GUILHERME ARANTES MELLO

**REVISÃO DO PENSAMENTO SANITÁRIO COM
FOCO NO CENTRO DE SAÚDE**

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

Programa: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana

São Paulo
2010

GUILHERME ARANTES MELLO

**REVISÃO DO PENSAMENTO SANITÁRIO COM
FOCO NO CENTRO DE SAÚDE**

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

Programa: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana

São Paulo
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

Mello, Guilherme Arantes

Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde / Guilherme Arantes Mello. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Luiza D'Ávila Viana.

Descritores: 1.Saúde pública/história 2.Medicina social 3.Centros de saúde
4.Atenção primária à saúde 5.Medicina comunitária 6.Medicina preventiva
7.Reforma dos serviços da saúde 8.Política de saúde 9.Educação médica
10.Organização Pan-Americana da Saúde/história

USP/FM/DBD-239/10

Para Tayana.

Para Felipe, Luiz Otávio,
Davi e para o “bebê”.

Simplesmente por tudo de
bom na minha vida.

Agradecimentos

Aos meus pais Ronan (*in memoriam*) e Margarida, e irmãos Rodrigo, Frederico e Otávio, por tudo de melhor que uma família possa representar.

Para Tayana, pelo carinho e estímulo.

Para minha orientadora Profa. Ana Luiza d'Ávila Viana. Uma daquelas pessoas especiais que cada um encontra pela vida. Agradeço de coração.

Para o Prof. Luiz Carlos Silveira, outra destas pessoas especiais.

Para os Profs. Nelson Rodrigues (Nelsão) e Paulo Fortes, pelas generosas contribuições na qualificação da tese. Para o prof. Paulo Elias, que para além da qualificação esteve sempre disponível para contribuições.

A todo o Departamento de Medicina Preventiva da USP, na pessoa da Profa. Maria Novaes.

Para a Universidade Federal de São Carlos, pela liberação de parte da minha carga horária de professor, essencial para dedicação à tese.

Para todos os colegas da UFSCar, especialmente àqueles que me auxiliaram com as obrigações da graduação ou que generosamente me emprestaram os ouvidos para que pudesse testar a coerência de meus argumentos: Bruno Fontanella, Marcelo Demarzo, Lucimar Avó, Débora Gusmão, Carla Germano, Fernando Monti, Renata Kish e Petterson Floriano.

Para o grupo de pesquisa da USP/Ensp, que me deu grande alegria e motivação: Cristiani Vieira, Roberta Gondim, João Henrique Scatena, Mariana Vercesi, Fabíola Iozzi, Ana Paula Coelho, Christiane e Camila. Em especial para Luciana (Kalu) e Adelyne, que, elegantes, nunca se queixaram dos meus renitentes atrasos em função desta tese.

Para os colegas da Saúde da Família da Unicamp: Olga, Clarissa, Lurdinha, Ana, Nair, Arlete (s), Márcia, Ricardo e Tuca.

Para os queridos tios Luiz e Tereza (*in memoriam*), por tudo que fizeram por mim. Para os tios Fernando e France, e tios Orlando (*in memoriam*) e Celina, pelos esteios familiares e exemplos que sempre representaram.

Para os amigos de república que as vicissitudes da vida separaram: Nilo, Léo e Márcio.

Há o escritor que acredita
que, bem, só ele é que leu
e repete a toda hora:
"O grifo é meu".

Não resiste à tentação
De tornar um pouco seu
O pensamento dos outros:
Mas avisa; "O grifo é meu".

Achando-se bem mais profundo
Do que o autor e do que eu,
Ele diz, sempre que pode:
"O grifo é meu".

Seguro da descoberta
Qual um novo Galileu
Não contém o seu eureka:
"O grifo é meu"

MF. * "O grifo é meu"

Co-autoria
Millor Fernandes

Resumo

Mello GA. Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Sob o referencial da história das idéias, este estudo revisa o pensamento sanitário brasileiro, norteador pela figura do Centro de Saúde. A reforma do Serviço Sanitário paulista de 1925 e a instituição das Unidades de Saúde da Família em 1994 definem os limites gerais da revisão. Considera-se a possibilidade de que o discurso sobre o Centro de Saúde inaugurou uma nova era epistemológica na saúde pública, definida pela dimensão individual da “educação sanitária”, em detrimento da “medicina das cidades” ou “era bacteriana”. As novas concepções surgiram, sustentaram e foram sustentadas pelo deslocamento da influência política e intelectual francesa para os Estados Unidos, materializada nas ações da Fundação Rockefeller, tendo por base a Universidade Johns Hopkins. São Paulo foi uma das cidades escolhidas para investimento maciço, como “efeito demonstração” do novo ideário. Embora a atuação institucional da Fundação tenha tido escala planetária, a apropriação discursiva e adaptação local se mostrou mais precoce e coesa na América Latina, dando ensejo à criação e fortalecimento de um verdadeiro pan-americanismo na saúde pública, com a participação do Brasil. No país, o discurso da “era sanitária” e seus corolários “medicina preventiva”, “medicina integral”, “medicina comunitária” e atenção básica/primária”, foi clivado por três grandes matrizes políticas, que se sucederam e predominaram em momentos distintos: “pensamento clássico”, de matriz liberal e que dá significação cultural local às idéias que prevalecem no debate internacional a partir dos anos 1920; o “pensamento radical”, de matriz marxista, que aflora na segunda metade dos anos 1970, principalmente no seio da intelectualidade acadêmica; e o “pensamento comunitário” em saúde pública, de raízes no pensamento político da assistência social, estimulado pela estratégia da Saúde da Família nos anos 1990. O pensamento radical em saúde pública nasce sob incisiva oposição ao regime militar e ao pensamento clássico. Em sua matriz discursiva a “saúde coletiva” substitui as expressões anteriores e se concentra no determinantes sociais da saúde, relegando o debate setorial ao segundo plano. Embora sem a devida clareza, o pensamento comunitário recupera e busca atualizar muitas das concepções clássicas, sem fugir da composição com o discurso radical. Alguns conceitos originalmente ligados ao ideário dos Centros de Saúde se destacam ao longo do período analisado: integração (integralidade); descentralização (desconcentração); e socialização (universalidade). Num plano histórico mais abrangente, reconhece-se atualmente que a saúde pública brasileira esteve na essência de um projeto de construção nacional iniciado na Primeira República, mas efetivamente posto em ação na era Vargas. Os Centros de Saúde, hoje representados no ideário da Atenção Básica, não só participaram desta história, como, na realidade, lhe foram em grande parte seus protagonistas.

Abstract

Mello GA. Review of sanitary thought with a focus on Health Centre [thesis].
Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, SP (Brazil); 2010.

This study reviews the history of ideas in the public health of Brazil. The reform of the Health Service of Sao Paulo in 1925 and the establishment of the Family Health Program in 1994 set the general limits of the review. It considers the possibility that the discourse on the Health Centre inaugurated a new epistemological era in public health, defined by the individual dimension of "health education", to the detriment of the "medicine of the cities" or "bacterial era". New concepts emerged, sustained and were sustained by the displacement of French intellectual and political influence for the United States, embodied in the actions of the Rockefeller Foundation, based on the Johns Hopkins University. São Paulo was one of the cities chosen for massive investment, as "demonstration effect" of those new ideas. Although the institutional performance of the Foundation has had a planetary scale, the discursive appropriation and local adaptation was earlier and more cohesive in Latin America, giving rise to creation and strengthening of a true Pan-Americanism in public health, with the participation of Brazil. Nationwide, the "health education" ideas and its corollaries "preventive medicine", "comprehensive medicine", "community medicine" and "primary care", was cleaved by three major political perspectives that ensued and prevailed at different times. The "classical thought", in a liberal perspective, gave local significance to the ideas present in the international debate since the 1920s. The "radical thought", under a Marxist matrix, arose in the second half of the 1970s, especially within academic intellectuals, and "community thought" in public health, stimulated by the Family Health Program in the 1990s. The radical thought in public health movement was strengthened in opposition to the military regime and the classical thought. "Collective health" replaced the previous expressions and focuses on social determinants of health, relegating the services organization in the background. Although lacking the necessary clarity, "community thought" recovers and seeks to update many of the classical concepts, in composition with the radical discourse. Some concepts originally linked to the ideals of the Health Centers are highlighted throughout the studied period: integration (comprehensiveness), decentralization and socialization (universality). In a broader historical view, it is currently recognized the role of the Brazilian public health in the national identity construction started in the First Republic, but actually put into action in the Vargas era. Health Centres, today represented in the ideas of primary care, not only participated in this history, as indeed they were largely its protagonists.

Sumário

RESUMO

ABSTRACT

SUS 20 ANOS E A MEMÓRIA DO FUTURO	1
--	----------

PROLEGÔMENOS	5
---------------------	----------

A historiografia	6
------------------	---

O contexto Político-Sanitário	7
-------------------------------	---

O argumento	14
-------------	----

O enfoque	15
-----------	----

... no plano das idéias	16
-------------------------	----

... plano epistemológico	19
--------------------------	----

PARTE I - FUNDAMENTOS E CONTEXTOS	23
--	-----------

1. A HISTÓRIA QUE O SUS NOS CONTA E ALGUMAS POSSIBILIDADES ANALÍTICAS	25
--	-----------

Política e ciência: quando os paradigmas mudam	30
--	----

Implicações da demarcação conceitual: o exemplo da “saúde pública”	34
--	----

2. DO MERCADO À SAÚDE: O PANO DE FUNDO ROCKEFELLER	39
---	-----------

3. CENTRO DE SAÚDE E O DEVIR	57
-------------------------------------	-----------

Origens e propagação do Centro de Saúde	58
---	----

Origens e propagação dos CSs no Brasil	68
--	----

PARTE II - SÃO PAULO E O PENSAMENTO CLÁSSICO EM SAÚDE PÚBLICA: DO “SERVIÇO SANITÁRIO” AO “SISTEMA DE SAÚDE” (OU DA “HIGIENE À “SAÚDE COLETIVA”)	79
--	-----------

4. GERALDO DE PAULA SOUZA E A PRIMEIRA REPÚBLICA: EDUCAÇÃO SANITÁRIA E CENTROS DE SAÚDE DISTRITAIS	81
---	-----------

Geraldo Horácio de Paula Souza (e Francisco Borges Vieira)	87
--	----

Inserção na saúde pública	88
---------------------------	----

Os ideais da reforma do Serviço Sanitário paulista em 1925	91
--	----

Contextualizando a(s) reforma(s)	101
----------------------------------	-----

O caso do chenopódio	109
----------------------	-----

Um termo provisório para a transição	112
--------------------------------------	-----

5. BARROS BARRETO E A ERA VARGAS: CSS, CONSTRUÇÃO NACIONAL, BUROCRATIZAÇÃO E CENTRALIZAÇÃO POLÍTICA	121
--	------------

João de Barros Barreto	132
------------------------	-----

6. RODOLFO MASCARENHAS E OS ANOS 1950: PRIMAZIA POLÍTICA, RACIONALIDADE ADMINISTRATIVA, SOCIOLOGIA FUNCIONAL, EDUCAÇÃO MÉDICA E MEDICINA INTEGRAL	145
Rodolfo dos Santos Mascarenhas	162
7. REINALDO RAMOS E OS ANOS DE GUERRA FRIA: SESP, MEDICINA COMUNITÁRIA, DESENVOLVIMENTISMO E O OCASO DA LINHAGEM CLÁSSICA.	171
Reinaldo Ramos	177
8. TEMAS E CONCEITOS ESSENCIAIS AO DISCURSO CLÁSSICO: COORDENAÇÃO, INTEGRAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO, MUNICIPALISMO E SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA	181
O discurso da integralidade no pensamento clássico	181
A integração sanitária: coordenação e integração	185
Descentralização e Municipalismo	199
Socialização e universalidade	207
9. OS ANOS 1970 E O PENSAMENTO SANITÁRIO EM TRANSIÇÃO: SISTEMAS, ATENÇÃO PRIMÁRIA, SAÚDE COLETIVA E SÉRGIO AROUCA	213
Radicalizando o discurso na prática	216
Raízes de um pensamento radical	222
Carlos Gentile de Mello e Mário Magalhães da Silveira	226
Samuel Pessoa	229
O “dilema preventivista”: marco de coesão da Saúde Coletiva	233
Os intelectuais coletivos	236
PARTE III - AS LINHAGENS RADICAL E COMUNITÁRIA EM SAÚDE EM SAÚDE PÚBLICA: SUBSÍDIOS PARA HISTÓRIA	239
10. OS ANOS 1980-90: REFORMA SANITÁRIA E PSF	241
O pensamento radical em saúde pública	244
Pensando radicalmente a saúde pública	250
Grandes obstáculos	252
Do social, ao setorial, ao individual	255
O pensamento comunitário em saúde pública	257
Entre a teoria e a prática	260
Preventiva e comunitária	265
CONCLUSÃO	269
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	277

SUS 20 anos e a memória do futuro

Carta ao editor: em resposta ao artigo “Balanço da saúde pública nos últimos 20 anos”

Ilmo Sr. Editor C. Campos,

Realizamos uma leitura atenciosa do texto do renomado colega médico Marcolino Balatoffe sobre a saúde pública no Brasil nos últimos vinte anos. Sua análise é superior e mostra parte do árduo caminho trilhado por brilhantes profissionais, antes de tudo exemplo aos valores nacionais. Quando nos referimos ao texto como “parte do caminho”, gostaríamos apenas de acrescentar-lhe outro percurso pouco conhecido, se bem que mais antigo, de forma que sua contextualização seja mais abrangente, rendendo ainda outros créditos devidos. É honesto assumirmos que este relato está carregado de impressões pessoais baseadas em nossa experiência como médico da saúde pública, posto de observação ainda tão pouco convencional.

É certo que nestas duas décadas avançamos a passos largos em relação àquela velha forma de se atuar neste campo, não é possível negar. Diante do adiantado conhecimento científico que se avoluma, é de reconhecimento geral que entramos em uma nova fase da saúde pública neste país. Também é de conhecimento que há uma clara disputa entre a prática privada e aqueles que pensam numa medicina mais socializada, notadamente acerca da responsabilidade sobre a assistência clínica individual, historicamente pouco associada à saúde pública (Borges, 1943)¹. Aliás,

há um movimento no sentido de que esta própria separação entre medicina preventiva e medicina curativa caminha para perder sentido, especialmente nas áreas rurais (Barreto, 1939)².

Pois, a outra parte da história que gostaríamos de reforçar trata-se justamente das propostas de organização da saúde pública tendo os Centros de Saúde (CS) como “eixo da organização sanitária”, estratégia que possibilita superar várias das contendas entre grupos defensores dos serviços especializados (Souza, Viera, 1936). Embora alguns políticos e mesmos médicos importantes defendam o contrário, sua simplicidade é verdadeiramente revolucionária. Vários países já experimentam seus benefícios, ainda que sua organização esteja permeada pelos recursos e cultura local. No Brasil as experiências têm sido muito positivas (Agrícola, 1930). Estamos seguros de que aqueles que apregoam que tal sistema não serve justamente por se tratar de uma réplica importada de culturas alienígenas, na verdade o desconhecem em sua profundidade, pode-se dizer ainda que subestimam nossa história e a capacidade de elaboração de nossos médicos sanitaristas e doutores nas mais diversas ciências (Barreto, 1939)³.

Permita-nos delongar sumariamente neste quesito. Não se desconhece que é “responsabilidade dos governos promover e proteger a saúde do povo” (Barreto, 1937). Pois, o CS nasce justamente da necessidade de aproximar o serviço de saúde às necessidades do local em que se insere, facilitando sua utilização pelas pessoas daquela comunidade. Mais do que isto, “são organismos de ausculta directa das necessidades da população” (Souza, Vieira, 1936). Organizados “sempre de caracter ascendente” (Souza,Viera,1936), devem possuir uma equipe de múltiplos profissionais que se complementam em suas funções e que busca trabalhar de modo a abranger ao máximo as possibilidades de intervenção coletiva. Claro que alguns programas, sempre de braços dados com a educação em saúde pública, são prioritários. São exemplos o acompanhamento do pré-natal e da criança saudável, em muito facilitado pelo atendimento alternado entre médicos e enfermeiras (Barreto, Fontenelle,1935); vacinação; serviços de doenças contagiosas; doenças epidêmicas como a febre amarela e dengue; doenças de interesse social como tuberculose, lepra, doenças venéreas e tracoma; são elementos essenciais dos

serviços previstos (Agrícola, 1930; Barreto, 1937). A visitação domiciliária por agentes treinados, importantíssima, “é o grande elemento de ação sanitária” (Barreto, 1942). Do ponto de vista da saúde pública, ainda facilita muito a tarefa da notificação das doenças para o serviço de estatística, essencial para o planejamento dos serviços (Barreto, 1937).

Sabendo do interesse primário das pessoas, inclusive na função de estimular sua inserção e participação nos programas oferecidos, não ficou esquecida a medicina curativa. Tanto as nosologias já referidas quanto àquelas mais comuns no local específico devem ser resolvidas através de uma assistência médica de qualidade. Outros casos, é claro, devem ser encaminhados para os devidos serviços especializados, sem deixarmos de notar que isto tudo acaba se tornando um dilema para o meio rural. Sobre isto, foi atentado para a necessidade da coordenação e integração entre os serviços, incluindo aí os hospitais (Barreto, 1939). Esta integração é fundamental para que a saúde pública consiga operar com maior eficiência, evitando “duplicidade inútil” (Vieira, 1936). Talvez o maior desafio tenha mesmo sido, e seja ainda, a dificuldade no recrutamento de médicos e, especialmente, enfermeiras especializadas (Barreto, 1937; Uzêda, 1937). A descentralização em direção ao município também esbarra nas dificuldades econômicas locais, sendo que a parceria do estado essencial em seu financiamento (Agrícola, 1930).

Sabemos que nem sempre as práticas iniciadas conseguem alcançar a maturidade neste país, assoladas por descontinuidades tão caras aos processos históricos em geral e nossas disputas federativas em particular⁴. No entanto, as idéias atravessam épocas e se forem boas acabam retornando em uma forma ainda melhor. De qualquer maneira, os Centros de Saúde continuam desempenhando suas funções alhures por este imenso país e, não sem razão, parecem vir contribuindo de modo importante como alicerce da estratégia federal de saneamento e consolidação nacional através do Serviço Especial de Saúde Pública, sobrevivente do esforço de guerra para exportação de borracha.

Para finalizar, caro editor, e dentro do exposto, consideramos que a opção do colega Balatoff em privilegiar a política assistencial previdenciária na interpretação

da saúde pública no Brasil, exagera em parcialidade e, não obstante, contribui para a desvalorização e esforços de brasileiros excepcionais.

Cordialmente,

Dr. L. Nercessian

São Paulo, 25 de Novembro de 1968

¹ A extensão da assistência médica pela saúde pública tem um histórico de reações ferozes. Nos EUA, Winslow teve suas propostas denunciadas de "socialism and Bolshevism, inciting to revolution" pelo Journal of the American Medical Association (Winslow, 1947). Na Inglaterra, a instituição do National Health Service em 1948, planejado com a colaboração de comunistas, enfrentou a fúria da sociedade médica (Hart, 1998). No Brasil, mesmo Paula Souza, responsável pela introdução dos CS, defendia a natureza privada do cuidado médico, embora reconhecesse a "inevitável socialização para a qual caminha a medicina" (Souza, Vieira, 1936). Ver também Pascale (1951), Souza (1958).

² A referência mais antiga encontrada refere-se a Lord Dawson, que em seu informe de 1920 sobre "serviços médicos e afins" preconiza: "La medicina preventiva y la curativa no pueden separarse en virtud de ningún principio sólido, y en cualquier plan de servicios médicos deben coordinarse estrechamente." (Dawson, 1920). Em 1930, Plácido Barbosa perguntava: "Como separar a medicina da medicina curativa?". Os pontos de vistas sobre a inclusão ou não da medicina curativa foi defendida em termos da visão dualista, com serviços separados (Barreto, 1939) ou unicista, que acabou vitoriosa (Mascarenhas, 1954, 1964). Ver também Reinaldo Ramos (1972), Cap. III.2 – A função curativa do centro de saúde.

³ Contraposições a tal visão foram uma constante desde o seu início (Cortez, 1926). Barros Barreto (1957) faz uma defesa veemente da especificidade brasileira ao responder críticas do então Ministro da Saúde Aramis de Athayde de que o modelo administrativo sanitário era inadequado por se tratar de uma cópia dos Estados Unidos.

⁴ Vergílio de Uzeda (1937), sobre sua saída da direção do Serviço de Saúde Pública do Ceará, lembrando a "[...] noção corrente de que cargos públicos são sinecuras e as repartições são verdadeiros pensionatos para inválidos [...]", manifesta: "Faço votos por que as administrações futuras, seguindo a orientação dos modernos sanitaristas brasileiros, não mutilem a organização sanitária de 1933, passível apenas de ampliações". Rodolfo Mascarenhas (1949) seria incisivo contra a "politicalha" da saúde pública, que dificultava a continuidade das ações. Foi também um dos que mais fundamentou a questão das disputas federativas na saúde pública.

Prolegômenos

Em 1988 o país tomou uma decisão arrojada de tornar constitucional a organização de um sistema de saúde público e universal que viria a se materializar no Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 1988). A dinâmica estabelecida de participação da sociedade civil e a resultante nos desígnios constitucionais sem dúvida fez da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, o grande marco neste processo.

Em meados da década de 1990, o SUS traçou sua mais radical opção ao reorientar o sistema a partir da “Atenção Básica” (AB) através do Programa de Saúde da Família (PSF); ruptura política que causaria estranhezas até mesmo no interior do chamado movimento de reforma sanitária (Brasil, 1997; Viana e Dal Poz, 2004). Aos rústicos e resolutos Centros de Saúde conferia-se, enfim, uma notável distinção no sistema, centralizando-os em um novo ciclo de disputas ideológicas e tecnológicas, agora já transmutados em Unidades de Saúde da Família (USF).

Estes marcos, também outros de menor significância, têm sido amplamente caracterizados pela idéia de “mudança de paradigma” na saúde. Por vários motivos, entre eles nosso baixo apreço histórico, a 8ª CNS acabou, por assim dizer, se tornando uma espécie de marco zero da política de saúde pública brasileira; o que naturalmente retrocede o debate histórico na saúde pública para pouco além de suas fronteiras. Quando o faz, usualmente convergindo para a história das políticas previdenciárias.

Por outro lado, nos últimos anos a Primeira República vem sendo revelada como um dos períodos mais fascinantes da história da saúde pública brasileira, época em que foram traçadas idéias decisivas que orientaram o destino da saúde pública no país. Uma delas, a estruturação dos serviços sanitários através dos Centros de Saúde distritais (CSs), constitui-se num dos mais interessantes capítulos desta história.

Importada primeiramente por Paula Souza e Borges Vieira para São Paulo, a proposta da instituição dos CSs no Brasil trazia consigo um pacote de mudanças de abrangência muito maior do se poderia prever ao primeiro olhar. Compreendiam questões de ordens políticas e tecnológicas que ao longo do tempo efetivamente conformaram um novo campo ideológico e epistemológico para a saúde pública brasileira. Em maior escala, somariam forças para forjar em definitivo a liderança norte-americana no cenário mundial da saúde. Esse novo “systema” deve, pois, ser compreendido dentro do contexto político e epistemológico em que se estabeleceu e caminhou até o SUS. Este será meu desafio adiante.

