas. Um o outro tinha alguma atividade e tal mas no geral era uma rejeição absoluta. Os documentos de FAFERJ e FAMERJ sentavam o pau. Mesmo a cobertura de imunização era baixa. Só funcionava nas campanhas você tinha aí a pólio e o resto... Você tinha dificuldade, era baiximo...

Vocês fizeram uma reforma por fora, em vez de fazer por dentro...Em que momento, foi na sua gestão lá dentro, que os Centros de Saúde foram obrigados a se modificar...ou você não viu esta modificação...

Não ví eles se modificarem, não ví, a não ser alguns Centros de Saúde, mesmo assim.. eu não sei se o Centro de Saúde hoje dê consulta a adulto. Não, a gente fez algumas coisas, estou esquecendo... Controle de hipertensão e controle de diabetes. Eram atividades, porque eram programas. Na área de educação em saúde entrou um pessoa que mexia um pouco...

Houve contratação de clínicos...

Alguns onde se implantou o programa de controle de hipertensão. O polo dinâmico era o polo hospitalar...Então ambulatório dos hospitais, onde a gente tocava estes programas. A gente tentou fazer um pacto da carteira de saúde, mas eram Tijuca, foi o que mexeu, Gávea implantou alguma coisa. Campo Grande, Santa Cruz, muito pontual. Tanto que o programa de hipertensão tinha em algum lugar. O Méier funcionava...

Apesar de jovens sanitaristas, vocês não estavam preocupados com a implantação de programas também. O atendimento geral a demanda das populações

Mas com alguns programas que a gente chamou de hipertensão, pré-natal... Não tínhamos a intensão de manter. A forma de organizar era atenção primária. Assistência médica. Como atenção primária. Falava-se de programas, eu me lembro mais de hipertensão, não me lembro bem dos outros. A idéia era se romper com a idéia de programas de saúde pública. Isto era um limitante. Tinha a informação que vinha toda separadinha, o que era uma coisa infernal. Mais tarde é que o Departamento de Saúde Pública criou um órgão de programa para cuidar destas unidades, mas até então elas eram tocadas pela assessoria de Planejamento, quer dizer fora da estrutura e com apoio da área hospitalar. Mais do que da área da Saúde Pública.

Você então não viu a mudança nos Centros de Saúde...

Eu não acompanhei isto. E provavelmente mais tarde com uma integração destas duas redes.

Exatamente, o concurso de 86 foi o marco da mudança. O estado também fez este mesmo concurso mas não se mudou nada na estrutura do Estado. Aqui no Rio eu acho que mudou quando a secretaria sofreu muitas mudanças, na época do Saturnino Braga. Ele levou esta proposta aqui até as últimas consequências. Da Atenção Primária. Mas é mais tarde. Quem tocava isto era o Guaracy que morreu assassinado, ou morreu num acidente, no Governo José Assad. Se chama de Posto de Saúde porque quem assume isto lá no município depois achava que o nome era complicado, entendeu, não sabia direito e são pessoas que já são novos sanitaristas. Então já não tem mais a resistência da velha guarda e velha guarda, desmontasse aquilo tudo.

Se tivesse colocado na sua proposta o nome de Posto de Saúde eles iam dizer que alí não ia fazer

E era para ligar com uma proposta nova. Que rompia. Tanto que você. A gente pegou uma área de Bangu. Primeiro porque politicamente tinha condições. Segundo porque era uma área de necessidade absurda. Evidentemente toda a AP-5 tinha, tá certo mas Bangu. Lá já tinha um projeto de saúde... As coisas se embolavam todos. De um lado o envolvimento comunitário. De outro incorporação da assistência médica e terceiro a manutenção de algumas atividades de saúde pública essenciais: doenças transmissíveis, notificação, imunização. Esse era o eixo.

Como você montou os treinamentos?

Não existia um diálogo, imagina que a gente vivia ainda num momento autoritário, administrativamente autoritário, eles eram obrigados a cumprir porque era decisão do secretário mas...

Vocês eram muito petulantes...

E jovens. Imagina, o diretor do Miguel Couto era o doutor Nova Monteiro e eu era um garoto, o pessoal da Saúde Pública era muito mais velho ainda e nós éramos poucos aqui com estas posições. Tinha o apoio do secretário.

E Bangu?

Bangu tinha apoio político, condições favoráveis, tinha terrenos, associação de moradores e condições políticas locais.

A dimensão do projeto estava relacionada ao dinheiro disponível, ao orçamento?

A idéia de prioridade em saúde pública se mantém. A área é compatível com o orçamento, péssimos indicadores sanitários, condições políticas favoráveis à participação, apoios extras, igreja, coisas que ajudavam. Mas fora de Bangu, foi feito Vidigal, Rocinha. Faz-se uma extensão pro resto do município, mas especialmente AP4 e AP5. Tivemos recursos apoiado pelo Canadá, no Gentile de Melo. Fui eu que montei aquele posto. Quem montou o

projeto, a época foi o Eduardo Leucovich, na época eu trouxe ele com financiamento, com associação de moradores. Montamos lá o desenho. O desenho das funções foi feito num processo de participação comunitária. A gente fez a reforma.

E o financiamento da FAS?

Não foi usado, usou-se recursos do próprio município. Na época se montou dois projetos. Um para o hospital Barra-Jacarepaguá e o da UACPS. Eu participava dos dois. Eles perderam o prazo, depois que mudou o governo.

E a concepção física, arquitetônica?

A concepção arquitetônica. A época a gente tinha, na secretaria de obras, umas pessoas que estavam estudando essas coisas de arquitetura hospitalar, sol, luz. Então esse era um lado, trouxeram umas coisas desse lado. E gente jovem, a própria Márcia Coutinho. Se fazia o planejamento urbano, de micro-localização. Foi essa a tese dela. Ao mesmo tempo a gente montava o desenho com os arquitetos. De outro lado, a idéia de romper de uma coisa dos centros de saúde que sempre nos incomodou muito. O Centro de Saúde, ele arquitetonicamente, se você for visitar todos eles, a população não entra. Os melhores tem uma extensão do telhado e cadeiras ou bancos. Isto era o máximo. O povo não entrava no Centro de Saúde. A idéia foi romper com isto e fazer uma coisa aberta. Podia até Ter circulação atrás, de serviço e tal mas as pessoas iam Ter uma sala de espera. Mesmo a Tijuca o povo não entra. Maria Augusta é o desenho típico de saúde pública. Assim, do lado de fora ficavam os doentes, gestantes, crianças. Não participacionista. Criar uma coisa mais simples, dentro das limitações, terrenos e tal. Mais barata mas que rompesse com esta idéia. As pessoas então terem acesso, faz parte da arquitetura do lugar. O resto era coisa simples, múltiplos usos de consultório. Muitos consultórios. Na época o auxiliar era auxiliar mesmo. E tinha que Ter.

E quanto a tecnologia e equipamentos básicos?

Ginecologia e Obstetrícia com condições de fazer preventivo. E sempre que possível um laboratório. Então no mínimo, sala de coleta e na medida que fosse maior, laboratório mesmo. A gente não dispunha, enfim problemático. A gente chegou a discutir a possibilidade de Ter kits, de Ter laboratório de campo. Você tem isso nos EUA. Mas isto é caro ainda hoje. Muito caro. Naquela época mais ainda. O mercado não era aberto. Mesmo hoje ainda é caro. E é o que faz o sucesso da medicina comunitária americana é a possibilidade de, na hora, você Ter o exame. A gente não tem esse mecanismo. O que a gente desenvolveu ali foi a idéia da sala de coleta e na medida do possível o auxiliar ou técnico de laboratório. A gente tem essa limitação. O técnico não pode assinar resultados de exame.

Por ser um programa paralelo à estrutura de saúde pública, então vocês ficaram vinculados não ao Departamento de Saúde Pública. Vocês ficaram vinculados ao Departamento Hospitalar. Isto era deliberado.