A HISTORIOGRAFIA

Uma produção histórica de excelência vem sendo produzida nos últimos anos sobre o pensamento político na saúde pública brasileira, tendo em Luiz Antonio de Castro Santos um de seus pioneiros, cuja caracterização dos movimentos de saúde pública como parte expressiva da estratégia de construção nacional abriu visada para muitos outros questionamentos. Parte importante do conjunto mais recente dessas obras está relacionada às investigações de autores ligados à Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz), como Nísia Trindade, Cristina Fonseca, Jaime Benchimol, Gilberto Hochman, André Campos, Luiz Antonio Teixeira, entre outros. De modo mais difuso, foram produzidos estudos de peso sobre a história da saúde pública paulista, ora com o foco mais aberto como o “inventário” de Maria Alice Ribeiro (1993), ou Rodolpho Telaarolli (1996) com as epidemias e disputas federalistas na formação dos serviços sanitários paulistas; ora concentrado nas relações institucionais ou personalidades, como em Benchimol e Teixeira (1993) sobre a relação de Arthur Neiva e Carlos Chagas com foco no Instituto Butantan; Lina Faria (2007) e o Instituto de Hygiene;

Marta de Almeida (2003) sobre Emílio Ribas; e Luiz Antonio Teixeira (2007) sobre a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Em um corpo historiográfico anterior encontram-se obras com focos e qualidade variáveis, cujas maiores identificações estão na órbita médica comum e no surgimento fora dos círculos históricos específicos, muitas vezes ligados aos próprios departamentos de medicina (incluindo autores médicos). Algumas vezes a fragilidade metodológica lhes confere maior importância como fonte documental do que histórica propriamente. Dos paulistas, a tese de Rodolfo Mascarenhas (1949) sem dúvida se mantém como o documento histórico mais importante. Três revisões concisas sobre estes estudos podem ser encontradas em Telarolli (1996), Almeida (2003) e Ribeiro (2006). Nunes (2000) também apresenta um texto específico, embora funcione mais como um apanhado resenhístico. Um olhar atento irá revelar que a crítica sobre a inconsistência metodológica que se faz a esse corpo historiográfico geral diz respeito ao que poderia ser englobado fundamentalmente pelo baixo compromisso com sua contextualização epocal.

O CONTEXTO POLÍTICO-SANITÁRIO

A temerosidade da situação sanitária brasileira no início do século XX e suas implicações comerciais sobre um país agro-exportador já se tornou senso comum, embora seja menos evidente o fluxo de imigrantes como importante motivação para o saneamento dos portos (Ribeiro, 1993, Cueto, 2007). Oswaldo Cruz recebera a autorização para o saneamento da capital justamente porque o paulista Rodrigues Alves, então Presidente da República, conhecia os resultados alcançados por Emílio Ribas no saneamento de Santos, por onde aportavam os imigrantes.

Mas não se pode dizer que deste saneamento das cidades medrou uma cultura política, ou técnica sobre a necessidade de organização sistemática de um serviço sanitário integrado com a assistência clínica. Entretanto, foi o suficiente para motivar gerações de sanitaristas a construir tal cultura. Individualmente os dois mais brilhantes discípulos de Cruz travariam uma velada disputa pessoal pelo espólio simbólico daquele, cujo entusiasmo e capacidade de trabalho seriam bastante

benéficos ao movimento sanitarista. Arthur Neiva, em companhia de Belisario Penna, disparou toda uma era sanitária com o relatório de sua “viagem científica” aos sertões (Neiva, Penna, 1916; Hochman, 1998), além de promover uma incisiva reforma sanitária em São Paulo, onde pretendia superar Manguinhos através do impulso tecnológico do Instituto Butantan (Benchimol, Teixeira, 1993). Carlos Chagas projetou como ninguém a ciência brasileira no cenário internacional e, como o falecimento de Rodrigues Alves antes do segundo mandato, assumiu o lugar que seria de Neiva junto à Diretoria Geral de Saúde Pública, estabelecendo uma reforma federal em que nasce o Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, vindo logo a se inteirar das novas tecnologias de Johns Hopkins. Entretanto, não fora ainda tempo de maturar a coordenação dos serviços; nem de longe lembrando um desenho complexo que abarcasse a medicina assistencial como a idéia de Dawson na Inglaterra (Informe, 1964) – é certo que também nos faltava “povo” naquele tempo. Apesar de todos os esforços, infelizmente Neiva e Chagas simbolicamente apagam as luzes de uma era de influência francesa.

Se a vinda da Família Real instituíra ao Brasil uma pátria, ainda não foi o caso de se resolver o problema da falta de um “povo” brasileiro (Carvalho, 2003). Sem povo não poderia haver nação; e o imobilismo popular e a passividade política, diriam, eram resultados deste fraco sentimento de nacionalidade. A isto se deveria aspirar, não uma nação qualquer de Jecas-Tatus, mas um Estado-nacional saudável e forte, de preferência formado por cidadãos-soldados (e soldados-cidadãos). Positivismo e darwinismo social que buscava a evolução da sociedade na “ordem e progresso”. Diante de tamanha avidez nacional, Miguel Pereira, para assombro geral, solta o segundo brado retumbante da nação, talvez mais original e mobilizante do que o primeiro: “O BRASIL É UM IMENSO HOSPITAL” (Pereira, 1922). O eminente médico fluminense Afrânio Peixoto fez eco lembrando aos incautos de que os sertões adoecidos começavam logo ali, para os lados da Avenida Central (Hochman, 1998). O estado – diga-se classe dominante – definitivamente percebia a importância investir erário público em ciência e saneamento.

Franzindo a testa alguém se questiona: por que, num momento em que inexistiam movimentos sociais organizados com demandas em saúde, o governo republicano

manteve políticas de saúde pública que extrapolavam o saneamento dos portos? De que maneira teria sido possível o estabelecimento políticas nacionais dentro do desenho federativo constitucional de 1891 – mais ainda: públicas e estatais? Por que motivo as elites permitiram e apoiaram gastos consideráveis para políticas sociais para as quais não havia demanda popular? Que fatores foram decisivos nas diferenças observadas de desenvolvimento sanitário nos diversos estados? Inesperadamente – na medida em que as organizações sindicais e partidárias de esquerda se fortaleciam com o fluxo imigratório, explicitada pela greve geral operária de 1917 –, como a parceria governamental com agências capitalistas centrais pode ter ocorrido sem grandes resistências do pensamento esquerdista por tantos anos? Gilberto Hochman (1998) fornece a liga para a massa: “interdependência sanitária”.

Segundo descreve, a sensação coletiva da “interdependência sanitária” teria se consistido na grande força motriz do desenvolvimento da saúde pública, levando à anuência das elites com os gastos públicos em bem-estar coletivo, uma vez clareado a ineficácia das soluções individuais, filantrópicas ou comunitárias para se evitar o “mal comum”. Neste caso, somente o financiamento público com a burocracia e poder coercitivo estatal poderiam regular políticas permanentes que controlasse seus efeitos nocivos, ou seja, o custo de “não fazer” sobrepujaria em muito o custo de uma intervenção de natureza pública e estatal. Se o “dia dos mil mortos” já não mais assustava¹, a gripe espanhola veio para convencer aos mais céticos que sim.

O nacionalismo do movimento sanitarista, apontado pela literatura, deve ser entendido, agora, como a descoberta da nação a partir da consciência da interdependência social promovida pela doença. O movimento sanitarista saturou a sociedade brasileira a partir de dois eixos complementares que o definiram: o hospital e os sertões (Hochman, 1998:79)

Na esteira das transformações mundiais provocada pela Primeira Grande Guerra, as novas gerações de republicanos e militares ebuliam o cenário contra a degeneração política que sobreveio ao império (Torres, 1978; Cardoso, 1990; Viana, 2005; Pereira

¹ Dia 10 de dezembro de 1878, quando no pico de uma epidemia de varíola em Fortaleza se contabilizaram 1004 mortes. Ver Lira Neto (1999)

Barreto, 2007). Sacudido pela cultura imigrante São Paulo não podia parar, e com sua disposição à liderança reclamava sua modernidade antropofágica. Enfim, aquele era um momento especialmente propício ao novo e à ciência, e foi neste panorama que a parceria oferecida pela Fundação Rockefeller pareceu mais lustrosa e os ares científicos de Johns Hopkins adquiriram um brilho mais reluzente. Sem demora aportou em nossas docas diretamente de Baltimore o ideário “científico” da organização sanitária, sob a benemerência daquela instituição, que, na verdade, também percorria os olhos em busca de uma cidade latino-americana para tornar modelo regional. Deste difícil namoro nasceria o segundo marco zero da saúde pública nacional: os CSs distritais.

Ao contrário do que Castro Santos (1985) inicialmente pensara, novos estudos mostram que a era Vargas não perdeu o ímpeto sanitário de construção nacional observado na Primeira República, transferindo-os para as fronteiras. Pelo contrário, a idéia foi ampliada dentro de uma coordenação centralizada que teve naturais dificuldades em negociar com a autonomia federalista, com a alternativa de penetração territorial via financiamento público – e CSs. Uma diferença marcante em relação às fases anteriores foi a institucionalização burocrática das ações (Fonseca, 2007), entre as quais uma decisão repercutiria de forma decisiva no campo em estudo: a separação política entre saúde pública (Ministério da Educação e Saúde Pública) e assistência médica previdenciária (Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio). Gustavo Capanema e Barros Barreto foram os maiores artífices da saúde pública varguista.

Acompanhando o ritmo do país, a década de 1950 assiste uma inflexão do debate em saúde pública – mas também como reflexo dos movimentos internacionais neste campo, fundamentalmente ligados aos EUA/Rockefeller. Nesta mesma época as identificações e afinidades entre as matrizes históricas do pensamento político e social começam a se cristalizar no Brasil, tendo no nacional-desenvolvimento seu grande ideário (Brandão, 2007:36). Noutra frente, a criação do Ministério da Saúde extingue uma era de comando da saúde pública personalizado em sanitaristas ao levar as decisões em definitivo para a arena política, que neste momento já comportava partidos com abrangência nacional (Hamilton, Fonseca, 2003). O

político e o científico experimentam alguma relação de autonomia. A corrente de sanitaristas que se concentrava na organização local dos serviços tende a seguir o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que reivindicando o estamento científico, desfaz-se das amarras políticas partidárias e integra o modelo dos CSs em sua política de interiorização do Estado pelos mais diversos rincões do país – independência política que seria sua fortuna e sua fatalidade. Mário Pinotti, malariologista que fez fama à frente do Serviço Nacional de Malária e depois no comando do poderoso Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNRu) e Ministério da Saúde, imprimiria o tom das grandes intervenções e realizações, bem ao gosto nacional do momento (embora com menor visibilidade, a ação do SESP também crescia e se solidificava com o apoio estatal).

Iniciantes e ainda correndo por fora, duas correntes de pensamento político e social tomavam forma na saúde pública. De um lado, Durval Rosa Borges atentava para a inevitável socialização da saúde, clamando aos médicos que assumissem o “[...] destino da medicina no Brasil” e sua “[...] sobrevivência como profissão liberal [...]”, particularmente pelo controle das políticas previdenciárias assistenciais que ganhavam força no pós-guerra, mirando-se na seguridade inglesa de Beveridge (Borges, 1943:8, 1948). Grosso modo, predominava a opinião de que em um país capitalista seria natural que a assistência médica permanecesse com a iniciativa privada, particular ou em grupo, opinião compartilhada, com as devidas ressalvas, inclusive pela visada radical (questão abordada no tópico “socialização da saúde”).

O que se seguiu na prática – e incorre-se em crasso equívoco coaduná-lo ao pensamento sanitarista epocal – foi um elenco de decisões políticas alentadas de um lado pela inevitabilidade em se definir pelo pólo capitalista em um mundo polarizado, e de outro pela cultura empresarial atuante no campo da saúde – indiferencável do histórico sincretismo liberal aplicado no país às relações público-privadas (Santos, 1978). As prioridades políticas entre a assistência previdenciária e a saúde pública propriamente dita estão bem representadas no financiamento estatal, cujos traços concorrem até se cruzarem em 1966 (Possas, 1981). A partir daí o financiamento previdenciário viria preponderar, roubando a cena nas décadas seguintes a favor da construção de uma “saúde” assistencial, curativa e baseada na

compra de serviços médicos para o “público” trabalhador e dependentes. Em meados da década de 1970 o financiamento estatal em saúde contabilizaria mais de 90% dos recursos para a previdência em relação ao Ministério da Saúde, sendo que o orçamento geral da área só perdia para o da própria união (Escorel, 1999). Durante o regime militar, houve intenso patrulhamento do discurso político-social, com intervenções em universidades, profissionais perseguidos e epidemias ocultadas (Fernandes, 1984)². As políticas previdenciárias em saúde não serão revisadas neste trabalho, até porque dificilmente contribuiria com a excelência dos estudos existentes, em que se destacam Amélia Cohn (1981), Cristina Possas (1981), Hésio Cordeiro (1984), Jaime Oliveira e Sonia Fleury (1985) e José Braga e Sérgio de Paula (1986).

De maior interesse ao escopo do estudo, nos anos 1950 também se modelava um pensamento radical na saúde, que pode ser representado por uma das figuras mais singulares da saúde pública brasileira: Samuel Pessoa, ex-bolsista da Fundação Rockefeller e ex-Diretor Geral do Serviço Sanitário paulista. Como intelectual trilhou uma das mais brilhantes carreiras científicas do país, enquanto, levantando a bandeira comunista, pregava a reforma agrária como principal fator de saúde para a população dos sertões. Das ações específicas em organização sanitária, reproduzia criticamente as idéias clássicas dos CSs distritais coordenados com unidades hospitalares (Pessoa, 1949). Influenciado pelo pensamento de Celso Furtado, mais à frente Mário Magalhães sobressairia com uma retórica radical, flertando com o discurso comunista que o cercava, renitindo a saúde como um problema de superestrutura (Silveira, 2005:45). A década de 1960 caminharia em direção ao planejamento e educação médica.

Aquela forma de pensamento clássico da saúde pública ligada aos CSs, assim como o SESP, não sobreviveriam por muito tempo com a queda do regime militar instaurado em 1964. A exemplo da herança maldita de Vargas, não encontrou quem lhe assumisse a continuidade ou mesmo lhe assenhoreasse o patrimônio conscientemente. Os anos 1970 testemunharam a floração de um pensamento

² Um dos eventos mais marcantes foi o denominado “massacre de Manguinhos”, com repercussões epidemiológicas drásticas (Azevedo, 2007). Sobre a censura à epidemia de meningite em São Paulo, ver Rita Barata (1988).

esquerdista no campo da saúde que inicialmente transitava entre referenciais de Ivan Illich, Paulo Freire, Che Guevara, Marx, teologia da libertação entre outros. Invertia-se a ordem do discurso e definitivamente o político impunha sua prioridade sobre o acadêmico. Um ramo menos visível e mais pragmático gerou um movimento municipalista de base, organizado por secretários municipais de saúde, que conquistou – e ampliou – seu espaço efetivo na 8ª CNS. Com dinheiro do tesouro municipal investido em redes próprias de CSs, se mobilizaram em torno de fóruns independentes que culminaram na instituição dos conselhos estaduais e nacional de secretários municipais de saúde (Cosems, Conasems). Esta corrente viria conquistar, para desconsolo de outros intelectuais coletivos, assento próprio na mesa oficial de negociações políticas da saúde.

Coabitando e dividindo espaços e personagens com o municipalismo, foi-se definindo uma corrente mais teórica que radicalizou o discurso sobre uma matriz comunista reafirmada em Gramsci, influenciados principalmente pelo médico e político italiano Giovanni Berlinger e o argentino Juan César Garcia. Sérgio Arouca lhe forneceu o marco epistemológico e Cecília Donnangelo, em São Paulo, seus acadêmicos mais combativos. Buscando unidade nos intelectuais coletivos CEBES (1976) e Abrasco (1979), essa corrente entabulou a idéia-força de uma “reforma sanitária”, dando novo vigor acadêmico e social ao então contido debate social em saúde pública. Como o tempo, o discurso do “movimento reforma sanitária” foi sendo distanciado das correntes municipalistas e comunitárias que lhe somaram esforços na 8ª CNS. Assim, a opção radical pela via burocrática da guerra de posições e produção acadêmica de material ideológico, não só cingiria o “movimento” a um corpo intelectual orgânico cada vez mais auto-referenciado e seletivo, como cobraria o preço da tão sonhada parceria com o operariado. Além disto, a amplitude de seu discurso político-social e objetivo de reformas estruturais cresceriam na ordem inversa da dimensão setorial e prática.

De meados dos anos 1970 até o PSF, pode-se dizer que o discurso do CS como instituição entrou em certa latência, anuviado de um lado pelo discurso radical, preocupado primariamente com mudanças nas estruturas sociais, e de outro pelo discurso comunitário, mais interessado na longa e inglória reforma da educação

médica, do que propriamente em atualizar os conceitos relativos aos CSs. Com isto, em São Paulo, os princípios fundamentais que norteavam historicamente os CSs atravessaram com relativa calma as turbulências vividas noutro plano, ora agregando pontualmente novas propostas sobre às existentes (Nemes, 1990), ora aprofundando referenciais para uma leitura das tecnologias e relações de trabalho mascaradas no senso comum e dinâmicas do serviço (Mendes, 1994). Mas nada que o redefinisse historicamente.

Essa corrente de pensamento a que denomino “comunitária”, tanto mais ampla quanto menos definida, simpática ao discurso radical, manteve-se flutuando num tipo de radicalismo democrático e eclético, ou como diria Brandão (2007:37): numa linha “[...] socializante, quase sempre socialista, de matriz liberal, por vezes constitucionalista”. Mais pragmática do que teórica, caminhou ligada ao ideal da medicina comunitária e operacionalização das políticas de saúde instituídas. Também sujeita à rejeição histórica do discurso e produção radical, conseqüentemente desbotada em sua própria memória, com o tempo passou a perceber na Atenção Primária a Saúde difundida em Alma-Ata (WHO, 1978) seu passado mais distante.

Desta relação dialógica e dialética, de conflitos e afinidades eletivas, surgiria o PSF, deixando atônita uma parte da radicalidade surpreendida pelo “novo discurso” de reorganização do sistema de saúde pública através das Unidades de Saúde da Família; renovando como nunca o *status* do CSs.

O ARGUMENTO

A partir década de 1920 a saúde pública brasileira passou ter a idéia dos Centros de Saúde distritais como “eixo da organização sanitária”. Inserida num contexto de pensamento pan-americano, esta opção trouxe profundas implicações de ordem epistemológica e ideológica, consolidando a liderança continental – e mundial – estadunidense também neste campo. Dentro de uma verdadeira abrangência do que hoje se refere a “sistema de saúde”, a idealização dos CSs foi fortemente moldada no discurso orgânico da era Vargas, exercendo papel substantivo na sua estratégia de desenvolvimento e unidade nacional – o que, por conseguinte, lhe conferiu

identidade própria. Preservando sua matriz liberal e orientação por classe social, os CSs sempre estiveram no centro do pensamento sanitário brasileiro, sob a perspectiva da organização assistencial na saúde pública. Sua figura discursiva foi eclipsada nos anos 1970-80, seja pelo regime militar e sua prioridade pela compra de serviços médicos privados no âmbito da previdência; seja pelo pensamento radical prevalente e sua premência pelo discurso político e reforma social mobilizada pela da saúde pública. Independente da visibilidade histórica as idéias ligadas aos CSs caminharam de forma resoluta, alcançando sua matriz discursiva para o “paradigmático” PSF/USF.

O ENFOQUE

A criação dos CSs pela reforma do Serviço Sanitário de São Paulo em 1925 e a instituição das USF (PSF) definem limites cronológicos dinâmicos deste estudo³. Insinuando uma escala logarítmica, em que importam sobremaneira as particularidades iniciais, concentro-me mais detalhadamente no jogo da transição político-epistemológica dos anos 1920 e influência do ideário varguista nos novos conceitos que se acumulam: institucionalização/burocratização; unidades locais de saúde, participação comunitária; coordenação e integração dos serviços; papel setorial no desenvolvimento sócio-econômico; descentralização/desconcentração, planejamento etc. A abordagem do período que se liga mais diretamente ao SUS, ou seja, aquele que sobrevém à 8ª CNS, por sua contemporaneidade não pretende ir além de um “subsídio para a história”. Fundamentalmente suportado por fontes secundárias, reconheço este estudo como uma grande revisão histórica, sem pretensões de ser sistemática. Segue-se em dois planos:

³ Ao situar o CS e a USF como limites do recorte temporal, estabeleço uma analogia que designa uma natureza de igualdade entre os objetos, embora não expressada formalmente. Nada mais enganoso. Sem refutar que o CS esteja na origem da USF, o debate original tinha por finalidade um completo reordenamento do pensamento e práticas sanitárias coletivas e individuais de uma época. Portanto, estaria mais próximo da discussão de organização do “sistema” de saúde do que da preconizações operacionais prevista para os CS/USF com hoje se vê.

... no plano das idéias

A história dos CSs distritais, como de resto a saúde pública brasileira em geral, é caracterizada por iniciativas políticas sobre as quais pairaram pouca demanda popular, o que inversamente lhe confere origem eminentemente nas iniciativas das classes políticas e elites intelectuais. Equivale dizer que sua trajetória é em parte substancial subscrita pelo embate de idéias político-científicas, deixando a história do discurso numa perspectiva atraente para recordá-la.

O trabalho de Gildo Marçal Brandão foi decisivo nesta opção metodológica de buscar as matrizes do discurso em saúde pública. Conforme assinala, a busca pelas referências mais expressivas não significa reduzir o pensamento ao um grupo, ou qualquer desatenção para o papel dos autores secundários na rotinização ideológica, ou na organização mais complexa do campo. Significa buscar as idéias “[...] mais coerentes, mais amplas, mais profundas e mais autônomas – de revelar a natureza de uma época e a consistência de uma concepção política [...]”; idéias capazes de influenciar os homens de uma época (Brandão, 2007:42). Buscar por matrizes do discurso significa ir atrás das “[...] ‘formas de pensar’ subjacentes – estruturas intelectuais e categorias teóricas, a partir das quais a realidade é percebida, a experiência prática elaborada e a ação política organizada”; isto é, de estruturas intelectuais como “*a priori* analíticos” (2007:30).

Este autor recupera de Oliveira Viana o “idealismo orgânico” e o “idealismo constitucional” como as famílias intelectuais mais antigas a exercerem influência – ou pelo menos afinidades eletivas – no pensamento social e político brasileiro. Na essência do litígio entre elas sempre esteve o papel do Estado, envolvendo em primeiro plano a questão da centralidade político-administrativa. Estas famílias de pensamento político viriam ser contrapostas por ideais antiaristocráticos que Antônio Cândido tomou por “pensamento radical de classe média” (1988) e uma tendência radical mais definida expressa por Brandão (2007) como “pensamento marxista de matriz comunista”.

Pois que os espaços acadêmicos da saúde pública estiveram, como poucos, atrelados ao debate político. Dificilmente se conseguiria entender sua base conceitual sem o

contexto político em que se formou. Emílio Ribas foi sócio fundador do Clube Republicano de Pindamonhangaba; Belizário Penna em sua luta por uma nação forte e saudável vinculou-se ao movimento integralista; Paula Souza, embora sinalizasse sua auto-imagem pelo “cientista”, trazia um Partido Republicano Paulista congênito em cada gota de seu sangue; Barros Barreto em seu status de ministro e professor teria sido mais médico ou político (o mais orgânico entre os orgânicos)? O que dizer da dimensão política do pensamento radical de base marxista (científico por parte da saúde pública e do próprio marxismo)?

As duas maiores rupturas ocorridas no discurso da saúde pública brasileira no século XX estiveram precipuamente ligadas às intencionalidades políticas, tendo o discurso acadêmico/científico como corolário. Menos perceptível, por isto reproduzido primariamente como ruptura acadêmica, foi o modo como se inseriu o pensamento roquefeleriano entre nós na década de 1920. O discurso radical em saúde pública dos anos 1970-80 não deixaria dúvidas sobre suas intencionalidades, embora, lembrando de certo modo a transição das arenas decisórias ocorridas com a criação do Ministério da Saúde, com alguma relutância em deixar o espaço acadêmico como posto de enunciação. Portanto, assumindo suas inespecificidades, ramificações e afinidades eletivas, pode-se pensar grosseiramente em duas grandes correntes políticas em saúde pública no século XX: uma assentada em bases liberais⁴ do pensamento republicano; e outra contrapondo este discurso com os ideais marxistas.

No primeiro caso, linhagem “conservadora” naturalmente foi a primeira denominação que me pareceu apropriada, até porque era esta a expressão que a elite republicana utilizava em referência a si mesma⁵. Não que não se aplique, mas tal rótulo daria grande margem a uma conotação meramente anacrônica e obtusa, com pouco espaço para o reconhecimento de que muitos de seus protagonistas foram verdadeiros homens de vanguarda, em batalhas incessantes contra o seu tempo, na árdua missão modernizadora de saneamento e construção nacional. Uma alternativa mais honesta me pareceu reuni-los sob o rótulo de linhagem “clássica” em saúde

⁴ Sem desconhecer o universo que isto representa (Santos, 1978), o principal sentido empregado neste texto é a preconização da assistência médica individual como atributo da iniciativa privada.

⁵ Ver Correa (1976), Love (1982).

pública, como usualmente nos referimos às escolas passadas e iniciais⁶. Destacam-se uma plêiade de pioneiros como Emílio Ribas, Oswaldo Cruz, Clementino Fraga, Carlos Chagas, Belisário Penna, Arthur Neiva e Plácido Barbosa. Segue-se uma nova geração com José Paranhos Fontenelle, Geraldo de Paula Sousa, Ernani Agrícola, Amaury de Menezes, João de Barros Barreto, Marcolino Candau, Rodolfo Mascarenhas, Celso Arcoverde, entre tantos.

Entretanto, contextualizar identificações políticas e afinidades eletivas inseridas no discurso da saúde pública não significa que haja alguma pretensão em buscar o fundamento filosófico último capaz de fechar questão sobre a pretensa filiação de um autor a esta ou aquela corrente, quantificando o impossível, até para não concorrer com Sísifo. Mas, tão somente qualificar o suposto das continuidades e descontinuidades históricas que em saltos contaminam conscientemente ou não novas gerações de pensadores e processos políticos. Neste objetivo, me utilizo da leitura de Marçal Brandão como baliza mestre.

Antes de tudo me interessam os conceitos em saúde pública: as condições de surgimento e permanência; em que medida os ícones foram influenciados por esta ou aquela forma de pensar; ou como as práticas discursivas atravessaram e foram atravessadas por eras de conhecimento. Neste intento o contextualismo histórico de Skinner (1969) e a história dos conceitos de Koselek (1992) forneceram os fundamentos teóricos. Ginzburg (2009) agracia com elementos de sua micro história indiciária.

Neste intento, não pude me furtar ao enfoque substancial do pensamento originário no pólo Rio - São Paulo que, como na política e economia do século XX, também concentrou os principais exemplos, autores e periódicos em saúde pública. São Paulo, em sua singularidade acabou privilegiado, seja em função de ter se conduzido como a “locomotiva da nação” (Love, 1982; Hochman, 1998); ou pelo pioneirismo na América Latina (Souza, Vieira, 1936); por sua autonomia política, iniciativa e

⁶ Aqui e ali aparece a expressão “clássica” ligada às questões sanitárias do início do século XX, embora não implique em sistematização. Um exemplo aparece em Hochman (2000:175): “De modo geral, os autores elaboram um periodização sobre as conferências na qual a primeira e a segunda, realizada em 1950, aparecem como expressão do sanitarismo clássico [...]”.

capacidade de trabalho (Hochman, 1998); pela amplitude alcançada pelo serviço sanitário no estado e representação nacional (Castro Santos e Faria, 2002); ou, principalmente, pelos investimentos externos concentrados como estado “demonstração” para as demais unidades federativas (Faria, 1995a, 2005). Por se tratar de uma época em que o pensamento político-científico em saúde pública se confiava ao notório saber do proeminente sanitarista, em práticas artesanalmente transmitidas entre gerações, optei por apresentar este período através do discurso de uma breve dinastia de eminentes sanitaristas.

Por outro lado, a inserção da Fundação Rockefeller na saúde pública brasileira, ao seu tempo, repercutiu de forma dramática em todos os cantos do país, dentro de uma estratégia maior de se consolidar como principal referência latino-americana – e mundial – neste campo. Para isto selecionou médicos e forneceu bolsas de estudos para pós-graduação nos EUA, num intensivo processo de integração intelectual que rapidamente semeou uma espécie de pensamento único no campo da saúde pública pan-americana. A complexidade destas relações interamericanas impôs em alguns momentos abrir o leque geográfico para iluminar minimamente a rede de interações que influenciou nos contornos deste debate brasileiro e paulista.

... plano epistemológico

Foucault parece ter sido o primeiro a defender a tese de que o capitalismo teria operado na transformação de uma medicina privada (individual) em direção à medicina coletiva, e não ao contrário como se propunha. Nesta direção visualizou três movimentos principais na saúde pública: medicina de Estado (alemã, início do séc. XVIII); medicina urbana (francesa, final do séc. XVIII); e medicina dos pobres e da força de trabalho, surgida na Inglaterra do séc. XIX. Estas etapas teriam conferido uma ordem de medicalização do Estado, da cidade e do operário, neste caso pelo controle social do corpo como unidade bio-política (Foucault, 2000).

Na leitura de Winslow (1923, citado por Mascarenhas, 1949)⁷ a saúde pública teria se desenvolvido como saneamento empírico do meio ambiente entre as décadas de

⁷ Winslow C-EA. The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. Yale University Press; 1923.

1840-1890; controle científico de doenças infecto-contagiosas pela aplicação da bacteriologia de 1890 a 1910; e período moderno a partir de 1910, fundada na educação sanitária.

Note-se que a visão de Foucault está pautada pela leitura política, enquanto que a de Winslow pelo olhar científico. Mas, como negar os avanços científicos da bacteriologia de Pasteur ou da epidemiologia de John Snow, e mesmo da educação sanitária como tecnologias em saúde. Inversamente, como negar que o CSs e a educação sanitária afloram como medicina de classe? Em saúde pública, política e ciência acabam se comportando como alteridades imanentes – embora haja um capital simbólico envolvido na posição em que o discurso se coloca frente a cada situação. Sem me ater à questão da medicalização e controle dos corpos – como lembra Castro Santos (2007), uma espécie de “camisa de força” na leitura política sectária da América Latina –, me pareceu coerente com os objetivos deste estudo estabelecer uma composição para o contexto brasileiro: medicina de Estado/empírica coincidente com o período monárquico e a medicina das cidades representada na era bacteriológica de Emílio Ribas e Oswaldo Cruz, já em tempos republicanos. Mascarenhas preferiu vê-la como “fase do policiamento sanitário” (1949:208).

Enfim os CSs nos teriam paulistamente introduzido na medicina do pobre e da força de trabalho de Foucault, ou da “era educação sanitária” de Winslow – designação mais apropriada ao enfoque deste estudo –, com a responsabilização individual pela saúde coletiva⁸. Outras fases ora mais ora menos importantes se apresentaram no decorrer do século XX, mas nenhuma com a intensidade dessa última. Medicina integral, medicina coletiva e comunitária, embora de grande relevância discursiva, é possível assumir que tenham funcionados mais como ressignificações epocais daquela original, enquanto que a Atenção Primária à Saúde aparece com maior autonomia, mas também sem rupturas essenciais com os preceitos estabelecidos. A determinação social do processo do adoecimento rompe em determinado sentido,

⁸ Não sem razão, Paula Souza direcionou suas atividades justamente para a medicina do trabalho, contribuindo na criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT), cujo principal objetivo centrava-se no incremento na capacidade produtiva através da qualidade de adaptação do trabalhador ao ambiente: “[...] máximo proveito com o mínimo esforço [...]”, nas palavras de Vasconcelos (2005:47).

mas nem tanto no plano setorial. Já a teoria dos sistemas aplicada à organização dos serviços de saúde pública é um exemplo patente de uma ruptura eminentemente científica de um campo de conhecimento. Em 1975 oficialmente surge a figura do “Sistema de Saúde” no Brasil (Brasil, 1975), solapado por um universo contextual de algoritmos de planejamento recheados de “entradas”, “processamentos” e “saídas”; clareza, objetividade, integração e fluxos de informações (Chaves, 1972). Por um lado não chegou a ter o impacto que o estardalhaço inicial previa, mas por outro ajudou a criar condições para que os discursos interpostos do final dos anos 1970 se avalizassem plenamente originais.

Num ponto essencial para o campo das idéias, a era da educação sanitária representou um movimento intensivo difundido em escala planetária pela Fundação Rockefeller, especialmente nos anos 1920. Independente da primazia entre benemerência em larga escala ou intencionalidade política, o fato é que a maneira norte-americana de pensar saúde aniquilou com os vestígios da enorme influência francesa anterior neste campo, o mesmo que se dera de modo geral com a cultura política e dependência econômica depois da instauração da República no país.

No texto, estas fases epistêmicas servem precipuamente para contextualizar o momento histórico do conhecimento na enunciação do discurso. É também importante para diferenciar o que considero como pensamento clássico em saúde pública, um elenco de nomes que marcaram época até por volta dos anos 1970. Este grupo apresenta uma matriz política aproximada em seu discurso da saúde pública, embora destoem no momento epistêmico. Por exemplo, figuras como Ribas, Cruz, Chagas, Neiva e Penna pertencem à mesma linhagem clássica de Paula Souza e Barros Barreto. Entretanto, os primeiros estiveram inseridos numa era bacteriológica, enquanto os últimos se formataram pela fase da educação sanitária.

Parte I

Fundamentos e Contextos

Capítulo 1

A história que o SUS nos conta e algumas possibilidades analíticas

"Seria necessário colocar como epíteto de todo estudo sobre a racionalidade este princípio bem simples, mas freqüentemente esquecido. A vida pode ser racionalizada de acordo com perspectivas e direções extremamente diferentes."

Max Weber

O SUS obviamente nos conta o que dele se conta; e justamente sobre a visão que se conta dele é que começo a discorrer agora, na busca pela superação de seus sujeitos indeterminados. Neste percurso, o anacronismo é o inimigo iminente que espreita obsessivamente a cada oração, ombreado por outros não menos inquietos prontos para um assalto imediato a qualquer anseio histórico, entre eles a tentação tautológica e o etnocentrismo.

Devo assumir que os CSs me eram conhecidos apenas pela clínica da medicina de família, mas pouquíssimo no plano teórico sistemático que fugisse às normatizações da Atenção Básica/PSF. Ao contrário do que inicialmente me parecia significar um olhar desimpedido de aproximações teóricas prévias, acrescido da facilidade no entendimento da linguagem e espaços enunciados, uma interpretação mais cuidadosa reclamou do conteúdo de competência cultural que interagia com as leituras, exigindo que se explicitasse como fonte potencial de conflitos.

O principal deles, a dificuldade em se distanciar do que Bourdieu classifica como um dos maiores problemas da leitura histórica do campo das ciências sociais, e a que estamos originalmente todos subordinados: o "etnocentrismo de classe". Afastar-se deste olhar é uma tarefa complexa, ainda dificultada pela dependência da superação

de uma premissa que não costuma cintilar ao incauto: seus próprios interesses no capital simbólico envolvido naquele determinado campo social das ciências (Bourdieu, 2003, 2004).

Em superação, ao longo do estudo me esforço para observar os princípios caros ao método histórico, procurando entender os processos integrativos das grandes áreas que compõe a investigação política e conceitual. Reconheço, antes de mais nada, que esta busca integrativa resvala numa imodéstia que mesmo os mais brilhantes, do cume de um notório saber, se acautelam:

É evidente a problemática resultante da integração de aspectos sociológico e econômicos, jurídicos e politológicos, da história social e da história das idéias: no atual estágio de diferenciação e especialização das Ciências Sociais, dificilmente alguém há de “dominar” várias dessas disciplinas, muito menos todas elas (Habermas, 2003:9).

Como apresentado, este trabalho se iniciou pelo desejo vulgar de conhecer as origens dos Centros de Saúde, pautado obviamente pela idéia contemporânea de Atenção Básica. Partindo de uma base elementar, não tardou para que o caminho forçosamente inclinasse a investigação para o campo do discurso político, na mesma celeridade em que o contextualismo histórico de Quentin Skinner sobressaia-se como referência obrigatória e esteio de toda a narrativa (Skinner, 1969; Tuck, 1992). O princípio mais elementar da discussão de Skinner, preocupado com interpretações extemporâneas, talvez não tenha uma síntese mais apropriada do que aquela em que o autor contemporâneo dialoga com autores passados sob referenciais modernos “[...] transformando os antigos em parceiros de um debate do qual jamais poderia ter participado (Jasmin, 2005). Um segundo referencial histórico mostrou-se admiravelmente complementar. Embora a necessidade do contextualismo me tenha surgido primeiro, foram um conjunto de índices que ressignificavam antigos ícones os maiores responsáveis pelo direcionamento do estudo para o campo discursivo. Se o primeiro é rememorado a todo o instante, a identificação desse no texto é mais furtiva, o que lhe vale estender algumas palavras.

O modelo epistemológico apresentado pelo historiador Carlo Ginzburg (2009), conhecido como “paradigma indiciário”, recua ao século XIX para encontrar em Ivan Lermolieff seu mentor original. Interessado na autenticidade das obras de arte, Lermolieff descreve um método preconizando que o processo de investigação não deveria se pautar apenas pelas características mais conhecidas do autor, pois ali estariam também concentradas as qualidades do falsário. As respostas portanto deveriam ser buscadas em detalhes como orelhas, unhas e extremidades. Somente anos depois se descobriu que aquele autor russo era na realidade o pseudônimo do italiano Giovanni Morelli.

Logo o “método morelliano” de desvendar autorias baseado em pormenores imperceptíveis ao grande público seria transferida ao contexto policial. Arthur Conan Doyle o usaria no brilhantismo conferido à capacidade de Sherlock Holmes em decifrar crimes, cuja principal interlocução se faz com o Dr. Watson. Ginzburg é pródigo em observar como aquele método também exerceu influência no desenvolvimento da arte freudiana de escutar o não dito. Para isto recupera vários indícios que corroboram com esta proposição, inclusive no dizer do próprio Freud sobre Morelli: “Creio que o seu método está estreitamente ligado à técnica da psicanálise médica. Esta também tem por hábito penetrar em coisas concretas e ocultas através de elementos pouco notados ou despercebidos, dos detritos ou refugos de nossa observação” (Freud citado por Ginzburg, 2009:147)¹.

Em comum, tanto Morelli, Conan Doyle quanto Freud haviam cursado medicina, o que lhes propiciava o hábito de uma escuta semiológica, a arte dos indícios e das dúvidas seminais que se misturam na vastidão do exposto, dos sintomas e sinais. O paradigma indiciário, por analogia, traduz-se numa história semiótica: “Nesse sentido, o historiador é comparável ao médico, que utiliza os quadros nosográficos para analisar o mal específico de cada doente. E, como o do médico, o conhecimento histórico é indireto, indiciário, conjectural”, numa tecitura que obrigatoriamente se pauta pelo contexto, embora impregnada de uma complexidade que excede a própria capacidade escrita (Ginzburg, 2009:157).

¹¹ Freud S. *Il Mosè di Michelangelo*. Turim; 1976. p. 36-7.

Não seria despropositado também remeter este estudo – principalmente a revisão do pensamento clássico a partir de posicionamentos individuais – à ótica da micro-história tão bem representada pelo “O Queijo e os Vermes” também de Ginzburg (1987). Mesmo que se trate de um universo cultural restrito, não deixa de haver a pretensão de que a singularidade de um autor reproduza uma cultura geral mais difundida entre sanitaristas do país, com todas as críticas que isto desperta (Burke, 2002)².

Ao descartar o método da sociologia política clássica, observo dois princípios, um de ordem geral e outro específico. Como ressalta Habermas (2003:10): “a pesquisa sociológica de tendência historicista limita-se a um nível de generalidades, em que processos e acontecimentos únicos podem ser citados de modo exemplificativo, sendo interpretados como exemplos que transcendam o caso individual”. Particularizado no caso brasileiro, em concordância com o comentário apresentado por Lima (2007) no qual justifica a inconveniência dessa abordagem quando se lembra da baixa mobilização de forças sociais no desenvolvimento da área de saúde pública no país, remetendo-se à centralidade do papel do Estado nesta modelagem. Castro Santos (1997) sinaliza para uma tendência doutrinária que se reifica na visão histórica das lutas populares pela saúde pública nacional, exemplificando o caso da revolta da vacina no Rio de Janeiro de 1904:

Até que ponto o povo realmente se sublevar especificamente conta a vacina? Pode-se argumentar que, sem a resistência das pessoas à vacinação, o movimento não teria assumido maiores proporções. Mas uma coisa é a manipulação, por parte das oligarquias dissidentes, da contrariedade das massas. Outra coisa é ver na rebelião, a meu ver erradamente, um indício do surgimento de uma luta por direitos civis da saúde.

Por certo não desconheço os efeitos colaterais de focar o discurso. Elementar que o tempo do discurso e da prática não costuma ser coincidente, sequer necessário que aquele se materialize. Mais significativo é não perder de vista que diante das idéias que se ressaíram, os interesses não declarados que as impulsionaram, os movimentos

² “O microscópio social” (Burke, 2002:60).

e sofrimentos sociais que atravessaram e grande parte das vozes dissonantes epocais costumam se obscurecer.

Com Brandão (2007) compartilho a visão de certa contemporaneidade do período da saúde pública brasileira estudada (“nenhuma preciosidade arqueológica”), o que me permite desenvolver um ritmo narrativo mais natural. Mas ao contrário de sua opção, forçado pelo amálgama político-científico do campo em estudo, me preocupo em confrontar as influências das idéias com a avaliação simultânea das descontinuidades históricas e evolução de alguns conceitos (Jasmin, 2005). Como nos lembra, são dois os extremos desta empreitada: a política como subproduto macroestrutural, e a sua redução histórica ao “meramente institucional e tratando-a como se ela se explicasse por si mesma” (Brandão 2007:191).

Princípio pela recusa peremptória de aprioristicamente valorar em si o papel das parcerias com instituições capitalistas internacionais, se fosse o caso também com as socialistas, como factual na submissão aos interesses daquelas de modo irrestrito e da adesão ao seu modo de pensar, creditando, em última instância a destituição de toda autonomia intelectual das figuras públicas envolvidas. Faço-o inclusive para não interromper por aqui meu trabalho devido à falta do que analisar, uma vez que seria injusto desmerecer o pai pela sua mentalidade institucional, mas isentar sua descendência do mesmo pecado. É que ao longo dessa história virtualmente toda a produção nacional em saúde pública acaba de alguma forma sendo tributária dos laços institucionais dos Rockefeller, Kellogs, Ford e afins; a começar por aqueles que respiraram miasmas emanados nos corredores da Universidade de São Paulo. Caso contrário também estaria em risco de replicar insinuações sobre a medicina comunitária por setores da medicina preventiva presumindo sua submissão aos movimentos estadunidenses, quando sua própria denominação se originara de um eufemismo macartista para medicina social (García, 1989)³. Para o bem de todos, estes fantasmas se dissipariam na brasileirice da saúde coletiva.

³ Ver o capítulo 6: “Ciências sociais em saúde na América Latina”.

Parafraseando Wanderley Guilherme dos Santos, meu propósito último é a caracterização das raízes da imaginação política em saúde, ou como ficou estabelecido, do pensamento político-social em saúde no Brasil (Santos, 1970).

POLÍTICA E CIÊNCIA: QUANDO OS PARADIGMAS MUDAM

A Lei 342 de 03 de agosto de 1896 reformava o Serviço Sanitário paulista, atribuindo-lhe, entre outras, a seguinte finalidade: “I. ‘O **estudo científico** relativo às questões da saúde pública’” (Mascarenhas 1949:51, grifo meu). A nova legislação manifestava assim a influência positivista pela qual se pensava pautar o pensamento republicano, segundo cria seu grande artífice Benjamin Constant e a defendia uma constelação de intelectuais e políticos como o influente médico Luís Pereira Barreto (Pereira Barreto, 2007). O ideário de uma sociedade orientada cientificamente, contrapondo-se à degeneração dos ideais políticos observada nas classes conservadoras, foi o mote dos movimentos tenentistas da República Velha (Correa, 1976). Intelectuais “da geração nascida com a República” compunham o coro (Pontes de Miranda, 1990), assim como os radicais integralistas.

Sob o signo da necessidade de preparo técnico para a modernização da sociedade, em 1933 foi criada a Escola Livre de Sociologia e Política em São Paulo por iniciativa de um grupo em que constavam a Faculdade de Medicina de São Paulo, a Faculdade de Direito e a Politécnica. Naquele tempo a orientação sociológica norte-americana embebia-se nos preceitos da vicejante sistêmica e cibernética, tomando vigor a idéia da interpretação objetiva dos fenômenos sociais, numa aproximação da irmã mais nobre, ciências naturais. Neste universo o funcionalismo estrutural de Talcott Parsons teve o maior destaque (Rocher, 1976), com grande ascendência sobre o pensamento vindouro em saúde pública. Rodolfo Mascarenhas, um dos protagonistas deste estudo, buscava ali o aprofundamento analítico para pensar a saúde pública.

Com raízes em meados do século XX, o movimento esquerdista descrito aqui como “pensamento radical e saúde pública”, definitivamente amadurece nos anos 1970-80 influenciado pelas idéias de Antonio Gramsci. Para este político sardenho, a ciência é ideologicamente orientada, de modo que, à exceção de valores naturais, ela não

poderia dissociar-se do discurso político. Percebe-se aí o mesmo vetor positivista com sentido contrário: o político direcionando o científico e não o inverso (não se esquecendo que sua premissa política fundamental, o marxismo, erigiu-se sobre o edifício científico).

Este breve apontamento me serve para introduzir a questão da coexistência umbilical entre o discurso político e científico na saúde pública. Num campo que imperiosamente apresenta um ramo como disciplina acadêmica e outro como departamento da organização pública (muitas vezes coligados), estes discurso não apenas são conexos, como se retroalimentam. É possível se dissociarem isoladamente em questões ou estudos específicos, mas sempre que há uma defesa de modelo organizativo para a saúde pública, como será o caso de nossa revisão, isto é feito obrigatoriamente sobre um modelo político definido (mesmo que se ignore ou não se explicita).

Tomemos como exemplo o CS. Contemporaneamente delimitado numa singela feição institucional, no contexto histórico rapidamente adquiriu um *status* inicial de remodelamento de todo o Serviço Sanitário, posicionando-se no centro das mais tórridas disputas político-ideológicas por décadas, ao mesmo tempo em que definia uma nova maneira de pensar e investigar em saúde pública. Palestras sobre seus benefícios, estudos de dimensionamento operacional e integração com outros serviços etc. aplicam-se isoladamente nos campos político ou científico. Mas sua institucionalização necessariamente teve que entrar no embate político da época.

O problema é que no debate o próprio discurso é rotineiramente posicionado dentro de um desses pólos, muitas vezes incoerente com o olhar que o percebe no sentido oposto. Se por um lado as idéias políticas podem se apresentar na arena científica, por outro também há a possibilidade do pensamento científico ser refutado politicamente. Como então diferenciar o argumento político do científico, dentro de seu contexto históricos? Não que intencione me arvorar pelo problema filosófico da demarcação científica⁴, mas efetivamente superar uma questão metodológica que se

⁴ Refere-se à busca por enunciados de condições universais que poderiam caracterizar uma teoria como verdadeiramente “científica”. O assim chamado “programa forte”, nascido com as novas gerações da filosofia histórica da ciência contestaria com veemência qualquer possibilidade de solução

impôs. Na verdade, a saída é relativamente fácil, pois à recuperação histórica carece mais esclarecer as possibilidades do que realizar julgamentos.

De qualquer forma, as implicações desta leitura vão além da simples constatação ou curiosidade. Por exemplo, decisões ou objetivos primariamente de ordem política podem se tornar mais palatáveis quando dimensionadas publicamente no campo científico. Processos disparados pela política podem ser reificados historicamente como científicos e vice-versa; com todas as possibilidades de perdas e ganhos reais e simbólicos relativos à prevalência desta ou naquela versão (Bourdieu, 2004)⁵. Por sua vez, na medida em que a temporalidade envolvida se estende, encontra ainda uma interface na interpretação de discursos elaborados em diferentes momentos epistemológicos (ao qual abordarei em outro momento).

Finalizando este capítulo, recupero brevemente uma questão de ordem mais conceitual, com considerações a respeito da onipresença da expressão: “paradigma” (espécie de pedra filosofal da ciência)⁶. Expressão originária no debate das “mudanças revolucionárias” das ciências naturais, há tempos pode ser vista reportando-se a todo tipo de variação com interesses científicos sociais ou políticos. De fato, a “retórica paradigmática” na literatura da saúde pública foi motivo de um ensaio por Jairnilson Paim e Naomar Almeida Filho (2000)⁷, no qual descortinam o caráter de *slogan* que a expressão acaba assumindo e que habitualmente conota a representação de movimentos ideológicos.

Mas, contrariando qualquer purismo, aquela idéia restrita alçou vôo pela linguagem viva que se encarregou de carregá-la de um senso coletivo pleno. Motivo pelo qual Boaventura Santos (2009) e seu “paradigma emergente”, ou Ginzburg (2009) e seu

(Pestre, 1996). Thomas Khun, a princípio percebendo-os numa linha iconoclasta, enfim capitula numa posição parecida (Khun, 2006: “Cap. 5 - O problema com a filosofia histórica das ciências”).