Isto nos dava tranquilidade, porque o Departamento hospitalar tinha tanta coisa, uma estrutura pesada a hospitalar e ali botamos uma ou duas pessoas que tínhamos um diálogo permanente, não dependia de... Por causa da saúde pública, o que que vai ser. Vai ser uma divisão? Por que a saúde pública tinha divisão de tuberculose, disso daquilo... e a hospitalar não tinha isso. Então ela tinha divisão profissional. Médico, enfermeiro, nutricionista e tal. E a gente criou um negócio ali que não era nada disso, não era profissional, o que nos dava muita liberdade. Agora, não foi uma elaboração teórica, política, uma coisa estratégica, pensada aprofundadamente. Foi muito pragmática, entendeu? Como aliás um pouco a minha forma de pensar algumas coisas. Não tinha esta coisa de imaginar estrategicamente e tal. Claro que o resultado dá nisso.

Ainda existia a SUSEME nessa época?

A SUSEME foi extinta e absorvida na época da fusão.

A criação das UACPS é um momento muito importante para a rede básica de saúde...

Eu acho que ela cria um fato, agora o Centro de Saúde era uma rede enorme. Houve um lugar que a gente conseguiu juntar um hospital com um centro de saúde. Até porque era tão óbvio, que foi em Paquetá. Tivemos uma unidade integrada chamada UI que é subordinada ao Departamento de Assistência Hospitalar. Porque na realidade era o mesmo prédio e não tinha muita gente lá. Então era tão óbvio. Mas o pessoal da saúde pública reclamou, reclamou, reclamou muito. Mas como era, a saúde pública de Paquetá era uma tristeza, entendeu. Então disseram que a gente tinha acabado com a saúde pública. Houve crítica pesada.

O fato de vocês terem ido para a área hospitalar amenizou este conflito?

Claro, e nos dava força, porque tínhamos apoio e condição de articulação.

Você sabe quando a rede é incorporada...

Nesta época do Saturnino, do Tomassini houve muitas modificações. Depois que o Tomassini assume... eu confesso não saber precisar datas e coisas desse tipo...mas começa a mexer, estabelecer outras coisas...

Ele diz que o fato que o prejudicou foi uma greve...

Ele foi inclusive condenado pelo CRM, que eu achei um absurdo... O Cesar Maia foi interventor no IASERJ...

Além disso não conseguiu fazer o concurso...ele pede demissão...

Não, muda o prefeito...

Entrevista

Dr. José Assad
Secretário Municipal de Saúde – 1986-1988

Depois da expansão das UACPS, o seu governo teve o mérito de fazer uma outra grande expansão desta rede. Gostaria que o Sr. explicasse um pouco o que estava por trás e quais era a estrutura da SMS que permitiu a vocês esse plano...

Nós, ao pegarmos a Secretaria, a saúde se encontrava numa situação extremamente difícil por duas vertentes. A primeira vertente é aquela que desaguou numa intervenção nos hospitais em que o relacionamento entre o governo e os profissionais de saúde estava completamente desgastado ao ponto de o governador Leonel Brizola e o Prefeito da época, Marcelo Alencar nomearem outros secretários para serem diretores dos hospitais da rede municipal e estadual de saúde. Havia a intenção de se fazer todo um relacionamento, toda uma administração participativa, democrática em que os profissionais e a secretaria fossem respeitados e que tivessem liberdade, livre arbítrio para poder expor os seus pontos de vista, suas divergências e caminharmos juntos até onde fosse possível caminhar. A segunda vertente é que precisava se tornar a SMS, contemporânea do tempo em que vivíamos e havia, primeiro, uma defasagem muito grande na área hospitalar onde os hospitais não dispunham de acomodações físicas e recursos diagnósticos e terapêuticos adequados ao desenvolvimento tecnológico que nós resolvemos dar uma verdadeira sacudidela e com o apoio integral do prefeito Saturnino Braga que fez da saúde um ponto alto de seu governo. Nós encontramos nas unidades de saúde alguns Centros Municipais de Saúde, algumas UACPS e um único posto de saúde que era o posto de Antares, em Santa Cruz. E nós entendíamos que seria fundamental a capilarização da oferta de serviços e que essa capilarização daria um retorno a medida em que além das ações primárias de saúde as unidades se encarregassem de um atendimento, mais de um excreaning da população que lá afluísse no que dissesse respeito a Clínica Médica, à Pediatria e a Gineco-Obstetrícia. Tínhamos a certeza que mais de noventa por cento das situações poderiam ser resolvidas já que sem grande recursos tecnológicos, apenas com uma orientação e também exercitando a referência e a contra-referência nos casos em que houvessem necessidade e nós, em trinta e seis meses de governo, nós fizemos vinte e sete postos. Foi quase um posto por mês. Uma situação muito difícil do ponto de vista financeiro mas com uma obstinação e uma consciência que aquela rede, ela seria um cinturão importante para atender a demanda e para estratificar a necessidade de recursos. Porque nós temos a consciência que ou a consciência do profissional de saúde muda ou a medicina será inviável do ponto de vista econômico quer seja pública quer seja privada. Hoje o que se tem de exames complementares normais, de uso inadequado de medicamentos de alto preço, podendo ser substituído por alguns medicamentos e as vezes nem medicamentos haveria não necessidade de tratar uma hipertensão leve, alguma coisa desse tipo. Se não houver uma consciência plena de que precisa-se mudar porque o mundo vive um momento de dificuldades econômicas muito sérias. No instante em que os Estados Unidos comprometem quinze por cento do seu Produto Interno Bruto, em torno de cinco ou seis trilhões só com saúde algo tem que ser repensado. Quando você vê tomografias computadorizadas, ressonâncias nucleares magnéticas, densitometrias ósseas, coronariografias, ecocardiografias, assumem patamares de normalidade acima de oitenta por cento, isso nada mais é que jogar dólar pelo ralo, de um ralo que é largo para receber só que a fonte alimentadora dos dólares é muito curta. Então nós tínhamos a consciência que haveria necessidade de se fazer uma medicina tete a tete, frente a frente, e com isso noventa por cento seria resolvido e mapeamos as áreas carentes. A nossa preocupação maior foi com as áreas carentes. Nós fizemos vinte e sete postos de saúde, sendo que dois foram Centros Municipais de Saúde que nós reconstruímos. O da primeira R.A., do Santo Cristo e da terceira R.A. que depois, houve demolição, e foi lá para o Pavilhão Carlos Chagas. Nós fizemos os seguintes Postos de Saúde, a memória me falhou em um único. Palmares, Santa Cruz, Santíssimo, Vila Kennedy, Cesarinho(Paciência), Cesário de Mello 5580 (Campo Grande), Senador Camará, São Fernando (Santa Cruz), Santa Inês(Campo Grande), Sulacap, Caju, Vila Aliança (Taquarau), Conjunto Liberdade, Sepetiba, Mangariba, Mendanha, Urucânia, Parque Anchieta, Pilares, Jardim América, Pavuna, Formiga, Jacaré, Pedra de Guaratiba, o Centro de Controle de Zoonoses no Largo do Bodegão (Santa Cruz), Primeira RA, Segunda RA, entre outros. Perfez um total de 27 unidades.

Muitos em Santa Cruz não é?

Muitos em Santa Cruz, Campo Grande e Paciência. E Bangu. A gente precisava mapear a Zona Oeste que não tinha recursos nenhum. A rede de saúde da zona oeste eram as unidades estaduais hospitalares e o PAM do INAMPS, em Campo Grande, Bangu que não davam um atendimento que a gente precisava.

Antares?

Este já foi anterior na época do Tomassini. Foram 27 obras em que a gente buscava fazer este cinturão. Em que havia uma captação de pacientes para entrar no programa de diabetes e hipertensão a custo baixo com retorno excelente, com atendimento de pré-natal, ginecológico também e pediátrico.

Vocês inauguraram e conseguiram colocar em funcionamento?

Botamos todos para funcionar. Nós, depois de vinte e dois anos fizemos o primeiro concurso público. De oitenta seis. Nós fizemos três concursos. Nós entendíamos o seguinte: primeiro, nós precisávamos caminhar para criarmos uma rede irreversível. Depois de colocada a rede, em contato com a comunidade não haveria decisão

política que fizesse isto voltar atrás e realmente estão os postos aí funcionando. Pode ter e seguramente tem deficiências e estão prestando serviços, isto é indiscutível. E isto fez com nós tivéssemos os vetor de oxigenação de recursos humanos na secretaria. Entrou uma gente nova...