⁵ São conhecidos os casos de condenação de cientistas acusados de subversão política em seus estudos, seja na inquisição religiosa ou no regime soviético, seja no patrulhamento ideológico de países capitalistas.

⁶ O primeiro contato com o termo “paradigma”, ainda na graduação, me marcou com a impressão de que aquela palavra e sua bela estética conferia uma aura científica e de verdade a tudo o que tocava. Mais tarde descobri que não estava só. Atkin, em 2002, observou que o emprego da expressão “mudança de paradigma” nos títulos de artigos havia disparado no quarto de século precedente, ao que atribuiu à frenética busca dos pesquisadores por visibilidade.

⁷ Capítulo 1: “Paradigma e crises” (Paim e Almeida Filho, 2000)

“paradigma indiciário”, não se viram na obrigação de se debruçar ou mesmo referenciar seu uso ao debate de Kuhn. Até porque, embora tenha percebido a propriedade da idéia também para as ciências sociais, o próprio pai da expressão a renunciou por reconhecer sua descrição inicial como “muito confusa” (Kuhn, 1979, 2006)⁸.

Certamente qualquer que seja a mudança paradigmática percebida, seja no campo político ou científico, ela evoca uma tese de “ruptura” essencial. Ruptura que se representa, em última análise, no surgimento de “palavras-conceitos” originais que dão nova conformação ao discurso e, por conseguinte, à própria construção de mundo – como defenderia a lingüística. Nesta lógica, uma mudança paradigmática é também – e essencialmente – uma alteração do discurso.

Essa racionalidade, por sua vez, imbuí-se de intencionalidades e, embora interligadas em alguma intensidade, as novas palavras icônicas surgem por caminhos de sentido inverso entre a intencionalidade científica e a política. A primeira pode ser representado pela idéia de “especiação científica” sugerida por Kuhn (2006)⁹, em que os léxicos antigos não mais dão conta da construção do fenômeno, culminando em novas palavras/conceitos, como ocorrido na física quântica e biologia molecular. Na intencionalidade política, a criação dos novos termos parte da vontade política de alterar a ideologia representada pelo discurso prevalente (ou hegemônico). No primeiro caso, aproveitando a imagem do próprio autor, o novo paradigma surge “empurrado” pela necessidade, e os novos termos trazem outra dimensão à idéia anterior. No caso político o novo paradigma é “puxado” por um *télos* construtor, e o novo termo apaga a idéia anterior.

⁸ Pensou em substituí-la por algo como “matriz disciplinar”; mas, por fim, concentrou-se na questão da incomensurabilidade e especiação científica (Kuhn, 2006)

⁹ Ver mais precisamente a parte 1: “Reconcebendo as revoluções científicas”.

IMPLICAÇÕES DA DEMARCAÇÃO CONCEITUAL: O EXEMPLO DA “SAÚDE PÚBLICA”

Precocemente fui assolado pela seguinte dúvida: do que exatamente eu falava nas constantes citações à “saúde pública”? O que estaria subtendida nesta expressão, ou mesmo em suas acepções “saúde” e “pública”? Tal é a familiaridade com o termo que seu tratamento remonta uma intimidade suficiente para desobrigar-nos das cerimônias de apresentação. Não que seja necessário decretar uma definição última e perene – se é que haja esta possibilidade – para que alguém possa continuar no debate; ou que o senso comum não seja suficiente para a maioria dos casos. Mas, pode ser também que a obviedade não satisfaça o contexto epocal, ou encubra nuances decisivas, especialmente quando tudo o que se é dito aqui se relaciona historiograficamente ao termo.

Sergio Arouca, ao estudar o campo conceitual da medicina preventiva, o fez destrinchando as “matrizes discursivas” que a erigiu historicamente no plano epistemológico. Instrumentalizou-se na proposição arqueológica de Foucault em que “a história de um conceito é a de seus diversos campos de constituição e de validade, a de suas regras sucessivas de usos, dos meios teóricos múltiplos em que prosseguiu e se acabou sua elaboração”¹⁰ (Arouca 2003:32). Desconsiderando outras possibilidades analíticas, a amplitude de uma empreitada arqueológica é suficiente para mostrar o desvario que representaria qualquer pretensão de uma análise conceitual mais aprofundada da saúde pública neste momento. Mas, remeter-me diretamente ao senso comum pode não ser uma solução imediatamente aceitável.

Faço assim uma breve consideração que se aplica genericamente a toda questão contextual. Em sua essência uma definição atemporal implica no aceite de que estamos falando todos do mesmo objeto, coadunando implicitamente com a idéia de que os conceitos e enunciados guardam correspondência lingüística histórica e transcultural.

¹⁰ Referente à obra de Michel Foucault, “A arqueologia do saber”. Rio de Janeiro: Vozes, 1971.

A complexidade conceitual que cerca o conceito de “saúde” na histórica ocidental é revisada por Arouca (2003)¹¹ que, a par de suas possibilidades de entendimento, ressalta a indissociabilidade de seu significado do plano ideológico em que foi construído. É neste sentido que Berlinguer (1996), ao discorrer sobre a ética na saúde, esclarece significações diferentes sobre o mesmo significante no momento em que direitos e deveres em “saúde” pública não diriam absolutamente respeito à assistência as “doenças” aos olhos de correntes conservadoras norte-americanas.

A gênese desta questão repousa no conceito ampliado de saúde que se hegemonizou com as idéias da atenção primária à saúde da década de 1970. Seu reflexo no Brasil veio com a regulamentação do SUS, quando este se torna o ponto de vista oficial do estado. Usualmente o conceito ampliado de saúde é acompanhado por uma concepção positiva que busca contrapor-se à limitação do foco setorial sobre a doença, mas não sem conseqüências que rivalizam ao problema anterior (Camargo Jr, 2007). É transparente que esta idéia positiva de saúde absolutamente diverge de qualquer possibilidade de sentido empregado ao termo em épocas remotas. Por outro ângulo, conceitos que se remetem ao social não se isentam dos idealismos e interpretações direcionadas (Gomes, 2006).

A definição sobre “público” encontra o mesmo problema, mas a questão é talvez mais crítica uma vez que se coloca no cerne das idéias e dos conflitos entre as correntes políticas. Habermas, tomando a “esfera pública” como categoria histórica burguesa, divisa que sua magnitude ascenderia ao próprio conceito histórico de “política” (Habermas, 2003:9). Ao trazer à tona a multiplicidade de significados do termo “público”, por conseguinte sua impossibilidade de definição precisa, caminha sobre referenciais ideológicos de modo a fundamentar a maneira pela qual o borramento dos limites entre as esferas pública e privada foram se reestruturando no Estado burguês, ao mesmo tempo em que “publicidade” e “opinião pública” se mesclavam num contexto meramente ficcional. Depreende-se que não mais se deveria conferir ou mesmo buscar uma identidade elementar ao “público” e “esfera pública”, aquiescendo-se diante de sua sujeição ideológica aos interesses privados da sociedade burguesa. Em outras palavras, atualmente o público como ordem geral

¹¹ Ver “O conceito de saúde/doença”; capítulo IV - Os conceitos básico (Arouca, 2003).

popular não seria mais do que uma grande ilusão “jornalístico-publicitária” (Habermas, 2003:246).

A radicalidade na saúde da década de 1970-80 acusou como estratégia político-jurídico a construção do “público” como oposição ao privado. Segundo esta interpretação, a lógica determinaria que a oposição do “privado” deveria ser contrastada ao “coletivo” e não ao “público”; jogo objetivado de palavras em que “O termo ‘público’ não se refere necessariamente a alguma coisa que seja coletivamente apropriada, mas pode designar simplesmente aquilo que ‘não é de ninguém’” (Dâmaso, 2006:69).

Renato Janine, numa análise incidental, destaca duas possibilidades interpretativas interessantes para “público” que contribuem na simplificação de nossas intenções: a primeira e mais aparente é a oposição entre o público e o privado, onde o primeiro se comportaria como sinônimo do bem comum. O resultante costuma ser a identificação de público com “estatal”, sem que se atente para a existência de instituições não estatais de caráter público (Ribeiro, 2000). Mas não é tão simples, pois existe o lado da moeda que acredita na exclusividade daquela associação, caminho pelo qual facilmente se conclui que a publicização¹² das organizações filantrópicas (Santas Casas), fundações, ONGs, OSs etc., podem suscitar as mais polares interpretações sobre seu caráter de “bem comum”.

O outro sentido intrigante apontado Janine em sua breve análise é primoroso: “público” como sinônimo de platéia. Teatralizado “[...] o público vale menos que o palco”, de modo que em circunstâncias absolutistas não caberia outro papel à sociedade sobre o bem comum senão o de espiar como público – raciocínio tão propício à nossa longa relação com o autoritarismo (Ribeiro, 2003:102).

Retomemos à “saúde pública” como expressão. Da visada epistemológica, existe um debate sobre a incomensurabilidade de enunciados teóricos que se baseia na “variância do significado” dos termos empregados em contextos discrepantes.

¹² “Publicização é a transferência da gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não-estatal, assegurando o caráter público à entidade de direito privado, bem como autonomia administrativa e financeira”. Definição retirada da internet. [acessado em 28/out/2008]: <http://www.dicionarioinformal.com.br/definicao.php?palavra=publiciza%E7%E3o&id=5079>.

Thomas Khun, que com Paul Feyerabend se envolveu mais intensivamente nesta tertúlia, precisou de muitos anos para enfim achar o ponto: “o historiador precisa, em primeiro lugar, aprender a linguagem em que tal passado estava escrito”, mas que sempre haverá “resíduos” de uma tradução (Khun, 2006b:75-6)¹³. Vendo assim, a expressão “saúde pública” remete-se eras tecnológicas extremas, em que referenciais completamente novos foram introduzidos. Se neste caso definitivamente não é o caso para preciosismo desmesurado, deve-se ter cuidado para não pender para o extremo contrário do menosprezo às implicações interpretativas de enunciados históricos que se distam (neste estudo, o enunciado sobre “científico” é um bom exemplo).

Neste ponto finalmente remeto-me a uma sumária elucidação do que sobrou: a elaboração conceitual propriamente dita. São duas as definições mais tradicionais a nortearem historicamente as discussões: a clássica definição de Winslow¹⁴, elaborada nos primórdios do século XX; e a diretriz da saúde como “completo bem estar físico, mental e social” preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quase três décadas depois¹⁵. Por aqui o professor Rodolfo Mascarenhas foi um dos que inicialmente se preocupou com sua sistematização acadêmica (Mascarenhas, 1954; 1964). Com base em Winslow e revelando a influência preventiva de Leavell e Clark (1976), resume assim: “[...] a ciência e a arte de promover, proteger e recuperar a saúde física e mental, através de medidas de alcance coletivo e de motivação da população” (Mascarenhas, 1972).

Mário Tarride em uma revisão concisa mostra a insuficiência de diversas tentativas em abranger conceitualmente o campo da saúde pública (Tarride, 1998)¹⁶. Sua

¹³ Numa entrevista editada neste livro, Khun faz uma ligeira menção a Quentin Skinner, como um dos intelectuais importantes que chegou a se encontrar. Apesar da carreira como docente do departamento de história (embora aspirasse a filosofia) e das idéias da incomensurabilidade confluírem para o contextualismo, Khun não fornece qualquer indício de que tenha lido ou usado as idéias de Skinner.

¹⁴ Charles-Edward Amory Winslow (1877–1957): “A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde” (Winslow, 1920).

¹⁵ Definição presente nos preâmbulos da constituição da OMS de 1948. Disponível em: http://www.who.int/entity/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em 12/11/2008.

¹⁶ Tarride (1998): capítulo 1 – “Crise na saúde publica”.

intenção, na linha do pensamento complexo de Edgar Morin, consiste em propor uma nova visão sobre a necessidade de se pensar a saúde pública do ponto de vista da sistêmica e complexidade, evitando-se à busca por delimitações estáticas com base em critérios organizacionais e estruturais. Neste pensar deve-se incluir o aceite das incertezas, das diversas formas e instrumentos de compreensão da realidade e o reconhecimento de sua múltiplas dimensões através do exercício interdisciplinar de se refletir sob referenciais sociais, de saúde, de trabalho, ideológicos, afetivos etc. No plano ideal, o mais desejável seria a apreensão dos pontos de vista interdisciplinares por todos os envolvidos, concorrendo para o que denomina de transdisciplinaridade (Tarride, 1998). Embora não exatamente sobre os mesmos referenciais, esta discussão vem sendo feita desde a década de 1970 sob a insígnia de uma “nova saúde pública”, ensaiadas no país por autores como Jainilson Paim e Naomar Almeida Jr (1998, 2000); idéia que anda de braços dados com a promoção em saúde (Pilon, 1994).

Enfim, a complexidade social moderna e evolução tecnológica impuseram tal limitação às antigas matrizes que o seu corolário culminou numa abrangência conceitual tamanha, que inusitadamente determinou sua própria crise de identidade. Amplitude que expõe a outra ponta do seu nó górdio conceitual: como evitar o uso de conceitos rudimentares e restritivos sem cair na armadilha de ter que se delongar para as teses acadêmicas?

Capítulo 2

Do mercado à saúde: o pano de fundo Rockefeller

— Para um perseguido, para o senhor, só há um lugar no mundo, mas nesse lugar não se vive. É uma ilha. Aproximadamente em 1924, estiveram lá brancos, construindo um museu, uma capela, uma piscina. As obras estão concluídas e abandonadas.

Interrompi-o, pedindo-lhe ajuda para a viagem; mas o mercador prosseguiu:

— Nem os piratas chineses, nem o barco pintado de branco do Instituto Rockefeller tocam nela.

Casares, “A invenção de Morel”

A presença da Fundação Rockefeller na saúde pública brasileira foi avassaladora. Já na década de 1930, acompanhando a migração da dependência político-financeira brasileira da Europa para os EUA, pouco se podia identificar da antiga influência francesa no discurso setorial para além das gerações educadas antes do advento Johns Hopkins e memórias de Oswaldo Cruz. Uma radical mudança epistemológica da medicina urbana para a higiene individual; de uma era bacteriana para a educação sanitária¹; de uma ciência ainda impregnada de mitos miasmáticos, para a racionalidade e pragmatismo norte-americano. Por vezes a transição brasileira se apresenta como naturalizada, em outras com franca intencionalidade política. É Mascarenhas (1949:49) quem mais uma vez nos chama à atenção: “Uma leitura atenta do nosso primeiro Código Sanitário demonstra que o mesmo é uma adaptação do código sanitário francês à situação do nosso Estado”. De outro lado, Castro Santos e Lina Faria (2006) indicam como a Fundação Rockefeller, a despeito da intermediação de Carlos Chagas, evitou diplomaticamente o apoio para estabelecer

¹ Muitos anos depois esta seria a lembrança de Paula Souza: “O problema deslocou-se da ordem ‘policia’ com expressão máxima, para a ordem ‘educativa’ a substituir-lhe em importância” (Souza, Vieira, 1947). Rodolfo Mascarenhas (1949:88) corroboraria: “Com ela saímos da fase de polícia sanitária para entrar na de educação sanitária”. É claro que por muito tempo foi mais realidade no plano discursivo do que no terreno das práticas. Para Ribeiro (1993:252), o fim da era bacteriana na reforma de 1925 foi representada apenas pelo desmanche do Instituto Butantã.

em Manguinhos um instituto de higiene e saúde pública nos moldes de São Paulo, sombreando-a².

Mesmo que as práticas teimassem em reminiscências, a saúde pública havia sido assolada por um tsunami cultural de escala planetária, imergindo-a num éter discursivo para o qual não havia alternativa. Associada à Fundação Carnegie, responsável pelo categórico relatório Flexner, a Fundação teria na realidade operado um verdadeiro controle ideológico de todo o campo médico mundial (Brown, 1979). Na saúde pública este pensamento único traduziu-se na racionalidade dos CSs e seus corolários fundados no liberalismo norte-americano.

Convém expandir o contexto para melhor dimensionar a situação. O conflito essencial, a força motriz que teria empuxado esta história, é matéria controversa³. Em 1941 foi publicado um amplo estudo patrocinado pela Fundação Rockefeller sobre os movimentos voluntários em saúde norte-americanos. Conduzido por Selskar Gunn, vice-presidente da instituição, e Philip Platt, intelectual de prestígio nas discussões originais sobre os CSs, integraram o grupo personalidades como Walter Clarke, Hugh Leavell e C-E Winslow. A auto-imagem da construção social norte-americana é apresentada desde o primeiro parágrafo:

The voluntary health movement has had its fullest flowering in the United States. Nowhere else in the world this type of service developed to such extent or in such variety. It is truly an extraordinary expression of the goodwill and neighborliness of the American people, their generosity and their genius for organization (Gunn, Platt, 1941:v)

²Wickliffe Rose, em relatório preliminar, esclarece que aos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz “[...] falta de espírito e de técnica de equipe; [...] cada um trabalhando à sua maneira e para seus próprios fins”. Duas passagens revelam uma face do conflito: os brasileiros “[...] há gerações vêm sendo ardentes imitadores dos franceses”. Na educação médica a influência a francesa reforçava a visão de que o médico tinha a qualificação necessária para a saúde pública, mas “[...] muitas vezes se ouve comentários de que o Brasil não pode mais seguir a França em tais questões. ...A maior parte da literatura é em francês, mas um número cada vez maior de médicos estão estudando inglês e voltando-se para a literatura americana e inglesa...” (arquivo, 1994-5).

³ Um exame incipiente das motivações para “filantropia científica norte-americana” de massa na saúde pública foi abordada por Lina Faria (1995, 2007).

Reza a versão de que o patriarca da Rockefeller, caro à doutrina protestante, tinha um histórico de contribuições assíduas para programas de caridade desde a juventude, sempre sob critérios meritório, de independência financeira e auto-responsabilidade da instituição beneficiada. Como pontua Marinho (2001)⁴, o processo de autorização para o estabelecimento da Fundação arrastou-se recheado de desconfianças sobre as verdadeiras intenções do “maligno”, sendo finalmente aprovada com a diretriz de “promover o bem da humanidade”. Para as ações na área da saúde seria então criado um braço específico: o International Health Board (IHB). Ainda segundo esta autora, “Há diferentes interpretações para a passagem da filantropia da Fundação Rockefeller de pequena escala – a *retalho* ou no *varejo*, como definem alguns pesquisadores – para a *filantropia total*, no *atacado*, em larga escala” (Marinho, 2001:19)⁵. Perda do controle do excesso de pequenas ações, com reorganização e expansão das doações; sentido de imortalização das ações beneméritas do fundador; melhorar a imagem pública deteriorada do patriarca (tida com maior uma das primeiras e mais bem sucedidas ações de marketing da história); sonegação fiscal sob o rótulo da benemerência; filantropia científica etc, são possibilidades focais que não se excluem. O certo é que configurou o abandono do antigo caráter de caridade em favor da efetivação de ações estratégicas globais. Neste ponto a ótica da leitura política tende também a se alterar, isto é, como disse Castro Santos (2001): “Sai Max Weber, entra Gramsci”.

Richard Brown denunciou as ações da Fundação como política imperialista com o propósito de controle dos recursos, do mercado e da política nos locais de atuação. Uma experiência que teria amadurecido no sul dos EUA e depois exportada para mais de 60 países em torno dos anos 1920, cuja principal meta visava combater a diminuição do impacto da ancilostomíase na produtividade. Segundo interpreta, a origem missionária da igreja Batista teria revelado o poder da medicina como força irresistível de colonização: a “[...] medicina tem algumas vantagens sobre as metralhadoras”, seria parte da imagem de colonização construída por um de seus presidentes (Brown, 1976). Sem ignorar a mescla de motivações, conclui que os

⁴ Capítulo 1: “Uma visão de conjunto da Fundação Rockefeller”.

⁵ Há aqui um nítido contraponto marxista, para quem os problemas do capital não se resolveriam por ações no varejo, mas somente por mudanças no “atacado” (Coimbra, 1987).

propósitos filantrópicos da Rockefeller nunca estiveram desatrelados da dominação cultural e econômica.

Também não é incomum que aos propósitos declarados da benemerência Rockefeller sejam aludidas finalidades escusas na leitura de historiadores brasileiros da saúde pública. Para Vasconcellos (1995:57, nota 3) a “filantropia” da Fundação encobria o desenvolvimento de “[...] condições sanitárias adequadas nas regiões de interesse para seus investimentos e para os planos de expansão da Standard Oil Company e outras empresas do grupo”. Benchimol e Teixeira (1993:98) assumem que “[...] os objetivos reais da instituição seriam, de acordo com muitos autores, maximizar os lucros das empresas extrativas e agro-pecuárias dos norte-americanos e expandir sua supremacia política e ideológica no cenário do imperialismo mundial”⁶.

Dentro da racionalidade política envolvida, não se pode negar a inteligência militar dos EUA como eminência parda neste processo de expansão da autoridade norte-americana sobre a saúde pública internacional. Cueto (2007:40) lembra que na virada do século XX a devastação provocada pelas doenças de campo causaram mais baixa no exército norte-americano do que as batalhas da Guerra Hispano-Americana em Cuba, levando ao “[...] começo do envolvimento médico, sanitário e científico dos Estados Unidos em territórios que não lhes pertenciam [...]”. No nosso caso, Ernani Braga (1959) conta que a “Missão Médica” de 1916 era “[...] composta pelos Drs. Richard Pearce, da Universidade da Pennsylvannia; Major Bailey Ashford, do Corpo Médico do Exército dos Estados Unidos e John A. Ferrell, da própria Fundação” (objetivos acadêmicos, militares e institucionais?)⁷. Num enredo comum de treinamento de médicos promissores em Johns Hopkins para no retorno ocupar postos chaves de reordenamento da saúde pública nacional em Porto Rico dos anos 1930, Morales (1942) simbolicamente inicia seu artigo com a seguinte imagem:

⁶ Na nota de fim lembram entretanto que limitá-las às motivações econômicas imediatas e relação de mão única seria uma explicação precária.

⁷ Segundo Marinho (2001:25), nesta época o presidente da Fundação Rockefeller tinha em Johns Hopkins um próprio quartel general: o “West-Point da saúde pública”.

Geographically Puerto Rico lies midway between the North and South American continents – a sentinel in the path of possible approaches of attack against the Western Hemisphere, but also a way station in the routes of peaceful communication, and a stepping stone to friendly relations between the Americas.

A própria Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) nasceu sob o quimérico ideal do pan-americanismo calcado na cooperação militar e tendo como primeiros diretores médicos militares norte-americanos, que seriam seguidos por lideranças ligadas à Fundação Rockefeller (Cueto, 2007)⁸. Natural que durante a Segunda Guerra Mundial os interesses militares se agudizassem sobre o discurso filantrópico, condição descrita com todas as letras na parceria de criação do SESP⁹. No pós-guerra a idéia da instauração de um “cordão sanitário” continental de inspiração militar, também agregado à visão de mercado, teria sido decisiva para a manutenção do parceiro maior na continuidade do SESP (Campos, 2000, 2006). Radicalizando o entendimento, Juan César García (1989)¹⁰ alega, num texto muito interessante, que o discurso do capitalismo monopolista se rege por uma lógica militar da qual a saúde não se poderia eximir¹¹: neste caso a Fundação Rockefeller representando seu exército e Fred L. Soper – diretor da OPAS e um dos interlocutores diretos de Paula Souza, como diretor da Fundação, na época da missão paulista – “o Clausewitz da saúde”¹².

⁸ Ao envolver a Opas, pretendo apenas apontar para a permeabilidade das matrizes discursivas, e não inferir sua subordinação à Rockefeller. O próprio Fred. Soper, antes de assumir sua direção, teria recusado a diretoria de saúde do Instituto de Assuntos Interamericanos, por considerá-la política. Para Cueto (2007:134), na Opas ele “[...] rejeitou o uso da saúde internacional como um instrumento da política externa dos Estados Unidos ou de qualquer outro país [...]”. Uma relativa autonomia da agência, ainda segundo este autor, revela-se na própria atuação de Juan César García.

⁹ Cueto ainda lembra que a XI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada no Rio de Janeiro em 1942, teve forte pauta na defesa continental.

¹⁰ Capítulo 10: “A articulação da medicina e da educação na estrutura social” (García, 1989)

¹¹ “No discurso médico que acompanha as ações sanitárias internacionais, os termos como campanha, luta, estratégias, armas, combate, aniquilação e batalha não são empregados como simples analogias que clarificam a exposição; implicam, além disso, uma concepção do espaço social sobre o qual já se havia elaborado no campo militar; valorização do espaço interior e conquista ou aniquilação do ‘de fora’” (García, 1989:195-6).