E isto mudou a face da secretaria, especialmente da área básica...

Exatamente. Era para fornecer pessoal para os postos e a área hospitalar. Porque na área hospitalar a nossa revolução foi tão grande quanto na área básica.

Qual foi a complicação que ocorreu neste concurso. Ele era para Ter saído desde o início do governo Brizola. E houve uma série de impasses, inclusive isto foi responsável pela saída do Tomassini...

A verdade é que com a entrada do governo Saturnino Braga... eu não tinha relacionamento pessoal com Saturnino Braga. Eu havia sido eleito presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e numa reunião com Saturnino ele me pediu algumas opiniões, eu dei, e para a surpresa minha, essas opiniões passaram a ser a plataforma de campanha dele. E logo depois ele me convidava para dirigir a saúde e eu, ao ser convidado, disse a ele que não gostaria de ser um secretário só por ser secretário. Eu queria caminhar porque eu acreditava no serviço público, eu acredito no serviço público que é um celeiro incomparável, formador de mão de obra

Antonio Joaquim Werneck de Castro
Superintendente de Serviços de Saúde, 1991-1999

-Como você encontrou a rede básica de saúde?

-Estou na Secretaria de Saúde desde 1991. É difícil sem falar da Secretaria de Saúde como um todo. Aqui no gabinete do secretário, corredores do nível central quem circulava eram os fornecedores, prestadores de serviço externo e os diretores do hospital. Você não via um diretor de Centro de Saúde aqui. O diretor de um Centro de Saúde, se falasse com o secretário era para tomar bronca, morreu alguém de meningite e o cara não foi ver, sei lá o que. Eu me lembro disso aí. Você pode até perguntar, está por aí a diretora do Oswaldo Cruz. E a gente, quando eu cheguei aqui, eu cheguei pra ela e falei. Eu queria te conhecer, conhecer melhor o Centro de Saúde etc. E ela engasgou, e aí eu disse, vem aqui, passa aqui. Mas como, passa aqui. Pega a porta aqui e abre. Eu senti um constrangimento dela e aí eu mas espera aí. A impressão que eu tenho é por isso que eu quero te conhecer, porque o único que bota a mão na porta do secretário é o diretor do Souza Aguiar, Salgado Filho e Miguel Couto. Os outros hospitais inclusive nem tem muito acesso aqui. Então eu acho que essa era uma situação, vamos dizer assim, política na secretaria. E eles eram isolados das situações de poder. Este isolamento político era uma consequência de um isolamento técnico, administrativo e financeiro. Não eram os Centros de Saúde onde a prática médica era reconhecida. Era mais na rede de emergência municipal. O Paulo Pinheiro falava uma verdade, que ninguém nunca reclamou, nas reuniões que eu ia. Nós é que começamos a reclamar. -A rede básica não funciona. -Mostra aí que a rede básica não funciona. Mostra aí que a rede básica não funciona Paulo Pinheiro. Por que você diz isso? -Por que eu tenho muita gente na minha porta do hospital. -Vamos conversar aqui direitinho. Não é por causa disso. Porque primeiro a rede básica produz mais consultas médicas que a rede hospitalar, desde 91, incluindo os PAM, é claro. Claro que eu não podia tirar o PAM da reta. Se eu for comparar só a rede sanitária, a rede básica municipal com a rede hospitalar municipal. Aí não. A rede hospitalar municipal produzia mais em 89, 90, 91 e 92. Esta realidade começa a mudar. Aos pouquinhos a produção ambulatorial. Segundo, o ambulatorio dos hospitais ele era uma porta muito fechada. O ambulatório hospitalar era muito fechado. As pessoas queriam resolver o bate pronto dentro do hospital. Então alguns mitos de que só a rede de emergência funciona começaram a cair. É um discurso fácil. Prova o discurso. Prova o discurso. Prova. Por que isso? Porque financeiramente 80% das verbas vão para os hospitais.

Ainda hoje?

Hoje não por causa da distribuição de medicamentos, por causa dos PAM, consomem recursos altos, por causa das maternidades. A gente conseguiu criar um conceito de maternidade que tira da questão hospitalar. Porque a maternidade também entrava como hospital mas não tinha o menor poder. Não tinha poder nenhum. Quem mandava era os grandes hospitais, no máximo alguém do Jesus que tivesse algum tipo de interferência como o Bruno Aloé, que era do Jesus e foi ser secretário. Tem essas representações. É claro que tinha uma articulação na época com a Cidinha Campos. Foi a Cidinha que tinha uma fração de poder na Prefeitura e indica o secretário do Marcelo Alencar. Bruno Aloé fica aqui por causa da Cidinha. E fica um ano exatamente e ele sai. É ele que pede demissão. Não é o Marcelo que troca ele. Bom é uma coisa bastante individual. Sessenta, setenta por cento de pessoal está dentro dos hospitais.

Vocês que mudaram este organograma tal qual está organizado agora? Antes era o departamento de saúde pública?

Departamento Geral de Organização e Administração de Serviços de Saúde.

E a Saúde Pública, onde ficava?

Estava dentro deste. Deixa eu explicar. Era o secretário. A última questão desse isolamento era a questão de equipamentos, de tecnologia. Não passava pelos Centros de Saúde qualquer tipo de modernização. Se você falasse que nos Centros de Saúde tinha que ter uma máquina elétrica, em 91, IBM, já era um absurdo porque o hospital está precisando de alguma coisa. Esta mentalidade ainda existia. Isso se refletia no ambiente de trabalho. Os ambientes de trabalho, os Centros de Saúde, os Postos de Saúde. Cadastramento destas unidades, aqui era completamente falsos, os endereços estavam errados. O nome dos diretores estavam errados. As pessoas sobre Centro de Saúde, não tinham isso. A única que tinha um relacionamento ainda direto era a epidemiologia, que tinha um relacionamento com os chefes das epidemiologias. As vezes o chefe aqui da epidemiologia central não conhecia nenhum diretor. Falava direto com o cara da epidemiologia local. A outra coisa era essa. Quem mandava na secretaria de saúde. Mandava do ponto de vista da mobilização dela, não do ponto de vista da definição financeira, porque aqui nós chegamos, todos os processos de licitação ficavam aqui nesse gabinete. A gente chegou aqui, tinha uma pilha de quatrocentos processos. Mas os processos eram oriundos dessas áreas e só tinha uma área aqui, que juntava a infraestrutura toda, de licitação, mais o apoio logístico, todos os programas e a administração dos hospitais e das unidades básicas. Era tudo numa central, era uma coordenadoria só. A coordenadoria geral de organização e administração de serviços de saúde, que, uma parte da esquerda que estava aqui dentro, que era a parte que tinha um acordo com Marcelo Alencar, que era representado pelo Walter Mendes, Rosângela, indicaram um superintendente que era o Fernando Maia. Ele era o coordenador geral de organização e ações de serviços de saúde. Tanto que ele se dizia o secretário, porque ele é

que mandava nos hospitais, nos Centros de Saúde, nos Postos de Saúde. Nas compras e nos programas de saúde coletiva, também, a epidemiologia.

-Tinham outros programas?