¹² Carl von Clausewitz, general alemão do século XVIII reconhecido como grande estrategista militar.

Uma metáfora bélica em particular, a dos “jovens turcos”, foi associada aos egressos de Johns Hopkins, embora não tenha sido possível dimensionar a extensão de seu uso e significado preciso da analogia. Nas Forças Armadas brasileiras a expressão se reportava a um grupo de jovens oficiais que na década de 1910 fora enviado à Alemanha pelo Marechal Hermes visando um plano de modernização do Exército nacional¹³. Há uma versão histórica questionada de que concentrados neste objetivo o grupo teria procurado se abster diretamente das questões políticas (Moraes, 1997), embora seja amplamente reconhecido o caráter o nacionalista – e positivista – incitado pelo movimento. Na saúde pública Antonio Barreto (1930) faz a seguinte observação: “[...] grupo dos chamados então «jovens turcos» do Departamento Nacional de Saude Publica, isto é, um pugillo de moços que, dedicando integralmente o tempo às actividades de verdadeiros sanitaristas, se batiam dentro da repartição sanitária federal, pela aceitação de alguns pontos de doutrina [...]”¹⁴.

O valor comercial agregado especificamente à benemerência roquefeleriana na saúde pública brasileira –e latino-americana – é um campo ainda pouco explorado e opinativo, mas há indícios de que teria sido apreciável. Não se pode esquecer que o IHB não deixava de se subordinar à cultura de mercado de uma das maiores corporações do globo. Permeando os entendimentos que permitiram a sobrevivência do SESP, ressaía-se o vulto das importações brasileiras de produtos médicos-farmacêutico norte-americanos, que no período de guerra cresceram cerca de dez vezes: de menos de US\$ 1 milhão em 1938 para mais de US\$ 10 milhões em 1946, recorda Campos (2000:208, nota 42).

A idéia do exame médico periódico anual trazida na bagagem de Paula Souza e Borges Vieira (1936), por exemplo, não poderia se eximir do conflito de interesses com a necessidade continuada de importação de equipamentos, reagentes

¹³ Especificamente, a expressão aludia à revolução dos “jovens turcos” em 1908, inicialmente desfavorável, mas que se reacenderia vitoriosa entre 1919 e 1923, culminando com a criação da República Turca. Seu grande líder, general Mustafa Kemal, posteriormente seria agraciado com o nome Atatürk (“pai dos turcos”), tornando-se o maior símbolo nacional.

¹⁴ Para Lima Sobrinho (1981:13) seu uso tinha sentido depreciativo e relacionava-se à imposição de regime disciplinar autoritário, mais relacionado à obrigação da dedicação integral do que “[...] discordâncias formais sobre concepções filosóficas no âmbito da doutrina sanitária”. Entretanto, falha em apresentar referência que sustente esta leitura.

sorológicos, filmes radiográficos, medicações, vacinas etc. Embora não tenha buscado análises econômicas específicas, parece considerável a informação do Dr. Paulo Castro (1955) sobre o Centro de Aprendizagem da Faculdade de Higiene e Saúde Pública: “Cada membro da família, ao se matricular, salvo casos de exame médico urgente, é obrigado a fazer uma abreugrafia, exames de fezes, urina, sangue (com exceção dos menores) e, se menor de 12 anos, faz provas tuberculínicas”. No ano anterior 4.356 famílias (11.563 pessoas) haviam sido visitadas pelas visitadoras polivalentes. Em Porto Rico, apenas para o programa de tuberculose na década de 1930, “*An average of 75,000 fluoroscopies and 40,000 x-ray examinations are performed annually by trained physicians in this centers as a part of the case finding program*”. Sem precisar o intervalo descreve exames de rotina nas “forças armadas estacionadas na ilha”, com 20.248 exames de sangue (*blood tests*) e 9.805 radiografias (Morales, 1942).

Embora seja importante matizar o cenário, não há aqui o propósito de pesar as reais motivações da Fundação Rockefeller, ou a possibilidade de que estas possam ter sofrido alterações ao longo do tempo. Mas sim, partindo do pressuposto que toda ação política racional pressupõe intencionalidade, dimensionar-lhe o proceder, desvelando seu papel na matriz discursiva da saúde pública assistencial moderna, inclusive no jogo do capital simbólico envolvido na polarização do enunciado entre os planos ideológico e acadêmico¹⁵.

O início das relações da Fundação Rockefeller no Brasil não está bem detalhado nos estudos históricos, mas seu relatório anual de 1915 mostra que havia interesse institucional em estender para o país estudos do papel da ancilostomíase e malária na marcante debilidade da população: “*An investigation of medical education and public health in Brazil was determined upon*” (The Rockefeller, 1915:12). Investidos

¹⁵ Nilson Rosário da Costa (1998), analisando o papel do Banco Mundial (agências financiadoras) na agenda da saúde dos anos 1990 no Brasil, apresenta um referencial interessante para este tipo de análise: a estratégia de incentivos materiais pressionaria as nações menores no sentido weberiano da “socialização” dos valores centrais envolvidos, com destaque para o estabelecimento de uma “comunidade epistêmica” envolvendo especialistas na produção e difusão do conhecimento e aprendizado social.

da missão sanitária e de difusão da medicina científica, iniciavam os contatos¹⁶: “*As a beginning in this direction arrangements have been made to send a special commission to Brazil to study and report on medical conditions [...]*” (The Rockefeller, 1915:75).

Estabelecido os acordos, o relatório anual de 1917 faz um breve relato sobre a provisão de duas bolsas de estudo para médicos “promissores”¹⁷ de São Paulo para serem treinados nos EUA, além de outra para treinamento de um patologista brasileiro que deveria assumir o departamento de patologia da “Belo Horizonte Medical School”. A mensagem é ambígua em suas entrelinhas: “*These initial attempts to establish relations with foreign medical centers, and to encourage student migration and exchange professorships, are full of significance for the future*” (The Rockefeller, 1917:40)¹⁸.

Ninguém seria tão absoluto em personificar os interesses da IHB/Fundação Rockefeller no Brasil como Geraldo de Paula Souza¹⁹. Era como se fossem a mesma instituição, embora as figuras suscitassem representações em campos distintos. Opor-se à Rockefeller oscilava o pêndulo para o universo político, poroso ao tema nacionalista; direcionamentos à Paula Souza pendiam-no ao pólo científico. Evitando qualquer entonação política, o IHB buscava direcionar e convergir resistências ideológicas para o plano de oposição ao discurso científico personalizado em uma liderança nativa. Em São Paulo a oposição aos “estrangeirismos” e presença da Fundação foi reiteradamente lida como resistência primária aos preceitos científicos importados por Paula Souza, versão que se tornou prevalente: “Um dos motivos dos

¹⁶ Livre tradução: “[...] in view of the interest in the promotion of public sanitation and the spread of the scientific medicine [...]”.

¹⁷ Eufemismo que encobre objetivos e critérios de seleção. Como diz Marinho (2001:25): “Rose [Wickliffe] instituiu também um sistema de concessão de bolsas de estudos, a fim de contemplar estudantes rigorosamente selecionados que pudessem estudar na Johns Hopkins e retornar aos lugares de origem como especialistas altamente bem-treinados”.

¹⁸ Devo admitir o viés desta conclusão. Ernani Braga (1959), então representante da instituição no país, pensava diferente e cita o mesmo trecho como justificativa dos elevados ideais da filantropia científica.

¹⁹ Sem dúvida Barros Barreto foi o responsável maior pela difusão seu princípios no plano nacional, mas sem as mesmas atenções do pioneiro. Preservando o controle sobre o Instituto de Higiene de São Paulo, Paula Souza seria alçado pela Fundação ao plano internacional, como à Sociedade das Nações, mantendo-se sempre fiel àqueles ideais até o final da carreira. Ver Campos (2002), Faria (2005, 2007).

ataques que sofria Paula Souza, como será observado adiante, era sua defesa do modelo de caráter mais generalista, ou também universalista, da Fundação Rockefeller” (Faria, 2007:32). Poucos símbolos tinham a capacidade de prontificar uma polêmica nacionalista como o nome Rockefeller, o que também lhe forçava manter a discrição institucional nas ações locais. Partindo de premissas opostas, a idéia concorda com a visão dessa autora no caso do chenopódio:

A fundação Rockefeller procurava manter suas atividades sob rigoroso controle interno, a partir da própria diretoria internacional, para tentar evitar ou minorar os movimentos de oposição. Até suas conquistas e realizações eram sempre mantidas sob low profile, de modo a serem atribuídas também à iniciativa dos brasileiros (Faria, 2002:572).

A desconfiança com tal abnegação não passava despercebida no debate nacional. Depois de um início de relações amistosas no comando do Serviços Sanitário paulista, Artur Neiva, no mais antigo papel sanitaria, quixotescamente viria queixar-se em 1921:

A Fundação Rockefeller quase três séculos depois vem tratar o nosso jeca e sanear nossa terra. Como é desinteressado o Yankee! [ilegível] Toda a crise de Butantan teve sua origem nos interesses da Standard Oil Company puxando os cordéis aos homens da Fundação Rockefeller. [ilegível] Em discurso em Butantan, denunciei as missões científicas comerciais, travou-se a luta em que sou sempre levado pela desproporção de forças [...] (Faria, 2007:136)²⁰

Um indicativo interessante da intencionalidade daquele início está no registro da resposta de Wickliffe Rose, diretor da Fundação, à demanda de Paula Souza para o financiamento da construção de um prédio próprio para o Instituto de Hygiene. Nela está presente um padrão característico do discurso roquefeleriano: sob um enunciado “científico” – portanto politicamente neutro –, o interesse é colocado como exclusivo

²⁰ Nesta passagem, Lina Faria mostra como as relações iniciaram d

da periferia para o qual se estuda a contribuição benemerente²¹; ao mesmo tempo em que inculca reservadamente a expansão de tais idéias para o campo político e predomínio futuro. A inserção do “Diretor da Faculdade de Medicina de Harvard” seria completamente dispensável senão como forte simbologia do vínculo entre as instituições, concorrendo ainda para naturalização da supremacia daquele discurso, assim como a ratificação do caráter “científico” de tais conclusões.

O próprio Paula Souza viria reproduzir este padrão mítico com suas várias citações em línguas estrangeiras e referências institucionais. No 3º Congresso Brasileiro de Higiene, por exemplo, fala à platéia: “Conheceis, por certo, o lindo poema de Longfellow – ‘Evangeline’, e a idéia falsa, então corrente de malária, sobre que o poeta, homem culto de seu tempo e que teve assento entre os grandes da Universidade de Harvard, escreveu os seguintes versos [...]” (Souza, 1926b)

Também significativo para o argumento que desenvolvo é a consideração de que esta seria a primeira instituição genuinamente adequada no Brasil, numa postura de negação do Instituto Oswaldo Cruz na capital federal e do Butantan em São Paulo. A interdição implícita de participação de intelectuais oriundos destas instituições também fica claro ao final (Candeias, 1984:17):

Concordamos com o senhor que o Instituto de Hygiene deva ser mais do que um Departamento de Hygiene para ensino de estudantes de graduação da Faculdade de Medicina. O Brasil parece estar entrando em um período de desenvolvimento. Está havendo um sentimento crescente de apoio à Saúde Pública. [...] Tudo isso exigirá pessoal treinado. É preciso que haja em solo brasileiro uma instituição adequadamente equipada que cultive a Higiene, como ciência, assim como o treinamento de homens e mulheres para trabalho prático de saúde pública. Parece que o jovem Instituto de Hygiene, que acaba de surgir em São Paulo, deva aspirar a liderança desse movimento.

²¹ Assim seria lembrada: “[...] A Fundação Rockefeller convidada em 1918 a colaborar, envia-nos Darling e Smillie, ao mesmo tempo em que dois dos nossos seguiram para os Estados Unidos [...]” (Souza, Vieira, 1947).

É importante, contudo, que o desenvolvimento do Instituto de Hygiene se ponha lado a lado com o desenvolvimento da administração da saúde pública, por um lado, e, por outro, com o desenvolvimento da Faculdade de Medicina e o interesse do governo no desenvolvimento desta instituição particular.

Concordamos com o seu ponto de vista que, o que quer que se faça no presente, no que diz respeito à construção ou equipamento para a Faculdade de Hygiene, deve-se ter sempre em mente seu desenvolvimento futuro mais amplo, deixando espaço para a necessária expansão no futuro.

[...] Discuti recentemente esse assunto com o Diretor da Faculdade de Medicina de Harvard em termos da possibilidade de desenvolver um Instituto de Hygiene nessa Universidade. Acha que o Instituto de Hygiene precisa de prédio próprio; deve contar com indivíduos com dedicação exclusiva à Hygiene e Saúde Pública e identificados exclusivamente com o Instituto; [...]

Em seu objetivo de criar escolas de higiene, a Fundação Rockefeller foi buscar na Universidade de Johns Hopkins os ideais científicos enaltecidos por Flexner. Na saúde, estes ideais incluíam William Welch, notável higienista norte-americano que teve sua formação nos grandes laboratórios europeus (Candeias, 1984). O discurso sobre a educação em saúde era insipiente e desprovido de maiores fundamentos. O CS era um campo em formação, oriundo do receio de quebra na ordem social e contenção do mal comum em comunidades pobres, com pouca interferência na prática médica liberal. Sua organização adaptava o modelo administrativo norte-americano visto nas lojas de departamento (Stoeckle, Candib, 1969). Portanto, à época da inauguração de sua primeira escola e da entrada no Brasil e outros países, ocorrida logo depois, não se pode dizer que ela era portadora de um corpo científico genuíno em saúde pública que pusesse ser exportado como tal.

Mas o fato é que este modelo disparador se desenvolveu por décadas com impressionante homogeneidade discursiva no Brasil, nas Américas e demais continentes. Uma ligeira passagem de olhos sobre os índices remissivos de seus

relatórios anuais desde o início do século XX é o suficiente para perceber a extensão das ações e o inacreditável poder econômico envolvido (figura 1). Mas, atividades tão espalhadas na geografia naturalmente tenderiam à especiação com seus arranjos individualizados, o que sugere um alto grau de controle sobre os referenciais.

Johns Hopkins poderia representar a idéia de nó central de uma rede concêntrica de inter-relações com todos os parceiros periféricos, que entre si apresentava baixo fluxo colateral independente. Neste tipo de estrutura apenas ao nó central cabe todo o conjunto de informações, por conseguinte, a possibilidade exclusiva de consolidação, análise, processamento e intervenção baseada no tipo de devolutiva comum e específica remetida aos pontos periféricos da rede. Cabe sua difusão aos funcionários deslocados como adidos ou nativos parceiros, por exemplo, os milhares de bolsistas treinados conjuntamente no espaço central. Se o processo se reserva no plano político-ideológico, as revistas científicas patrocinadas exercem seu papel em monopolizar o nó científico, selecionando e coordenando a interlocução de conceitos e idéias na linguagem mãe²². Neste ponto o programa de bolsas não só permitia o maior controle do conteúdo de formação, o estabelecimento de laços afetivos e identificação de grupo, como também aculturação e proficiência do idioma²³. A cultura científica organizada no interior da rede chega enfim à cultura popular através de revistas direcionadas ao público geral; no caso paulista “Viver! Mensário de Saúde, Força e Beleza”, que tinha em Paula Souza e Borges Vieira alguns de seus ilustres colaboradores²⁴.

²² Sintomaticamente uma das condutas do convênio com a Rockefeller foi providenciar assinaturas de várias revistas científicas especializadas para as bibliotecas da USP. Adiante nos anos 1960 o MEC-USAID também se ocuparia das prateleiras das bibliotecas acadêmicas.

²³ Na década de 1960 os programas de bolsas, sempre socialmente prestigiosos, receberiam interpretações particulares no seio radical. Para Florestan Fernandes (1984:53) estas premiações no contexto da intervenção da ditadura militar nos espaços acadêmicos se configuravam como “[...] uma nova política de lavagem de cérebros através de programas de estudos pós-graduados, de mestrado e de doutorado no exterior, ou de recalibragem dos fatores de colonização cultural das universidades brasileiras; [...]”.

²⁴ Possivelmente um espelho da norte-americana “Higeia”. Ver, por exemplo, Souza (1939).

Fig. 1.—Map of World-wide Activities of the Rockefeller Foundation in 1925.

Fig. 2.—State Institute of Hygiene and School of Hygiene, Warsaw, Poland.

Figura 1: Poder e suntuosidade na nova ordem mundial da saúde pública

Sem dúvida a OPAS exerceu a função de uma grande rede de processamento continental estabelecida em laços estreitos com a Fundação Rockefeller. Mesmo alvejada pelo tipo de crítica a que o ideal político do pan-americanismo se expunha, a instituição se consolidou nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas dos anos 1920 e propriamente com a Repartição Sanitária Pan-Americana (Cueto, 2007:70). A intensidade e estabilidade do intercâmbio pan-americano na saúde fortaleceu uma agenda comum de tal forma que lhe permitiu dialogar em paridade nas circunstâncias de criação da Organização Mundial de Saúde, preservando sua identidade e autonomia, situação singular entre os continentes (Cueto, 2007²⁵; Lima, 2002). Isto não quer dizer que os EUA compunham com o bloco cultural de maneira homogênea, sempre deixou clara a sua posição de sócio maior. Mesmo sendo a mais potente das redes continentais, a OPAS não deixava de situar como parte periférica de uma trama mais complexa operando centralmente com idioma e cultura não latina. Portanto, independente de sua força e participação conceitual, não havia qualquer chance de um ator periférico sombrear o discurso central no pensamento clássico²⁶.

Certamente as transições epistêmicas menores, pseudo-paradigmáticas como queiram, estiveram inseridas neste universo controlado, como a passagem da higiene para a medicina integral, desenvolvimentista, preventiva e comunitária. Talvez não haja exemplo mais explícito da mobilização de agências financiadoras, comunidades de especialistas e crenças normativas no controle discursivo da saúde pública internacional do que aquele que envolveu as costuras de Alma-Ata (Lítsios, 2002). Em particular a regulação de suas idéias pela atenção primária “seletiva” – ainda que já se tivesse conseguido mantê-las um tanto subjetivas e inespecíficas em quesitos centrais como responsabilidade e financiamento (Mello et al., 2009).

Expandido em diferentes direções o cenário de influência do pensamento difundido pela Fundação Rockefeller, é importante retomar o foco brasileiro fornecendo-lhe um

²⁵ Sobre o sentimento explícito de identificação continental exacerbado na conferência pan-americana do Rio de Janeiro em 1942, ver p. 97.

²⁶ Quem sabe por isto o trabalho de Sidney e Emily Kark na África do Sul, em 1942, nunca tenha repercutido na altura de sua significância. Sequer foi mencionada nos comemorativos de Alma Ata (Mello et al. 2009). Marcos Cueto teve que se justificar por esta ausência no artigo que escreveu sobre as origens da Atenção Primária à Saúde (Cueto, 2004), pois tinham por base os arquivos da OMS, UNICEF, Opas e Fundação Rockefeller, nos quais a experiência de Polela não aparecia (Cueto, 2005).

contraponto necessário. Primeiro reconhecendo que para participar do universo discursivo implementado em Johns Hopkins – necessariamente reproduzindo seus sentidos comuns, ou parte deles – bastou ter nascido depois da década de 1910 em qualquer torrão do planeta, com chance aumentada para o mundo ocidental. Segundo, admitindo que a visão norte americana realmente trouxe uma sistematização de idéias inédita e sem par para um campo aberto. Também, que o pensamento republicano brasileiro decidiu de livre vontade e admiração pelas matrizes de pensamento norte-americano na constituição da República.

Isto nos permite abandonar sem culpa a linha de análise histórica da saúde pública brasileira que preponderou até a pouco, reduzindo décadas e personalidades em um bloco comum de discurso ardiloso e autocrático: “[...] especialmente os sanitaristas e dirigentes da saúde pública, como intelectuais subordinados aos interesses dos grupos dominantes, nacionais e estrangeiros”, em que pese uma pitada de nacionalismo (Hochman, 1998:60). Ei-los então reconduzidos ao universo intelectual da Primeira República: positivista (evolucionista) e sobretudo impregnado de nacionalismo.

A crítica nacionalista se encontrava tão a postos que as reações defensivas sobre a independência e autonomia do pensamento brasileiro foram quase que instantâneas. Mal se punha o bolo no forno e Adamastor Cortez (1926) já justificava: “Os Centros de Saúde de São Paulo não são cópia dos seus congêneres estrangeiros, mas adaptação de elementos julgados bons em aqueles e de novas actividades necessarias ao nosso meio e com orientação exclusivamente nossa”. Seria como que um mantra diário para todos os sanitaristas que defendiam os CSs. Barros Barreto via motivos suficientes para defender com afincos sua identidade nacional²⁷:

²⁷ É interessante que se refira aos continentes americanos como “America”, no singular: “países da America”; ou “[...] a experiência na América [...] (como já se faz no Uruguai)” (Barreto, 1939:15 e 19).

O que se admitiu no Brasil, guardando aliás muito pequena similitude com as normas norte-americanas, foi que houvesse interferência federal bem direta, para solução de problemas de vulto, de caráter nacional ou mesmo regional; em inúmeros casos, porém, têm sido tais atividades empreendidas com a cooperação estadual. Pugnou-se, como era óbvio fazer, pela entrega de sua direção a médicos sanitaristas; fora deste ponto, afastamo-nos, em quase tudo mais, da orientação norte-americana. [...] O fato, afinal, é que o nosso sistema, tão criticado pelo Ministro Athayde, nada teve de norte-americano (Barreto, 1937:192-3).

Em todo o caso, seria um erro crasso querer imputar qualquer simulacro de malevolência, ou de omissão deliberada de uma agenda oculta travestida em discurso nacionalista. Nem os mais radicais opositores que se seguiram dentro do movimento sanitário aventavam insinuações neste sentido. Mesmo para apresentá-lo como dono de um discurso equivocado, Mário Magalhães cuida de não deixar incertezas sobre as intenções de José Paranhos Fontenelle, um dos mais notáveis sanitaristas clássicos: “[...] eminente homem de saúde pública a quem nunca deixamos de prestar nossas homenagens pela sua dedicação, honestidade e interesse nos cargos que exerceu [...]” (Silveira, 2005: 138)²⁸.

Há uma realidade paradoxal em tudo isto, pois que estavam de fato mais próximos da verdade do que o oposto. A história da OPAS deixa patente a sensação de que o nó central norte-americano apenas gerenciou – e financiou – os esforços da saúde pan-americana, mas cujo verdadeiro trabalho intelectual proveio das bases regionais, ainda que afinadas com as matrizes centrais. A realidade é que esse discurso orientado socialmente pouco se aplicava aos próprios EUA, onde os serviços sociais eram completamente independentes e fragmentários naquele meado de século (Gunn, Platt, 1946). Assim, o projeto brasileiro era mesmo brasileiro, e talvez o mais original de toda a América Latina e quicá universal – ainda mais se considerado a dimensão e inospitalidade dos locais de atuação do SESP. Os sanitaristas brasileiros

²⁸ Sobre José Paranhos Fontenelle: “[...] eminente homem de saúde pública a quem nunca deixamos de prestar nossas homenagens pela sua dedicação, honestidade e interesse nos cargos que exerceu [...]” (Silveira, 2005: 138).

eram mesmo nacionalistas e as soluções amazônicas, seringueiras, sertanejas e tropicalistas foram e são tão brasileiras quanto o carnaval e o Partido Comunista.

No ocaso do considero neste texto como “pensamento clássico”, Lanthem (1976) faz a seguinte leitura sobre a medicina comunitária fora dos EUA:

It can be said, fortunately, that the programs in community medicine in developing countries have not, as is so frequently the case, copied or emulated those in the United States or Europe. On the contrary; for the most part developing countries have set forth their ideas and programs independently of events elsewhere, according to their own needs and circumstances, and indeed in many instances have been well in advance, and more sophisticated, than their American or European counterparts. For once, at least, the learning process has been reversed; in this instance more can be learned from the experiences in developing countries rather than the other way around²⁹.