-Tinham, não todos os que estão funcionando agora mas tinha lepra, tuberculose. Não tinham gerentes, mas tinham uns DAS, mas estes nomes de coordenadores, gerentes, veio com a reforma de 91. Nós fizemos uma reforma no organograma, vai para a Câmara. Só vota em agosto de 92. As superintendências se dividem em três. De Serviços de Saúde, de Saúde Coletiva e Coordenação de infra-estrutura. A gente dividiu a coordenação anterior em três e cria as coordenações de área que descentraliza o poder do cara aqui. Isso é um racha na equipe. A equipe entra. Somos quatro pessoas. Gazola, eu, Mercez e João Batista. A gente entra e a gente começa a discutir a estrutura e a gente deixa uma pessoa estrategicamente fazendo a estrutura, e nessa discussão o João Batista é contra a discussão. Primeiro ele cria um ramal por fora, um contato com o DATASUS porque lá tinha uma pessoa que podia ajudar. Quando a gente sabe disso aquilo já é um choque e o Gazola é muito liberal. Ele falou: ele tem direito. Até certo ponto não é Gazola? A gente tinha uma reunião diária. Todo final de tarde. O que aconteceu hoje e o que vai acontecer amanhã. A gente tinha duas coisas estratégicas nossas. Um: se em noventa dias o Marcelo Alencar não nos apoiasse politicamente a gente saía. Não ia dar para continuar. E se não saísse dinheiro para colocar na rede. Nós pegamos tudo em crise. Não tinha material, não tinha equipamento. Nós precisávamos por mês de quatro milhões de reais.

E os recursos humanos?

Tinhamos recursos humanos sobrando. A gente só precisava de manutenção. Tudo funcionando a meia carga. Raios X, leitos parados. O primeiro pedido de material. A gente pensou os caras não vão dar mais. Pedimos muita coisa. Chegou o material. O secretário tinha um discurso o seguinte: é só dar o material. A gente falava para ele, quando a gente der o material aí é que o problema vai começar. Nós vamos começar a administrar quando chegar o medicamento na sua mão, porque aí vai começar os desvios, a inoperância, o não resultado, o desperdício. Aí que você vai ver se o seu sistema é bom ou não é bom. Porque hoje você não pode saber se a sua rede é boa. Ela não tem nada. Então aí a gente conseguiu os noventa dias. Era uma coisa centralizadíssima. O poder estava na mão de poucas pessoas. As pessoas inclusive eram de esquerda e estavam aqui desde 82. Quando o Tomassini entra em 85 com o Saturnino consolidou esse grupo. Esse grupo já era da secretaria. Pode pegar a ficha de todo mundo. Até o Maurício lá da AP5-3 foi um cara que entrou nesse concurso. E viveu essa situação. Você pega algumas pessoas que são de regiões. Bom, aí o João Batista ele é contrário a isso, a essa descentralização, e ele era o superintendente. Ele não suportou a perda disso. A gente fez uma reunião, só nós quatro e eu ainda fiz uma coisa que tecnicamente era para mim importante mas era muito arriscado. Eu falei: eu boto a prova essa proposta de estrutura em que nível que você quiser. Bota aqui qualquer consultor, mas tem que conhecer o que é esta rede, saiba o que é a saúde no Rio de Janeiro. O cara tem que ter um mínimo de bagagem. Aí chamamos a Fundação Getúlio Vargas, chamamos a ENSP e chamamos o DATASUS. Todos os três adoraram a proposta de descentralização e o João Batista não suporta isso. Pessoalmente ele acha que é uma derrota e sai fora. E ainda tinha uma coisa diferente na descentralização que acabava também a questão das corporações. Chefias de enfermagem, nutrição, emergências. O Ítalo era o coordenação de emergência. E o João Batista retrogradamente pede apoio a estes caras dizendo. Olha eles querem acabar. Os sindicato de nutricionista veio aqui, de odontologia veio aqui. Coordenação... e a gente seguiu esta pressão e a pressão foi estimulada internamente. Não foi uma coisa...pro cara segurar o seu pedaço ele se apoiou lá fora. E gente discutia com o sindicato, inclusive dos médicos, o seguinte: não é função de vocês discutir o desenho institucional da secretaria de saúde. Vocês não tem esse direito. Aí o sindicato esperneava. Uma meia hora de reunião. A gente mandava eles voltarem pro lugar deles e aí quando eles concordavam ou não. Mas como a gente respeita vocês nós vamos discutir com vocês a estrutura. Aí quando a gente apresentava a estrutura. Aí os caras diziam: vocês estão certos. Noventa por cento, a não ser o sindicato de odontologia e nutrição, foram contra. Aí tinha uma coisa mais pessoal. A ex presidente do sindicato estava aqui, o cara que estava no sindicato de odontologia estava aqui.

Vocês rompem a idéia de que a rede básica é da saúde pública e a rede hospitalar é dos médicos?

Um dos pressupostos da descentralização era do equilíbrio. Se você com Gazola naquela época você ia gostar. Por que o Gazola é muito empírico nesta questão institucional. E ouve, ele gosta de ouvir. Ele era o cara que mais questionava. Para saber se as pessoas tinham bagagem. Nunca estudou estas coisas de desenvolvimento institucional e é um cara que tem uma função institucional fundamental. Então era uma questão de equilíbrio. A superintendencia de saúde coletiva, ela tem que ter um equilíbrio com a superintendencia de serviços de saúde, que tem equilíbrio com a superintendencia de vigilância sanitária que tem, este equilíbrio que vai se dando não era só da organização estrutural, era da organização de decisão política. Então cria-se uma reunião, que na época, era semanal, dos dirigentes da secretaria de saúde e obriga-se que o equilíbrio chegue a todo mundo. Então eu quero... a Cristina Boaretto não podia na época que é um conceito da estrutura, a epidemiologia mandar em todo mundo. A epidemiologia mandava nas doenças cardio-vasculares, mandava na tuberculose, mandava na lepra, tanto que a gente tirou a lepra e a tuberculose. Ela tinha o feudo mas não tinha resultado. Era um feudo de um exército enorme, eles mobilizavam duzentas, trezentas pessoas dentro da instituição mas não

tinham o que apresentar de resultados e você fica frágil se você não tem nada atrás. É só uma questão política, alguém te desmorona. É isso que você está falando do Centro de Saúde. Ele tem lá, ele é institucionalmente, mas ele não tinha nada. Chegar alguém, chegar um secretário e desmoronar aquele feudo, tem aquela resistência aquela briga, a questão do sindicato mas...

Mas quem hoje deve administrar os Centros de Saúde?

O que acontece, eu acho que o equilíbrio começa a chegar em todos os lugares, inclusive na rede hospitalar e centro de saúde. O diretor do Centro de Saúde tem o mesmo poder do Miguel Couto. Queira ou não, você pode dizer isso para ele. Ele pode criar este status internamente, essa auto estima.

São indicados?

Sempre indicados, ou então quando um diretor conseguia uma indicação legal, um cara mais de esquerda, mais aberto, tipo o cara da Gávea, o Harvey. Ele criava aquele feudo dele lá e a secretaria que se virasse. Esse era o grande discurso. Até hoje você ouve isso. Nós aqui do Centro de Saúde. A secretaria. A gente ainda escuta este discurso que o cara é a secretaria de saúde. Você ainda escuta isto como discurso institucional. Nós e a secretaria. Nós e... o cara já fala nós...

Existe um órgão central responsável pelos centros de saúde?

O coordenador de área é que teria que fazer este equilíbrio.

Três superintendências...

As superintendências são as atividades fins. E as coordenadorias que são atividade meio, de infraestrutura e recursos humanos. Duas superintendências agem no mesmo local, unidades sanitárias e hospital. E a vigilância sanitária são de serviços fora da área.

Quem é responsável pelos Centros de Saúde do Município? Ninguém e todo mundo?

É exatamente este o equilíbrio que a gente está querendo. É um equilíbrio de forças lá dentro. Tanto que o diretor pode ligar para Cristina para Isabel. Ele pode e deve Ter esse acesso. Ele é uma unidade autônoma dentro da secretaria.

E o coordenador de área?

Esta questão de equilíbrio passa muito pelo pessoal. A função secretário é uma função de harmonização desse equilíbrio e aí eu acho que a gente falha. O Gabinete não conseguiu intermediar um equilíbrio suficiente entre as superintendências tanto que eles não conseguem se entender. Agora os dois estão numa paz ótima.

CS Bangu

CS Bangu

CS Bangu

CS Bangu

Recepção de um CS

Visitadora de tuberculose em função nos casabres da Favela. Início dos trabalhos da Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose

Favela

Visitadora de tuberculose no domicilio de um doente, no início dos trabalhos da Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose

Enfermeira visitadora

Inauguração do CS Inhaúma 1927

Lactaria de Campo Grande

CS Campo Grande