²⁹ Tradução livre: “Pode-se dizer, felizmente, que os programas de medicina comunitária nos países em desenvolvimento não têm, como é tão frequentemente o caso, copiado ou imitado os dos Estados Unidos ou Europa. Pelo contrário, a maior parte dos países em desenvolvimento estabeleceram suas idéias e programas, independentemente de eventos externos, de acordo com as suas próprias necessidades e circunstâncias, e certamente em muitos casos, têm sido mais precoces e mais sofisticados que os seus análogos norte-americanos ou europeus. Pela primeira vez, pelo menos, o processo de aprendizagem tem sido invertido; neste caso podendo se aprendido mais com as experiências dos países em desenvolvimento do que o oposto”.

Capítulo 3

Centro de Saúde e o devir

In every situation two processes seem to be involved: the making of a medical and social diagnosis, and the development of a plan of treatment, social or medical, or both.

Pomeroy, 1929

Prioridade sobre doenças prevalentes, epidêmicas e população vulnerável; acompanhamento da criança, escolar e gestante; vigilância; educação em saúde; fichários familiares e visita domiciliária. Territórios circunscritos em distritos de saúde; conselho comunitário; equipes de saúde; médicos com dedicação integral; investimento em especialização para atuação em saúde pública; e “ausculta direta das necessidades da população”¹. Que modelo assistencial primeiro vem à mente? Ou, o que é o que é: tem quatro patas, tem bigodes e faz miau?² Sem dúvida seria difícil desvincular a imagem deste conjunto de características do rol de preconizações recentes instituídas pelo PSF. Mas, por anterioridade ao “Centro de Saúde” cabe a primazia histórica. Tendo-o em vista, discorro agora sobre um suposto de continuidade secular, fruto de incontáveis transformações que amadureceram seu sentido de perenidade, como no devir de uma mesma pessoa beber da mesma água de um mesmo rio.

Pensando assim, segue-se a idéia de que a atual estrutura da Atenção Básica (AB), representadas na rede integrada de CSs e USFs, deve ser visualizada como o resultado atual de um processo de elaboração e amadurecimento teórico e de

¹ Paula Souza e Borges Vieira (1936).

² Faço aqui uma pequena homenagem ao estimado professor Henrique Francé, com quem tive uma breve, porém marcante convivência nos anos de residente no SUS - Santa Marcelina. Fugitivo dos espaços de “muita excelência para pouca essência” figura em destaque no meu imaginário sobre medicina, ética, cuidado e saúde pública.

experiências nacionais e internacionais ao longo de todo o século XX, como abordado por Campos (2007). No Brasil o PSF conferiu de vez a centralidade do CS/USF no discurso do sistema de saúde, que se reencontrou diante da exigência de soluções para velhos e novos males. Traduzindo ao gosto da literatura, muito mais acúmulo normal do que ruptura paradigmática.

Não se trata, cabe assegurar de antemão, de um argumento teleológico que enxerga uma linearidade obrigatória de encadeamentos históricos previamente intencionados. Absolutamente este foi um caminho heterogêneo, rico em originalidades, nuances, rupturas e intencionalidades. Nesta trajetória nota-se um conjunto de temáticas reincidentes, todas sujeitas a alternâncias e graus diversos de visibilidade. Coordenação, integração, integralidade e suas derivações que desembocam na atualíssima “rede assistencial”, não são outra coisa senão remodelamentos impingidos pela crescente percepção de necessidades de saúde, complexidade social e tecnológica.

Uma sentença lapidar imprime admirável conexão entre idéias presentes e de antanho, destilando afinidades no pensar: “Centro de Saúde: ‘eixo’ de organização sanitária”, representação índice sobre a visão das prerrogativas que os CSs deveriam ter nos serviços de saúde pública (Souza, Vieira, 1936). Renovado os desafios em saúde e ressignificado o conjunto da obra, muitas décadas depois sua essência viria se manifestar no desígnio da Atenção Básica como “eixo” estruturante do SUS³.

ORIGENS E PROPAGAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE

O contexto histórico que envolve o CS supera amplamente as fronteiras brasileiras e sua configuração resulta de um longo e constante aprimoramento entre as experiências internacionais e a realidade local. Por isto, antes de adentrar pelos caminhos tupiniquins, vale contextualizar o campo em que se inseriu e floresceu.

³ Expressão comumente encontrada nos textos sobre PSF/Atenção Básica: “Os Secretários de Saúde propõem o fortalecimento da Atenção Primária nas Secretarias Estaduais de Saúde, entendendo-a como eixo fundamental para a mudança do modelo assistencial” (Brasil, 2004:9). Por último este papel de “eixo” vem sendo atribuído à regionalização: “A regionalização foi, por isso mesmo, definida como eixo estruturante do Pacto pela Saúde 2006” (Brasil, 2006:10).

George Rosen, um dos principais historiadores da saúde, descreve que o CS teve suas origens na mentalidade filantrópica norte-americana nos idos de 1910, quando segmentos sociais preocupados sobretudo com a segurança da ordem social futura, numa confluência de sentimentos que iam da repulsa à consternação ante as condições miseráveis das famílias de bairros de imigrantes, começam a se mobilizar numa oferta de serviços comunitários em saúde direcionadas àquelas populações. (Rosen, 1980)⁴. Este autor rememora o trabalho pioneiro de Lilian Wald no empreendimento de um serviço de enfermagem aos imigrantes pobres em Nova York (Rosen, 1980:377), embora não o defina como um centro de saúde. Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira, que vivenciaram aqueles movimentos iniciais nos EUA e trouxeram a idéia para São Paulo, corroboram com o pioneirismo de Wald como precursora do movimento do CS, ao “reunir as actividades districtaes de assistencia social ás actividades sanitárias”, em 1893 (Souza, Vieira, 1936).

Sob a designação CS, a primeira experiência fugaz teria ocorrido em Pittisburgh com o médico W.C. White, mas, de modo mais sistemático por Wilbur Phillips em Milwaukee em 1911, empreendimento que acabou de fato figurando como pioneiro (Tobey, 1921; Rosen, 1980). O modelo desenvolvido por Phillips sofrera declarada influência da rede de centros de atendimento infantil desenvolvida em Paris pelo médico obstetra Pierre Budin em 1892, além de uma perspectiva socialista que contrastava com o papel caritativo usual, o que por fim dificultaria sua viabilização (Rosen, 1980). No entanto, segundo Terris (1963), a primeira proposta extensiva teria ocorrido em Nova York em 1919 com a idéia da oferta de serviços médicos através da inclusão de hospitais como partes “essenciais dos centros”, legislação aprovada no ano seguinte. Um paralelo desta experiência com o surgimento dos CS em São Paulo foi elaborado por Castro Santos e Faria (2002).

Walter Brown, procurando a resposta para o que seria o CS em 1920, reconhece movimentos parecidos na Bélgica, Canadá, Inglaterra e França, este último denominado “Alliance for Social Hygiene”, aos quais se refere como um panorama de “alguns típicos exemplos da origem e desenvolvimento da idéia do CS em várias

⁴ Capítulo XIV: “O primeiro movimento de centro comunitário de saúde: ascensão e queda”. (Rosen, 1980:371).

partes do mundo”⁵, sem esclarecer, contudo, o grau de originalidade naquelas experiências (Brown, 1921). Sabe-se que, antes do movimento nos EUA, “Centro de Saúde” já era uma denominação utilizada na Inglaterra para denominar serviços voltados à proteção infantil (Tobey, 1921).

Em sua revisão, Reinaldo Ramos nos oferece uma leitura menos determinada sobre seus antecedentes. Segundo aponta, registros remotos da organização de atendimento médico coletivo à população pobre através de estabelecimentos denominados dispensários estão descritos na França e Inglaterra do século XVII. De evolução incerta, em 1801 os dispensários de Londres atendiam anualmente uma população pobre de cerca de 50 mil pessoas, parte considerável em domicílio. Fatores políticos, econômicos e militares teriam sido responsáveis por introduzir o ideário preventivo aos dispensários, ganhando contornos específicos em favor da criança, da gestante e em seguida à patologias específicas como tuberculose, lepra e doenças venéreas. Assim, em sua opinião, estas unidades monovalentes focadas na prevenção e que se difundiram pela Europa e EUA por volta da primeira década do século XX teriam representado a institucionalização das práticas preventivas tornando-se um “marco de inegável importância na evolução histórica dos serviços locais de saúde” (Ramos, 1972:40). Ainda em sua visão, foi a necessidade de organização das atuações independentes e especializadas para diminuir custos administrativos, superposição de cobertura e ações que deu origem ao princípio do “all-under-one-roof-principle” em que se baseou a ideia moderna dos CS (Ramos, 1972:41).

Nos moldes em que se originam e desenvolvem nos EUA, os CSs apresentavam caráter comunitário, organização por regiões distritais e serviços baseados na assistência social, adidos de algum tipo de assistência médica. O financiamento variava entre o privado, público ou misto (Rosen, 1980). O crescimento numérico deste tipo de instituição se acentua a partir de 1919 com forte expansão em 1920, quando se contabilizavam 385 CSs nos EUA (Tobey, 1921).

Philip Platt, em 1921, formula a tentativa mais precoce e influente de categorizar os CSs, definindo-os em cinco tipos: Tipo I, limitado à educação em saúde; Tipo II, em

⁵ Livre tradução do autor.

que acrescenta o tratamento médico dos doentes; Tipo III, caracterizado como um departamento de saúde em miniatura descentralizado no distrito; Tipo IV, composto por médicos peritos e voltado exclusivamente para o diagnóstico médico e treinamento de médicos menos experientes; Tipo V, com ênfase positiva sobre a possibilidade e conveniência da boa saúde, interessado em pessoas saudáveis ou apenas ligeiramente pessoas indispostas. Dá cuidadoso exame físico para o bem das pessoas. “Não é um dispensário, pois não oferece tratamento médico. Ele pretende criar um “Desejo de Saúde”⁶.

Mas, também desde muito cedo ficou muito evidente a dificuldade conceitual em relação aos CSs. Para Davis (1927) a proposta somente poderia ser conceituada em princípios gerais:

A observação de um grande número de centros de saúde leva a indicação de dois aspectos que todos aqueles estudados parecem apresentar: primeiro, a seleção de um distrito definido ou de uma unidade populacional, com o objetivo de servir todos que precisem dos serviços oferecidos no interior desta comunidade; segundo, coordenação dos serviços dentro desta área, englobando tanto os meios fornecidos pelos próprios centros de saúde quanto aqueles oferecidos por outras agências. A seguinte definição, portanto, poderia se estabelecida: um centro de saúde é uma organização que fornece, promove e coordena o serviço médico necessário* e o serviço social relacionado a um distrito específico⁷.

Experiências positivas deram estímulo ao surgimento de projetos mais ambiciosos e com resultados promissores, mas as tentativas de estender este tipo de ação pública para populações maiores esbarraram numa grande resistência da política de mercado, reforçada pela própria corporação médica, o que resultou em rápido declínio das iniciativas ainda na década de 1930 (Rosen, 1980). Castro Santos e Faria (2002)

⁶ Tradução livre. O CS tipo V marcaria os primórdios discursivos no Brasil: “Type V is differentiated from the preceding types by reason of its positive emphasis on the possibility, and the desirability, of good health. It is primarily interested in the well or only slightly indisposed person. It gives careful physical examinations to well people. It is not a dispensary for it does not give medical treatment. It wishes to create a ‘Will to Health.’”

⁷ Livre tradução. *Este termo é usado em um senso amplo para incluir tanto trabalho preventivo ou curativo.

assinalam esta feroz resistência como um movimento de oposição à tentativa de “sovietização” dos EUA. De fato, Winslow descreve que, em 1932, o relatório do comitê sobre os custos da assistência médica, no qual propunham a organização do cuidado médico a partir de grupos multiprofissionais integrados ao serviço hospitalar, financiados em grupos através de seguros saúde ou impostos, fora qualificada pelo *Journal of the American Medical Association* de socialismo, bolchevismo e incitação à revolução (Winslow, 1947). Neste contexto, o exercício público da medicina clínica ficaria estigmatizado pela possibilidade de associação com a “medicina socializada” (Mountin, 1940)⁸.

Independente das altercações norte-americanas, a idéia do CS já havia se disseminado mundo afora levada pela fundação Rockefeller e em menor escala por outras como Commonwealth Fund, Milbank e da Cruz Vermelha. Nos anos 1920, vários países europeus receberam auxílio para instalação de CSs no pós-guerra, entre eles a Áustria, Tchecoslováquia, Letônia, Polônia, Bulgária e Espanha (Ramos, 1972). Nas Américas a influência norte-americana foi intensiva. Através da International Health Commission (IHC), criada em 1913 e renomeada International Health Board (IHB) em 1916, a Fundação Rockefeller levou precocemente suas idéias ao Equador, Argentina, Colômbia, Chile, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Panamá, El Salvador, Jamaica, Trinidad e Tobago, e Granada⁹. No oriente suas ações se estenderam para países como Ceilão, Índia, Malásia, Coreia, Tailândia, China, Japão, Iraque, Líbano, Turquia e Israel (Faria, 2007:78). A Conferência Européia de Higiene Rural realizada em Genebra em 1931 foi um importante marco internacional de consolidação do ideário dos CSs (Societe, 1931).

Por motivos diversos, algumas experiências ganhariam notoriedade internacional. Destas, sem dúvida, a mais importante foi aquela desenvolvida na China pelo jovem médico John Grant, filho de missionários que por lá aportou em 1919 pelas mãos do *International Health Board* da Fundação Rockefeller para conduzir um inquérito

⁸ Como reflexo desta aversão, segundo César García a “medicina preventiva” viria ser uma expressão alternativa para “medicina social” em função do patrulhamento marcatista os EUA (García, 1989:150).

⁹ Ver Reinaldo Ramos (1972).

sobre a ancilostomose. Na década seguinte, tendo em mente a saúde pública como parte integrante do desenvolvimento sócio-econômico e da integração entre medicina preventiva e curativa, desenvolveu com o governo local projetos urbanos e rurais centrados no que denominou de “health demonstration stations”, que abarcavam uma ampla atividade de treinamento, investigação e assistência médica atingindo uma população de 400.000 pessoas. Influenciado pela perspectiva de regionalização já assinalada pelo Informe Dawson na Inglaterra (Informe, 1964), as ações eram dirigidas para um território geograficamente delimitado e se baseavam em levantamentos epidemiológicos para avaliar necessidades e elencar prioridades de intervenção, além de um programa de avaliação dos resultados. Anos mais tarde a idéia do treinamento revolucionário dos médicos pés-descalços estaria imbuída das tecnologias desenvolvidas nessa parceria (Desrosiers, 1996; Bu, Fee, 2008). Com o conhecimento acumulado Grant viria se dedicar especialmente ao campo da integração e regionalização dos serviços de saúde, com base nas unidades locais (Grant, 1947, 1953, 1955, 2008).

Vale ainda mencionar duas pelo menos duas outras experiências que se notabilizaram pela originalidade. Em 1935, o casal George Scott Williamson e Innes Hope Pearse, idealizou nos arredores de Londres um misto de centro de saúde e lazer denominado “The Pioneer Health Centre”, mais conhecido como “The Peckham experiment”¹⁰. O objetivo primordial era determinar as bases biológicas de uma saúde positiva, tendo como parâmetro o papel do ambiente no desenvolvimento da criança. Neste intento, iniciou-se um programa com 500 famílias cadastradas, submetidas a uma observação contínua que incluíam exames médicos periódicos e avaliação das relações familiares e sociais, especialmente de lazer. A Segunda Guerra não poupou este experimento de seus estragos, deixando-o para os anais da história dos CSs ao ser enterrado definitivamente pela criação de um serviço nacional de saúde (NHS) como parte das políticas de bem-estar social do pós-guerra (Barlow, 1985).

Uma experiência menos difundida, mas de grande relevância prática, ocorreu em 1942 numa remota área rural da África do Sul quando, logo após se graduarem, o

¹⁰Ver uma página específica. [acessado em 03/fev/2009]. Disponível em: <http://www.thephf.org/>. Nesta data “The Pioneer Health Foundation” oferecia uma premiação de £500 para o melhor ensaio com o título sugerido de ‘The Relevance of the Peckham Experiment in the 21st Century’.

casal médico Sidney e Emily Kark se muda para Pholela com o objetivo de estabelecer ali um centro de saúde. Com o apoio inicial de “enfermeiras de família” e um dentista, desenvolveram um projeto de medicina social sustentado em rigorosos inquéritos epidemiológicos e organizado em torno da educação em saúde e participação comunitária, em que a assistência clínica, embora essencial, cumpria papel acessório (Tollman, 1991; Susser, 1999; Mullan, Epstein, 2002). Nos dizeres de Kark e Cassel (1999:440):

As características essenciais que foram desenvolvidas incluem cuidado para o doente e a prevenção de doenças pelo médico e enfermeira, associados com programa de educação em saúde conduzido por ‘assistentes de saúde’ especialmente treinados.

A assistência em Pholela dispunha de um “serviço geral”, de acesso livre ao atendimento ambulatorial para doenças, gestação e puericultura independente da origem das pessoas, muito embora encorajasse migrantes a procurarem atendimento em seu próprio local de moradia. O “programa de saúde familiar e cuidados médicos” era restrito à comunidade local, sendo cada médico responsável por 400-500 famílias (2.500 a 3.500 pessoas). Entre as principais atividades do CS estavam os tratamentos domiciliares; ações curativas e preventivas por enfermeiras; grupos de gestantes e mães; e educação em saúde por assistentes de saúde locais. A observação sistemática dos aspectos sociais, demográficos e culturais da área, e uma cultura de avaliação e monitoramento epidemiológico contínuo compartilhado com os habitantes, resumem a idéia geral (Kark, Cassel, 1999).

O impacto nos níveis de saúde local foi dramático, representadas nos indicadores de mortalidade (geral, infantil e neonatal), doenças transmissíveis (ectoparasitoses, sífilis), e estado nutricional da população. Neste quesito, o apoio do CS na organização comunitária de uma cooperativa de sementes para cultivo de hortas de subsistência mostrou-se essencial (Kark, Cassel, 1999).

Sidney Kark, levado por razões do *apartheid*, transferiu-se para Israel onde desenvolveu uma ampla visão do papel do CS como instrumento social. Antes mesmo de Alma-Ata já havia se apropriado da expressão “atenção primária à saúde”.

Mais tarde suas idéias viriam ser organizadas conceitualmente em torno da “atenção primária orientada à comunidade” (Kark, 1974; Tollman, 1991; Susser, 1999).

Voltando ao cenário de origem, Joseph Mountin (1949), um dos mais importantes intelectuais da saúde pública norte-americana, descreve um aumento de interesse na “saúde da comunidade e individual”, com a elevação de 41 para 261 “distritos de saúde locais” entre 1935 e 1948 nos EUA. Revelador da dificuldade conceitual, o autor dá preferência à expressão “unidades de saúde local” no lugar de CS.

Até então, *grosso modo* o assunto mantinha-se circunscrito aos desígnios políticos da organização dos serviços de saúde pública. Na década de 1940, entretanto, a questão dos CSs entraria decisivamente no campo da educação médica, motivada pelo debate sobre os efeitos da transição epidemiológica invalidando qualquer possibilidade de separação entre medicina curativa e preventiva (Mountin, 1949; Terris, 1975; Desrosiers, 1996). Neste contexto ficaria famosa e seria reproduzida sistematicamente a recomendação conjunta da Associação Americana de Hospitais e Associação Americana de Saúde Pública: “A medicina preventiva e a curativa atingiram um estágio de desenvolvimento que mister se torna, presentemente, conduzi-las lado a lado, tanto física como funcionalmente” (Coördination, 1948 – livre tradução).

Os novos ideais alteraram a maneira como se via os CSs, cujas “funções mínimas” se traduziam no “basic six”: estatísticas vitais; saneamento; controle de doenças infecciosas; serviços de laboratório; saúde materno-infantil e educação em saúde (Terris, 1975). Com a prevalência de doenças crônicas, o foco da prevenção se estende também para a prevenção da progressão das doenças e complicações associadas, redefinindo a idéia de “atividades” mínimas para responsabilidades dos departamentos de saúde: registro e análise dos dados em saúde; educação e informação em saúde; supervisão e regulação; provimento de direito de serviços de saúde ambiental; operação dos equipamentos de saúde; administração de pessoal e coordenação das atividades e recursos (Terris, 1975).

Na educação médica o grande marco discursivo seria estabelecido na reunião de escolas médicas norte-americanas em 1952, conhecida como Conferência de

Colorado Springs, quando se estabelecem novos padrões de ensino médico, com a superação da higiene em favor da medicina preventiva e promoção à saúde (Wolf Jr, 1964; Desrosiers, 1996)¹¹. Deste encontro emanariam as conferências chilenas patrocinadas pela OPAS para difusão desses novos referenciais na América Latina em 1955-6 (Mascarenhas, Piovesan, 1961). O fato é que a partir deste momento se desperta um amplo movimento na educação médica com programas acadêmicos e pesquisas voltadas para os CSs. Nesta perspectiva surgem tentativas de conceituações como a própria medicina preventiva, medicina integral, medicina/saúde comunitária e atenção primária, mas que não serão motivos deste texto. Entretanto, destas idéias derivam pelo menos dois conceitos diretamente relacionado aos CSs: o “CS Integral – ou Compreensivo, ou Abrangente – (*Comprehensive Health Center*)” e o CS Comunitário de Bairro (*Neighborhood Community Health Center*).

O primeiro se refere diretamente ao problema da integração da medicina preventiva com a medicina curativa, portanto, da regionalização dos serviços, cujos maiores ganhos se revelariam tanto na racionalidade administrativa quanto na continuidade e coordenação do cuidado. As idéias envolvidas são anteriores, mas a chamada por “comprehensive community health centers” aparece em 1932 no relatório do comitê para avaliação de custos da atenção médica (Terris, 1963). Depois da II Guerra, o termo “comprehensive” seria extensivamente utilizado na educação médica em oposição a crescente tendência de especialização e fragmentação do cuidado (Reader, Soave, 1976). De um lado, a idéia de integrar os serviços – para a qual o termo *integration* também é utilizado –, traduzido na construção contígua entre CS e hospital, de outro o olhar abrangente sobre os aspectos sociais e humanitários envolvidos na assistência.

“Community health care” foi uma proposição primeiramente enunciada por John Grant, diferenciada pelo caráter de avaliação e provisão de serviços de saúde voltados para grupos populacionais, distintivo da visão do provimento de recursos para o cuidado médico individual. Essencialmente, tratava-se de uma proposta de

¹¹ Note-se que a expressão “Medicina Preventiva” não era nova, tendo mesmo sido pautada no discurso de inauguração da *American Public Health Association* em 1873 (Terris, 1975).

cuidado coletivo voltado para as necessidades de saúde local e regionalização dos serviços (Grant, 2008; Lathem, 1976). Na década de 1960 um movimento nascido entre estudantes de medicina da Universidade de Kentucky e reverberado por demandas sociais relacionadas às minorias e ao empobrecimento desemboca na idéia da medicina comunitária. Destituída de aproximações com o universo da saúde comunitária desde Grant, o ambiente universitário a teria percebido como uma “pequena revolução” (Lathem, 1976).

Incorporado como componente da política governamental de “guerra à pobreza” desencadeada pelo presidente Lyndon Johnson, a proposta dos CSs sofreu uma nova inflexão nos anos 1960, com o programa de saúde comunitária delegado ao “Office of Economic Opportunity” (OEO). O principal objetivo era a diminuição das disparidades sociais e em saúde que atingiam as minorias étnicas e sociais, os pobres e os não segurados: “equal access to health services for the poor... so that they do not have to batter their dignity for their health”. Surgia a nova designação de “neighborhood health centers”, que como recurso local deveria funcionar com o envolvimento de toda a comunidade: “of the people, by the people, for the people” (Gordon, 1969; Adashi et al., 2010). Embora apareça como novo referencial, em sua especificidade dificilmente poderia ser diferenciado das idéias elencadas nos outros momentos, como o seria a medicina de família e atenção primária (Lathem, 1976, Reader, Soave, 1976; Desrosiers, 1996)¹².

A política do centro de saúde “de bairro” no entanto não chegou a lograr a inovação social pretendida, resultando em subutilização dos serviços, baixa participação da comunidade e tênue apoio da comunidade médica. Para Gordon (1969), subestimou-se as habilidades e agilidade necessárias ao enfrentamento das resistências políticas envolvidas. Os CS compreensivos não conheceram melhores condições (Renthal, 1971).

Embora tenham agregado conceitos como promoção à saúde, não se pode dizer que as idéias relacionadas aos CSs evoluíram substancialmente nos EUA nas décadas

¹² Em outro texto fizemos uma aproximação inicial com o conceito de atenção primária que corrobora neste sentido (Mello et al., 2009).

seguintes a ponto de estender esta revisão (Desrosiers, 1996). Cabe mencionar que em pleno século XXI os CSs comunitários podem vir a ter nova oportunidade na reforma pretendida pelo governo Obama (Adashi et al., 2010).

No cenário internacional os CSs – e a educação médica relacionada – trilharam caminho mais abrangentes e com menos resistência dos que nos EUA. Como é amplamente conhecido, em 1978 todo este discurso transmutou-se em Alma-Ata para a Atenção Primária à Saúde, com sintomas de globalização patrocinados pela OMS/UNICEF. Como se viu, embora tenha tido papel essencial na matriz discursiva dos CSs, a abordagem de modelos internacionais em Serviços Básicos/Atenção Primária à Saúde capitaneada por autores como Oscar Gish (1990) e Keneth Newell (1975), passaram ao largo de qualquer exemplo norte-americano. Deve-se reconhecer, entretanto, que desde as origens o discurso dos CSs sempre esteve voltado para populações de alto risco e vulnerabilidade social, com o tempo se estabelecendo na perspectiva de desenvolvimento sócio-econômico local, como firmado em Alma-Ata (WHO, 1978). Assim sendo, não seria de esperar que os exemplos mais apropriados de programas comunitários de saúde tivessem mesmo origem na realidade dos EUA.

ORIGENS E PROPAGAÇÃO DOS CSs NO BRASIL

Os CSs foram introduzidos na América do Sul primeiramente e de forma experimental no Instituto de Hygiene da cidade de São Paulo em 1923, então designado “Centro de Saúde Modelo”. Dois anos depois a reforma do Serviço Sanitário – “reforma Paula Souza” – oficializou a política dos CSs na saúde pública paulista prevendo a criação de cinco CSs na capital (Souza, Vieira, 1936). Na mesma época propostas semelhantes surgiam em vários outros estados (Fraga, 1928; Britto, 1930; Magalhães Netto, Chaves, 1930; Agrícola, 1930; Barreto, 1937, 1938). Washington Luís, fiador de Paula Souza na política paulista, levaria os CSs ao discurso presidencial (Trecho da mensagem, 1930).

A idéia era inovadora, mas não completamente original por aqui, porquanto idéia próxima já vinha sendo desenvolvida pelos postos de higiene instalados em parceria com a Fundação Rockefeller. Proposto ao combate das três principais endemias: ancilostomose, tracoma e malária, o “Posto Municipal Permanente” se destinava “[...] não sómente manter e melhorar os resultados obtidos pelas campanhas intensivas, como também a enfrentar, de modo mais completo e definitivo, outros problemas sanitários, que não o da alçada da campanha intensiva propriamente dita” Sua atividades se resumiam em nove pontos essenciais: “educação sanitária; tratamento das endemias – ambulatórios; prophylaxia das endemias; inspecção medico-escolar; laboratorio; combate ás endemias; prophylaxia das epidemias; stock das vacinas e sôros; policiamento sanitario – vistoria das casas, etc.” (Souza, 1926a:48-9)¹³. Portanto, os CSs não os vieram substituir, mas complementá-los numa escala hierárquica de complexidade que, para não fugir à regra, mostrou mais valor nas páginas acadêmicas do que no terreno das práticas.

Foram várias as tentativas de classificação dos CSs quanto à complexidade, idéia originária em Platt (1921) e que sugeria sua subdivisão em cinco tipos de acordo com os serviços oferecidos. O tipo V, que se concentrava em ações preventivas, acabou sendo defendido de maneira mais convincente por alguns dos principais pioneiros entre nós (Souza, Vieira, 1936). Seguiram-se as mais diversas ordens de proposições sobre nomenclaturas e hierarquias em que figuram denominações como: Posto de Higiene; Subcentro de Saúde; CS1 e CS2, Posto de Higiene1, PH2, PH3; Sub-Pôsto; Pôsto-Médico; Unidade Sanitária A, B e C; Unidade Sanitária-Hospital; Hospital-Sub-Centro; CS de primeira, segunda e terceira classe; Centro de Saúde-hospital; Unidade Mista; etc (Barreto, 1931; Morena, 1946; Penido et al., 1953; Mascarenhas, Castro, 1955b; Ramos, 1972).

Barros Barreto (1938), tentou esclarecer:

“Procura-se no Brasil limitar a denominação de Centro de Saúde à unidade sanitária que tiver, no mínimo, além de pequeno laboratório e serviço de visitadoras, as seguintes atividades, a cargo de especialistas: tuberculose

¹³ Original em tópicos. As aspas servem para preservar a escrita original.

(tisiólogo), higiene da criança (pediatra), pre-natal (parteiro), doenças transmissíveis agudas (epidemiologista, médico sanitарista), saneamento e polícia sanitária (médico sanitарista ou melhor engenheiro sanitário), higiene do trabalho e da alimentação (médico sanitарista).

Unidades mais simples do que estas deveriam denominar-se “Posto de Higiene”. Não vingou e sequer deram conta de uma classificação outras futuras normativas federais (Brasil, 1954). Fontenelle em 1941 já alertava: “É o «Centro de Saude», o «Posto de Saude», a «Delegacia de Saude», ou que outro nome, mais ou menos expressivo, se lhe queira dar. O importante é a coisa, não o nome”. Mais tarde seria Mascarenhas a jogar a toalha ao sugerir a reorganização¹⁴ do serviço sanitário paulista em termos genéricos de “unidades locais polivalentes”: “Tôda a ação local deve ser entregue a um órgão local, tenha o nome que tiver (pôsto, centro de saúde, unidade integrada)” (Mascarenhas, 1964). Na prática a classificação tinha função relativa, como diriam Yunes e Bromberg (1975): “Os nomes foram mudados, as condições físicas, humanas e materiais praticamente permanecem”.

Iniciado em 1976, o projeto de assistência comunitária “Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)” marcou uma época mais recente em que diferenciava “Postos de Saúde” e “Centros de Saúde” em função da ausência do médico (e equipe) no primeiro (Bodstein, Fonseca, 1989). O fato é que centro de saúde, “CS”, posto de saúde, unidade básica, ou “postinho”, como ainda se ouve com carinhoso desapeço, fundiram-se em sinonímia, pairando com natural desenvoltura no vocabulário cotidiano do século XXI. (Figura 2)

Uma coisa é certa, a dificuldade conceitual já nasceu com o CS e desde muito cedo foi percebida a multiplicidade de práticas que se desenvolviam sob aquela denominação (Calver, 1920; Brown, 1921). Embora os esforços despendidos também tenham sido precoces (Platt, 1921), o tempo se encarregou em mostrar que seriam as especificidades locais em última análise que iriam determinar as práticas e não os conceitos (Wilinski, 1927; Menchaca, 1950).

¹⁴ Complementa “que não seria propriamente uma reorganização e sim uma organização, pois esta secretaria de Estado jamais foi organizada” (Mascarenhas, 1964:68).

Mas para quem não está no encalço da inglória exatidão conceitual o ofício é menos árduo, pois existem mais pontos em comum do que divergentes entre as diversas definições e propostas. Aquele que lhe confere maior identidade é a idéia central de apoio e assistência médica e social às populações pobres ou em vulnerabilidade social como elemento integrante das políticas sociais e de saúde pública - sem desconsiderar a questão da ordem social e controle do mal comum (Hochman, 2008). No plano mais geral concordam sobre seu papel na coordenação de serviços; racionalização de ações e custos; atribuição de vigilância e tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas; e em especial na difusão dos preceitos referidos como educação em saúde, com foco concentrado na atenção ao cuidado materno-infantil. Idéias como a definição de um território fixo de atuação, com maior ou menor flexibilidade, evoluíram sem maiores percalços, senão ante as dificuldades naturais impostas pelos critérios políticos de delimitação, ou na definição do tamanho da população ideal ou possível a ser servida. Outras questões se mantiveram mais polarizadas ao longo dos anos. Entre nós, três saltam aos olhos: a maior ou menor especialização dos serviços; a necessidade de formação profissional especializada em medicina e enfermagem para atuação nos CSs/saúde pública; e o papel da assistência curativa nos CS¹⁵.

Sobre a especialização dos serviços, Paula Souza e Borges Vieira abordam o tema desde o início, citando uma pesquisa realizada em Nova York entre 1922 e 1923, o “Easten Harlen Demonstration”. Tinha como razão determinar qual dos serviços de visitadoras seria mais efetivo: o “polyvalente”, onde cada visitadora abordava o conjunto de atribuições sanitárias das organizações envolvidas; e o “monovalente”, onde as visitadoras atuavam de forma especializada. Em conclusão, as visitadoras “polyvalentes” tiveram um rendimento superior, com “vigilância sanitária sobre 40% mais de indivíduos” e “40% mais de visitas a domicilio”, sem prejuízo da “qualidade”. A explicação estaria no foco individual da natureza especializada, contraposto à abordagem familiar das visitadoras polivalentes (Souza, Vieira, 1936).

¹⁵ Estas tertúlias parecem infundáveis e se fazem presentes ainda em tempos atuais. Podemos identificá-las, por exemplo, em propostas como a renovação da Atenção Primária (Opas, 2005), nas discussões sobre a especialização em medicina de família (Mello et al., 2009b), ou na inserção de especialistas nas equipes das USF (Pinotti, 2008).

Centro de Saúde de Inhaúma

Centro de Saúde de Inhaúma — Sala de espera

Figura 2. Centro de Saúde no Rio de Janeiro (Fraga, 1928).

O problema da inclusão da assistência curativa nas atividades dos CSs foi sem dúvida uma das questões mais apreensivas. Sem que esteja devidamente claro o motivo, no Brasil os pioneiros de modo geral defenderam o CS do tipo V, que na visão do próprio Platt “[...] mais se aproximaria do ideal de Centro de Saúde do que os outros” (Platt, 1921)¹⁶. Tal visão predominou por décadas e foi denominada “dualista”, isto é, apregoava a separação institucional das atividades preventivas daquelas consideradas curativas, em contraposição à proposta “unicista” da coexistência de ambas no CS:

Um dos pontos culminantes no assunto de organização, e talvez de todos o que mais se preste a controvérsias, é o atinente aos méritos dos princípios unicista e dualista, pelos quais se executam ou não por um mesmo pessoal os serviços públicos de higiene e de assistência ou medicina curativa (Barreto, 1939).

Influenciado pelos dispensários preventivos, figuras respeitadas no assunto defenderam este modelo dualista no qual o CS exerceria função exclusivamente preventiva: “Nenhuma prescrição fornecida, nenhuma doença tratada” era a preconização para unidades sanitárias de Boston, segundo descrevem Stoeckle e Candib (1969). Mas, segundo Reinaldo Ramos, mesmo nos EUA “[...] despontavam as evidências de que o centro de saúde puramente preventivo pertencia mais ao domínio da ficção que da realidade”. Para isto revisou em pormenores como o crescente questionamento da dicotomia preventivo versus curativo, a crise financeira de 1929 e a conjuntura sócio-cultural definiram a consolidação da assistência médica nos CSs norte-americanos; sem deixar de notar que os serviços de saúde pública nos EUA tiveram origem na assistência hospitalar aos comerciantes marítimos, e por isto, na realidade, o *US Public Health Service* nunca teria sido uma “agência puramente preventiva” (Ramos, 1972:77).

Esta seria uma questão delicada, provavelmente estimulada pelo mesmo motivo principal nos EUA: o potencial de interferir diretamente na medicina como prática liberal. Não era, com certeza, o único motivo. Havia um acertado receio de que a

¹⁶ Livre tradução

clínica viesse reclamar seu espaço em detrimento das ações preventivas e de educação sanitária. Ciente disto, nossas lideranças iniciais defenderam de forma enfática o modelo inteiramente devotado à educação sanitária (dualista): “[...] com a mentalidade formada mais no trato de doentes do que de sãos, é natural que a concepção unionista tenha predominado, mormente nos velhos países europeus” (Souza, Vieira, 1936:14).

Não seria tão simples, pois para aqueles sem a formação de Johns Hopkins a medicina sem assistência clínica não fazia sentido – e o tempo confirmaria este parecer –, como demonstra um dos mais importantes sanitaristas da época:

Entre nós, os primeiros propagandistas dos Centros de Saúde puseram demasiada ênfase em dizer que os Centros de Saúde não devem tratar a doença. Que espécie de obra de saúde pública iríamos fazer desamparando, na doença, os que necessitam de amparo e assistência? Como separar a medicina preventiva da curativa? (Plácido Barbosa, 1930)¹⁷

Embora especialmente acalorado neste ponto, o momento intelectual era de afeição pelo discurso científico e propostas de modernidade, de forma que não se pode falar em uma resistência sistemática à ideia dos CSs¹⁸, senão do domínio ideológico que se fazia acompanhar¹⁹. Tampouco se conseguiria defender uma maior singularidade na maneira em que foi pensado e implantado nos diferentes cantos do país. Independente da região, o pensamento sanitário difundido pela Universidade Johns Hopkins foi a matriz comum sobre o qual se edificou toda sua construção intelectual, tanto pelos vários convênios estaduais, quanto pelas três centenas de profissionais brasileiros agraciados com bolsas daquela instituição entre 1917-1950 (Castro Santos, Faria, 2002). No Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, mais de uma

¹⁷ Texto reproduzido também em Revista de Higiene e Saúde Pública 1930;4(2):45-54.

¹⁸ Merhy (1992) descreve uma acirrada disputa por “modelos tecno-assistenciais” na época de implantação dos CSs paulistas, mas sua versão encontra pouco fundamento em evidências históricas.

¹⁹ Era um momento de plena ideiação nacionalista, com críticas incisivas sobre o “americanismo” da constituição republicana (Torres, 1978; Viana, 2005). Arthur Neiva, depois de receber positivamente a chegada da Fundação Rockefeller, manifestaria uma evidente percepção sobre a mudança ideológica que se prenunciava, na qual a cultura de Pasteur/Manguinhos era carta fora do baralho (ver à frente).

centena de médicos haviam recebido bolsas de estudo nos EUA até 1947 (Silva, Moraes, 1948). Ainda na década de 1950 a Repartição Sanitária Pan-Americana (futura OPAS) também distribuiria algumas centenas de bolsas por ano, contribuindo para o que Cueto (2007:127) descreve como [...] “‘americanização’ do ensino médico e da saúde pública para a região”.

A verdade é que os diversos fóruns e intercâmbios promovidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)²⁰ deu um cunho continental à difusão das idéias, num verdadeiro pan-americanismo sanitário (Lima, 2002; Cueto, 2007). O imbricamento intelectual desta área nos é sinalizando por Reinaldo Ramos quando comenta que iniciou sua tese sobre a integração sanitária com o objetivo de focá-la no país, mas que “foi levado” pela literatura a estendê-la para a América Latina e então para outros países do mundo (Ramos, 1972:ii).

No terreno das práticas, onde a realidade se responsabiliza por imprimir a identidade local às idéias que voltarão a remodelar o discurso, os CS se desenvolveram em vários cantos do país e com o advento do SESP se estenderam para as regiões mais remotas. Assim, a par da matriz internacional, pode-se dizer que a construção discursiva e prática dos CSs no Brasil foi recheada de singularidades e aculturada na realidade dos sertões. A dinamicidade e abrangência da atuação dos sanitaristas históricos, sujeitos a constantes deslocamentos pelo país (Fonseca, 2000, 2007) e os congressos da Sociedade Brasileira de Higiene contribuíram no intercâmbio e homogeneização de idéias. Como diz Ramos referindo-se ao seu tempo de SESP: “[...] onde tivemos a ocasião de dirigir, instalar ou visitar unidades mistas em vários pontos do país” (Ramos, 1972:ii). Celso Arcoverde, sanitarista histórico, nos conta sobre a efervescência da medicina preventiva em meados do século XX em Pernambuco, crônica ilustrada por uma magnífica imagem de uma reunião preventivista em Afogados da Ingazeira em 1958, no Sertão do Pajeú a 380 quilômetros do Recife (Figura 3). Este intenso intercâmbio é retratado por Lina Faria (2007:53) que, pensando na devoção de Carlos Chagas, Artur Neiva, Belizário Pena e Astrogildo Machado, os evoca à simpática imagem de “caixeiros viajantes da saúde”.

²⁰ Denominação utilizada a partir de 1958 (Cueto, 2007).

Figura 3. “Reunião de Medicina Preventiva no município de Afogados da Ingazeira, no de Pernambuco, 1958. No primeiro plano Dr. Gilberto Costa Carvalho, Delegado de Saúde da 5ª Região, coordenador das reuniões” (Freitas, 1988:116).

A seguir, a segunda parte desta revisão se dedica a esmiuçar as idéias e propostas sobre o “systema” distrital dos CSs no país, dentro de um contexto de época e a partir do discurso direto de alguns de seus principais protagonistas. Os questionamentos e críticas surgem indiretamente, implícitos em incisivas respostas fornecidas nos textos. Esta opção se ancorou em duas percepções emergidas decorrer do estudo. Primeiro, a homogenia conceitual presente neste tema, independente do lugar de partida do enunciado, embora naturalmente oriundo em sua maioria do eixo Rio - São Paulo e publicações do SESP. Também, porque até que a efetivação política do Ministério da Saúde levasse definitivamente as decisões para a arena político-partidária, o pensamento político-sanitário se confundia com o discurso individual do eminente sanitarista à frente da pasta da saúde pública. Com efeito, é possível observar em São Paulo um gradiente progressivo de separação entre o discurso acadêmico e político no discurso dos autores selecionados. Na época de Reinaldo Ramos, ao contrário da organicidade das décadas anteriores e seguindo os passos de seu predecessor Rodolfo Mascarenhas, o “Departamento de Prática de Saúde Pública

da Faculdade de Saúde Pública da USP” se coloca claramente como sujeito externo nas decisões políticas, um parceiro acadêmico disponível à parceria com o serviço (Ramos, 1968, 1974).

A brevidade deste tempo histórico – inclusive relativa à oralidade – será inicialmente trabalhada aproveitando-se de um ligeiro traçado intelectual do pensamento paulista desde o primeiro CS até a década de 1970, ocaso do pensamento clássico. De braços abertos ligando as gerações, o eminente sanitarista e professor da Faculdade de Saúde Pública da USP Rodolfo Mascarenhas (1909-1979)²¹, que de um lado dá a mão a Geraldo de Paula Souza (1889-1951), a quem trata por “mestre”²²; e de outro passa o bastão para seu discípulo Reinaldo Ramos (1920-1990), professor da mesma instituição, ex-funcionário do SESP e contemporâneo da reforma sanitária recente²³. De permeio, o pensamento “federal” de João de Barros Barreto, figura notável com atuação política iniciada no Paraná e em São Paulo, para mais tarde fincar as bases da política nacional de saúde pública com Capanema e Vargas.

Não que pretenda ser a única trajetória possível, sequer a mais representativa. Uma ligeira folheada nos trabalhos históricos que se voltam para o espaço do Distrito Federal é o suficiente para ver como eles se mantêm ao largo do pensamento paulista (Lima Sobrinho, 1981; Campos, 2007). Certamente a opção por este ponto de vista eclipsa nomes essenciais como os de Plácido Barbosa²⁴, Clementino Fraga, José Paranhos Fontenelle entre outros. Mesmo assim, incorreríamos em débito com sanitaristas menos centrais como o pernambucano Amaury de Medeiros e o pitoresco cearense Rodolfo Teófilo, sobre o qual Lima et al. (2005, nota 2) convidam investigação específica²⁵. Sem esquecer o fenômeno Josué de Castro.

²¹ Não há estudos biográficos específicos, mas um pouco de sua trajetória é descrita por ele mesmo em sua tese de livre-docência (Mascarenhas, 1949). Ver também: Discurso do orador Prof. Reinaldo Ramos. Rev. Saúde Pública 1976; 10(3):271-4.

²² Dedicatória: “Aos meus mestres e amigos”: Prof. Charles-Edward A. Winslow; Prof. Clementino Fraga; Prof. Geraldo H Paula Souza; e Humberto Pascale (Mascarenhas, 1949).

²³ Para um sumário de seu currículo ver Sá (1991).

²⁴ Chamado de “grande vulto da higiene brasileira” por Barros Barreto (1957).

²⁵ Lira Neto (1999) apresenta uma revisão lúcida, abrangente e bem humorada deste sanitarista.

Mas, ainda que venha se tratar de uma linhagem eminentemente paulista, as raízes intelectuais comuns e pan-americanas dos CSs, o prestígio e pioneirismo de Geraldo de Paula Souza; a expressividade internacional de João de Barros Barreto; a originalidade e abrangência acadêmica de Rodolfo Mascarenhas; e a experiência sespiana de Reinaldo Ramos, lhe confere características gerais do pensamento clássico nacional que atende francamente aos propósitos desta parte do estudo.

Parte II

**São Paulo e o Pensamento Clássico em saúde
pública: do “serviço sanitário” ao “sistema de saúde”
(ou da “higiene à “saúde coletiva”)**

Capítulo 4

Geraldo de Paula Souza e a Primeira República: Educação Sanitária e Centros de Saúde distritais

Oh! este orgulho máximo de ser paulistanamente!

Mário de Andrade

Aquela era a irrequieta década de 1920, que se sacudia enquanto tentava recompor-se do colapso do sistema econômico internacional ocasionado pela Primeira Guerra. Para Karl Polanyi, todos os movimentos de levantes e contra-levantes seguidos à guerra, baixada a poeira, não deixaram de se apresentar como tentativas de recomposição solidificada do sistema político de equilíbrio-de-poder e economia internacional, responsável até pouco antes por inéditos cem anos de paz. Mesmo a revolução russa não estaria de fora desta identidade regional e do modelo europeu tradicional em busca da recomposição da economia de mercado (Polanyi, 2000:39)¹. Contrário às correntes estabelecidas, viu intenções “profundamente conservadoras” para aquele período, reservando o revolucionário apenas para a década seguinte.

Nesse reordenamento conservador do equilíbrio de poder mundial os Estados Unidos aproveitariam para reclamar definitivamente um quinhão que já vinha sendo cultivado por um século: o controle político e econômico das Américas; que passou a responder por pan-americanismo. Versado em 1823 e divulgado como doutrina de Monroe, o pan-americanismo previa a “solidariedade” continental pelo princípio de não intervenção européia nos negócios dos países americanos, é claro, rejeitando qualquer tentativa de novas colonizações. No ano de 1889, em Washington, foi

¹ Sugere duas revoluções separadas: “A revolução de 1917-20 foi de fato o último dos levantes políticos da Europa que seguiram o padrão do Commonwealth inglês e da Revolução Francesa. A revolução que começou com a coletivização das fazendas, por volta de 1930, foi a primeira das grandes mudanças sociais que transformaram o nosso mundo na década de 1930” (Polanyi, 2000:287).

realizada uma primeira conferência de aproximação com esse ideal², sendo a próxima abrigada na Cidade do México em 1901³. De interesse aqui, neste segundo encontro foi projetada a estruturação de uma Repartição Sanitária Internacional e travadas resoluções em saúde, ao final consolidadas no volume “Polícia Sanitária”. Para Marcos Cueto este teria sido o “[...] ponto de partida da institucionalização da saúde continental [...]”, isto é, o embrião da OPAS (Cueto, 2007:58).

Em 1906, no Rio de Janeiro, a III Conferência Internacional dos Estados Americanos ratificaria as decisões da Convenção Sanitária de Washington, reforçando a necessidade da participação de todos os países na próxima Convenção do México (Cueto, 2007). Naquele momento, entretanto, era outro o contexto político, pois o presidente dos EUA, Theodore Roosevelt, investia no sentido do reconhecimento internacional da tutela norte-americana sobre o continente, que se traduzia na anuência da intervenção militar dos EUA sobre as repúblicas americanas com a justificativa de evitar que outras potências estrangeiras o fizessem primeiro. À idéia pan-americana erguiam-se vozes dissonantes de intelectuais como o cubano José Martí. No Brasil a rebeldia coube à sagacidade do diplomata Oliveira Lima (2000)⁴ e à cultura aristocrática de Eduardo Prado (1961). Mas o coro favorável era imensamente superior (pelo menos dentro do universo que tinha alguma voz), e incluía a reverência de Joaquim Nabuco e simpatia do Barão de Rio Branco dentro do Itamarati.

Os Estados Unidos eram definitivamente o modelo a ser seguido. A constituição republicana de 1891 foi plasmada por Rui Barbosa no modelo norte-americano, de onde advém a própria imagem da República dos Estados Unidos do Brasil. Pelo mesmo motivo, a nova denominação para as províncias: “estados”. Republicanos como Alberto Sales admiravam-lhe o progresso e intelectuais da importância de

² I Conferência Internacional Americana, de 2 de outubro de 1889 a 19 de abril de 1890.

³ II Conferência Internacional Americana, de 22 de outubro de 1901 a 22 de janeiro de 1902.

⁴ Oliveira Lima reconhecia sua utilidade continental em ter afastado propósitos colonizadores no período. Entretanto era avesso a Roosevelt e seu “bengalão”, questionando o primado exclusivista de decisão para um país isoladamente, sobretudo desconfiando das intenções: “É ela, portanto, um instrumento de utilidade continental, contanto que sua feição não seja alterada; a saber, que de arma de salvaguarda se não transforme o instrumento em arma de subjugação, quiçá de domínio por anexações” (Lima, 1980:35).

Gilberto Freyre e Monteiro Lobato declamavam-lhe pública admiração (Skidmore, 1994)⁵.

Os anos 1920 no Brasil pouco fugiram do conservadorismo internacional (sem que com isto esteja sugerindo uma relação direta). Das fatias descontentes, os militares foram os que mais inquietos, mas tentativas revolucionárias com no Rio de Janeiro em 1922 ou a “revolução esquecida” de 1924 em São Paulo se fermentaram na degeneração da República e corrupção das oligarquias (efeito colateral da destituição do poder moderador imperial). Longe de rupturas revolucionárias socializantes, almejavam a probidade administrativa, patriotismo e respeito à constituição (Correa, 1976). O momento conspirava ao fervor nacionalista, mote que contaminava o discurso político numa espiral crescente.

Em seus precedentes estava um grupo de militares que retornou da Alemanha com a missão de modernizar o exercito, os “jovens turcos”, que passam a reunir suas idéias através da elaboração da revista Defesa Nacional, cujas páginas também fornecem munição à campanha nacionalista de Olavo Bilac. Inserido num panorama social enevado pela aura da Primeira Guerra, o entusiasmo nacionalista mobiliza a criação da Liga de Defesa Nacional em 07 de setembro de 1916, cujo modelo, assim como daquela revista, viria ser reproduzido nos estados (particularmente significativo em São Paulo)⁶.

Neste entorno, Arthur Neiva e Belizário Penna publicam sua “Viagem Científica” pelos sertões, em 1912, denunciando com crueza a verdadeira realidade brasileira: iniquidade, doenças, servidão e ignorância nacional (Neiva, Penna, 1916; Penna, 1923). Aguçado por esta visão, o vaticínio de Miguel Pereira sobre o Brasil como um imenso hospital ressoaria por meses no noticiário⁷, repercutindo também seu apoio a Olavo Bilac e a obrigatoriedade do serviço militar, em contenda com o conhecido

⁵ Capítulo 2: “A ilusão americana do Brasil: de D. Pedro II ao golpe de 1964”.

⁶ Jorge Nagle descreve que a questão nacionalista tem na educação escolar uma irradiação sistemática neste período (Nagle, 1974: 44).

⁷ E por décadas na memória da saúde pública e construção nacional: “[...] quando a palavra fascinante e mágica de Miguel Pereira, nus ésto incontido de amargura e patriotismo, com visão nítida dos nossos males, proferio a phrase angustiosa que teve o prestígio formidável de um brado messiânico” (Agrícola, 1930).

deputado federal Carlos Peixoto, amparado nas idéias de Alberto Torres (Hochman, Sá, 2009). Nacionalismo, saúde pública e construção nacional enfim se encontravam. Sua resultante foi traduzida na Liga Pró-Saneamento, firmada no primeiro aniversário da morte de Oswaldo Cruz com destino à cruzada pela criação de uma agência pública federal que organizasse serviços e ações em saúde, objetivando transformar aquela legião de “estranhos” em brasileiros. Para Hochmann (1998:79), dois eixos complementares passaram então a definir o país: “o *hospital* e os *sertões*”. Sertões, que para este autor, estariam mais caracterizados pela medicina e política-social do que pela geografia.

Na capital paulista esse movimento enseja o lançamento da Revista do Brasil, associada às famílias Mesquita e Prado, e editada por Monteiro Lobato. O mês de dezembro de 1916 testemunha a criação da Liga Nacionalista de São Paulo, com suas bandeiras da educação cívica popular, voto secreto e obrigatório, serviço militar obrigatório (além do estímulo ao escotismo). Sua diretoria inicial tinha em Frederico Steidel, da Faculdade de Direito, seu Presidente; em Antônio Francisco de Paula Souza, diretor da Escola Politécnica, o Primeiro Vice-Presidente; e em Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor da faculdade de Medicina, o Segundo Vice-Presidente; os dois últimos personagens diretamente implicados com o objeto deste capítulo (Levi-Moreira, 1984.)⁸. Tendo no diário *O Estado de São Paulo* seu maior divulgador, chegou a somar mais de 1.000 associados no primeiro ano e, embora não tenha entrado no embate político-partidário direto, assistiu a rebelião de 1924 na parte de alimentação e cuidados médicos (Correa, 1976)⁹. Extinta por decreto presidencial em 1924, suas lideranças estiveram nas origens do Partido Democrático em 1926.

É claro que esta confluência do movimento nacionalista com a saúde pública era recente. Mas, a sociedade já se encontrava impregnada do sentimento de interdependência sanitária pelas epidemias e fluxos transatlânticos das pestes; senão tanto, certamente foi assombrada pelos horrores da gripe espanhola de 1918. De igual modo, um São Paulo estupefata assistiu as epidemias viajarem de carona pelas

⁸ O Presidente era Frederico Steidel, da Faculdade de Direito

⁹ Na realidade, como Nagle (1974:49) observa: “Trata-se da coincidência entre os objetivos da Liga e os ideais publicamente manifestados pelos movimentos revolucionários do decênio dos vinte, especialmente o ideal de representação política”.

mesmas locomotivas que levavam o desenvolvimento, legando cidades com caras de cemitério, como se deu com a Princesa d'Oeste na década que precedeu o século XX (Ribeiro, 1993)¹⁰. Diante disto, o fato é que se o controle das epidemias e saneamentos dos portos não escondia o caráter de viabilização do fluxo comercial, com o tempo, a saúde pública adquiriu valor social intrínseco. Independente da tertúlia nacionalista, naquela época o governo de São Paulo já despendia grandes somas – mesmo para padrões internacionais – no seu Serviço Sanitário (Blount, 1972).

Arthur Neiva, trazido da argentina por solicitação do Secretário do Interior Oscar Rodrigues Alves, se encarregou de trazer ao Serviço Sanitário paulista a visão de saneamento dos sertões, promovendo em sua reforma de 1917 a introdução de um Código Sanitário Rural. Foi também o responsável pelos acordos iniciais com a Fundação Rockefeller para o estabelecimento de postos de profilaxia rural. Profícuo cientista, insistiu por verbas para equipamentos e reformas das instituições do Serviço Sanitário, das quais cobrava padrões científicos rígidos visando transformá-las em referências internacionais. Em 1918 foi promovido pelo diretor do Instituto Butantan, Vital Brazil, um curso de Higiene Pública para os diretores de escolas do estado de São Paulo, iniciada a primeira em 17 de agosto (Bertucci, 2006). Mas seus planos e visão social seriam atropelados primeiro e de forma avassaladora pela epidemia de gripe espanhola de 1918 (Bertucci, 2002), e mais tarde definitivamente pelos projetos da Fundação.

Vale a pena um breve registro do contexto beneficente no universo da medicina privada, com a inauguração da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em 1895. O prestígio e legitimidade científica foram empenhados à associação de Luís Pereira Barreto, aclamado como seu primeiro presidente, cargo estendido em seguida para “presidente perpétuo” (Teixeira, 2007:63). Cafeicultor e presidente da Assembléia Constituinte paulista de 1891, Pereira Barreto foi um forte expoente na área médica daquele tempo, mas cujo principal simbolismo se revelava na qualidade de um dos maiores intelectuais da filosofia positivista brasileira, inflexivelmente defendida através livros, palestras e textos jornalísticos na *A Província de São*

¹⁰ Alcinha do município de Campinas. Ver “A capital agrícola: a cidade que queria ser capital” (p.70).

*Paulo*¹¹. Dr. Arnaldo Carvalho, primeiro diretor da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e o mais famoso médico da época, o tinha como verdadeiro mestre (Guimarães, 1967). No ano seguinte à inauguração, foi criada a policlínica da Sociedade – um paralelo do exercício liberal na assistência médica filantrópica aos pobres que ombrearia a idéia dos CSs –, que além do consultório, tinha no atendimento domiciliar uma forma de contenção de custos e melhor auxílio aos doentes com baixa mobilidade (Teixeira, 2007:107).

Enfim, o cenário paulista – e brasileiro – estava adornado com quase todos os detalhes para a recepção de novos ideais provenientes da admirável nação do progresso. Apenas dois detalhes se faziam ausentes, contribuindo em direções opostas. Primeiro, aquele crescente nacionalismo orgânico e sua pregação contra o estrangeiro, e que tinha no pensamento político de Alberto Torres uma hostilidade manifesta aos “estrangeirismos” simbolizados pela Constituição de 1891. Mas o grande ausente era mesmo o “povo”, mas aquele do calor da realidade e não o outro do discurso, este sim presença obrigatória. Por exemplo entre os tenentes rebeldes de 1924 em São Paulo, que se atribuíam a causa do “povo” em detrimento aos “poderosos” responsáveis por sua miséria e dilapidação da fortuna pública (Correa, 1976, 55). “Povo”, ou ausência dele (o que talvez faça pouca diferença em sua imagem de representação), que não saía da radicalidade do pensamento de intelectuais da “geração nascida com a República” (Cardoso, 1990); assim como da mente sanitarista de Neiva, Penna, Paula Souza Borges Vieira, Barros Barreto e Rodolfo Mascarenhas, embora apenas os dois primeiros tivessem conhecimento de causa.

Talvez mesmo o faltasse na realidade: “[...] em que Couty foi encontrar, na falta de povo, as únicas realidades sociais no Brasil”; opinião corroborada por Morgado de Mateus (séc. XVIII): “Nesta terra não há povo, e por isso não há quem sirva ao estado; excepto muito poucos mulatos que uzão seus ofícios, todos os mais são

¹¹ Seu livro “As Três Filosofias” é considerado um marco do positivismo brasileiro. Os escritos na *Província* (depois O Estado de São Paulo) foram reunidos no livro “Soluções Positivas da Política Brasileira”. Interessado na razão e ciência não se voltou para o positivismo como religião. Sua fórmula máxima: “O amor por princípio, e a Ordem por base; o Progresso por fim”, ficaria inscrito no pavilhão nacional republicano.

Senhores ou escravos que servem aqueles Senhores” (Freire, 1994:35,75). Sua presença começa a dar o ar da graça nas rebeliões do início republicano, em que pese não ter sido chamado para a proclamação, mas “[...] as oligarquias conseguiram inventar e consolidar um sistema de poder capaz de gerenciar seus conflitos internos que deixava o povo de fora”; em último caso reservando o massacre para as manifestações populares que muito fugisse do prumo, como se viu em Canudos e no Contestado (Carvalho, 2003).

Atinada à compreensão do povo e, por conseguinte, ao seu papel social, aos poucos a raça foi se redimindo na cientificidade da medicina e Monteiro Lobato, ele mesmo alforriando Jeca Tatu de sua sina racial, passa a defender todo o poder aos higienistas: “[...] Os missionários do progresso, ironicamente, se viam como salvadores do povo, do mesmo modo que os messias do sertão. Apenas não tinham o apoio popular e a capacidade de mobilização dos últimos” (Carvalho, 2003).

GERALDO HORÁCIO DE PAULA SOUZA (E FRANCISCO BORGES VIEIRA)

Se prevenir é sempre melhor do que curar, podemos ainda dizer que traduz a maneira mais econômica de agir (1936)

A carreira de Paula Souza na política paulista foi curta, mas como diretor do Instituto de Higiene (IH)/Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP), condição permeada por funções internacionais de prestígio, manteve uma influência perene na área. Definitivamente seu nome ficou ligado à reforma do Serviço Sanitário paulista em 1925 e um pouco menos à instituição da Faculdade de Saúde Pública da USP. Um fato bem menos conhecido foi sua proposta bem sucedida, em parceria com a representação chinesa, da criação um organismo internacional de saúde pública entre as políticas da Organização das Nações Unidas, concretizada na criação da Organização Mundial da Saúde (Souza, 1951; Sze, 1982).

Paula Souza formou-se pela Faculdade de Farmácia de São Paulo em 1908, e pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1913. No ano seguinte iniciou carreira

no Departamento de Química da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e em 1918 recebe indicação para o cargo de professor substituto na cadeira de Higiene, quando é escolhido – junto com Borges Vieira – para uma bolsa de doutoramento na Universidade Johns Hopkins (Candeias, 1984; Campos, 2002). Retorna em 1922 para assumir a direção do Instituto de Higiene (com Vieira na vice-diretoria) e o Serviço Sanitário de São Paulo. Iniciava-se ali uma saga na saúde pública paulista e brasileira, com direito às idealizações e mitos de ordens diversas reservados a elas.

Inserção na saúde pública

Esta história tem suas origens internacionais em 1914 quando a política educacional norte-americana decide pela necessidade de faculdades de higiene e saúde pública, que deveriam se ligar às faculdades de medicina, porém autônomas e estruturadas como “Instituto de Higiene” (Candeias, 1984). A Fundação Rockefeller, através de sua Junta Internacional de Saúde (*International Health Board*) foi comissionada para estabelecer os critérios que norteariam a criação dessas instituições nos EUA e no estrangeiro.

A primeira nasce junto à Universidade Johns Hopkins em 1917. A segunda viria ser instituída em contigüidade à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo no ano seguinte. O acordo entre o Governo do Estado de São Paulo e a Junta Internacional de Saúde para sua criação previa ainda a oferta de duas bolsas de estudo no recém criado curso de doutoramento em Higiene e Saúde Pública da Johns Hopkins University (Candeias, 1984).

De um modo um tanto frugal, os textos citam que Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira foram os indicados para aquelas bolsas pelo eminente Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, então Diretor da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo:

[...] Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira, foram enviados aos Estados Unidos, para cursar a primeira turma da Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins [...] (Braga, 1959)

“Cumprindo sua parte no contrato, o International Health Board, da Fundação Rockefeller, enviou duas bolsas de estudo para dois médicos ligados à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira” (Campos, 2002:8).

Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira foram os nomes indicados pelo diretor da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo para serem bolsistas da Fundação Rockefeller [...] (Faria 2005:1013).

À leitura política falta neste padrão de informações um quesito essencial: a intencionalidade. Quais critérios teriam norteado a seleção, uma vez que para tamanha honraria certamente havia sanitaristas mais qualificados naquele momento?

Paula Souza era um *freelance* em matéria sanitária. Como retrata Cristina de Campos (2002), sua motivação era a química, cadeira em que ingressou na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, de acordo com a denominação vigente: “preparador de Chimica Médica” (Souza, 1917). É certo que não desconhecia o debate sanitário, pois além de sua intensa mobilização, chegou a se envolver na discussão sobre a qualidade da água distribuída na capital junto à Sociedade de Medicina e Cirurgia (Campos, 2002)¹². Mas, seguramente porque naquele momento o diretor do Serviço Sanitário era Arthur Neiva¹³, um ícone do sanitarismo nacional que substituíra justamente seu tio paterno, José Bento de Paula Souza.

É possível que justamente estes tenham sido seus trunfos. Uma mente republicana genuinamente paulista, jovem, e capaz, descompromissada com as posições sanitárias pré-estabelecidas e aberta para a “revolução científica” em saúde pública que se anunciava. Contudo, em se tratando de intencionalidades políticas um olhar menos romântico deve ser considerado.

¹² Nesta época ocorria uma intensa discussão na área médica sobre o abastecimento de água em São Paulo com raias de passionalidade. Ver, por exemplo, Teixeira (2007), capítulo 7: “A controvérsia sobre o abastecimento de água na cidade: do Tietê à Serra da Cantareira”.

¹³ A historiografia paulista tem dado pouca atenção à figura de Neiva, cujo melhor relato de sua passagem pelo Serviço Sanitário de São Paulo se vê indiretamente no estudo de sua relação competitiva com Carlos Chagas (Benchimol, Teixeira, 1993). Merecedor de espaços acanhados nos textos específicos, por vezes de aura soturna, mereceu de Pasquale (1949) o seguinte comentário: “Dotado de inteligência brilhante e notável capacidade de trabalho, médico higienista, biólogo, historiador, filólogo, político e administrador, realizou Neiva operosa administração [...]”.

Imerso em uma elite cafeeira, Paula Souza estava acostumado a transitar por salões europeus desde a infância, o que o diferenciava inclusive do ponto de vista lingüístico (Campos, 2002). Não era de uma elite qualquer. Paula Souza descende em uma das mais impressionantes oligarquias de São Paulo, derivada do acordo político-econômico entre as famílias Aguiar, de Sorocaba, e Pais de Barros, de Itu. Numa estratégia de concentração e transmissão de poder e riqueza, as uniões matrimoniais em sua ascendência seguiram-se estritas entre primos ou entre tios e sobrinhas, numa sucessão de viscondes, barões, baronesas, marquesas, brigadeiros, presidentes, senadores e tantas outras distinções de nobreza, poder social, político e militar. “A exceção mais notável à prática da aliança matrimonial interfamiliar foi o casamento, em 1900, de Washington Luís Pereira de Sousa (1869-1957) com Sofia, filha do 2º Barão de Piracicaba, Rafael Tobias de Aguiar Pais de Barros”. A família de origem interiorana e agroexportadora se firmou como elite na capital, forjada em palacetes, ostentação e em padrões de comportamento espelhados na burguesia internacional (Campos, 2008).

Seu bisavô paterno, Francisco de Paula Souza e Melo (1791-1851) fora influente político no império, deputado e senador. Antonio Francisco de Paula Souza (1819-1866), seu avô, formou-se em medicina na Bélgica e foi um influente político no império como deputado provincial, deputado geral e ministro da agricultura em 1864. Casou-se com a prima Maria de Raphaela (1827-1895), filha do Barão de Piracicaba – portanto, irmã do 2º Barão de Piracicaba –, união da qual nasceu o pai de Geraldo, de mesmo nome do avô. Este, engenheiro, teve sua formação em escolas na Suíça, Alemanha e EUA. Republicano ardoroso, participou das origens da "Assembléia de Itu" e criação do Partido Republicano Paulista, pelo qual foi deputado e presidente da Câmara na 2ª legislatura (1892/1894). Considerado um homem à frente de seu tempo, deixou o legislativo para fundar a Escola Politécnica de São Paulo, à qual se dedicou como diretor por vinte e quatro anos, sempre revoltado no pensamento racional. Foi uma figura decisiva na articulação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, inaugurada sem maiores solenidades às 13 horas do dia dois de abril de 1913 no auditório da mesma Politécnica, que também abrigou em suas dependências a cadeira de química em que Geraldo iniciaria sua carreira acadêmica (Nadai, 1987; Campos, 2002).

Seu tio paterno, José Bento de Paula Souza, sanitarista com histórico de meritória atuação no combate à febre amarela, exerceu interinamente a diretoria geral do Serviço Sanitário do Estado em duas ocasiões (16/06/1908 a 31/03/1909 e 27/06/16 a 20/12/1916), sendo que a segunda coincide com a saída definitiva de Ribas (Mascarenhas, 1949:26). Médico influente, fora indicado em 1896 para compor certa comissão indicada pela presidência paulista com a responsabilidade de elaborar o primeiro projeto de criação de uma faculdade de medicina no estado (Nadai, 1987, Teixeira, 2007)¹⁴. Sobre esta breve textura dos Paula Souza com a saúde pública, o Instituto de Higiene inicia suas atividades no casarão pertencente à Baronesa de Piracicaba, Maria Joaquina de Melo Franco, tia de seu pai e mãe de Sofia (esposa de Washington Luís).

Os ideais da reforma do Serviço Sanitário paulista em 1925 (“Reforma Paula Souza”)

O retorno do bolsista à São Paulo foi precipitado por Wickliffe Rose, presidente da Junta Internacional de Saúde¹⁵ da Fundação Rockefeller, convocando-o pouco antes do previsto para assumir a direção do Instituto de Higiene, o que ocorre interinamente na sua chegada em 1920 e definitivamente em 22. Até então, fora mantida a cargo do prestigiado cientista norte americano Samuel Darling e seu substituto Wilson Smille (Candeia, 1984; Campos, 2002; Faria, 2007). Era uma história escrita, pois o acordo com em São Paulo previa a direção do “Departamento de Hygiene” por um professor norte-americano durante cinco anos, para então ser assumido por um brasileiro treinado naquele país (The Rockefeller, 1917:40).

Junto com a direção do instituto, assume também a posição de Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado por recomendação “ao secretário dos Negócios do Interior pela Fundação Rockefeller” (Campos, 2002:50). A nomeação é realizada pelo então Presidente de São Paulo, Washington Luís (como se viu, casado com sua prima em segundo grau). Estas diretorias – Serviço Sanitário do Estado e Instituto de Higiene – iriam se confundir pelos próximos cinco anos. Ao deixar a primeira não

¹⁴ Em Nadai (1987), ver o capítulo IV, subtítulo 1: “A primeira tentativa de criação da Faculdade de Medicina”. Em Teixeira (2007), ver o capítulo 4, subtítulo: “Sociedade e Ensino Médico”.

¹⁵ International Health Board – IHB.

mais retomaria qualquer outro cargo político no governo paulista, mas conservando uma espécie de diretoria vitalícia do Instituto até sua morte em 1951¹⁶.

Três anos se passaram desde o início da direção do Serviço Sanitário até a oficialização de suas propostas de reforma. Enquanto eram desenvolvidas, organizava com Borges Vieira o Centro de Saúde Modelo que haviam instalado nas dependências do Instituto de Higiene. O decreto da reforma, 3876 de 11 de julho de 1925, aproveitou boa parte da legislação anterior referente à reforma de 1917 promovida por Arthur Neiva, especialmente o código sanitário rural. Ignorando a sisudez dos registros oficiais, as explicações que fundamentavam as reformas foram apresentadas no próprio corpo do decreto (São Paulo, 1925). A par das novidades no campo da vigilância sanitária, algumas celeumas foram disparadas, especialmente a unificação dos Institutos Bacteriológico, Soroterápico e Vacinogênico (artigo 58).

Mas, é o capítulo IX que nos interessa discriminar, pois nele se estabelece a criação da “Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde”, diretamente subordinada à Diretoria Geral (artigo 47). O Centro de Saúde era sem dúvida o carro-chefe da reforma, tendo como objetivo fundamental “a formação da consciencia sanitaria das populações e, como finalidade correlata – os serviços de profilaxia geral e especifica alli igualmente definidos” (Souza, 1926b). Na verdade o CS era o meio, a educação sanitária o fim, primazia simbolizada na própria ordem de aparecimento das expressões no título da nova pasta. No texto do decreto fica bem clara a prioridade absoluta da educação sanitária: “O serviço terá essencialmente o caracter de assistencia sanitaria e extranho, consequentemente, a toda clínica que não tiver immediato objectivo prophylactico da reducção de fócios contagiantes [...]” (artigo 49); crença que defenderá vida afora (Souza, 1939). A idéia da delimitação distrital faz-se presente desde o primeiro momento, mas não excluía o atendimento de habitantes externos aos seus limites “enquanto possível” (São Paulo, 1925).

Na visão do professor Rodolfo Mascarenhas, naquele momento saía-se “[...] da fase de polícia sanitária para entrar na de educação sanitária” (Mascarenhas, 1959:88). Se

¹⁶ O seu papel à frente do Instituto de Higiene mereceu a analogia com Oswaldo Cruz na sugestão de Lina Faria em rebatizar a atual Faculdade de Saúde Pública para “Casa de Geraldo” (Lina, 2005).

um tanto verdadeiro para o discurso, claramente não foi o que de fato ocorreu, mesmo porque, como serviço de saúde o CS pouco sai das letras da reforma. De cinco solicitações¹⁷, além daquele ligado ao Instituto de Hygiene, apenas um no Brás e outro no Bom Retiro foram estabelecidos, e assim mesmo para desaparecerem em poucos anos (Souza, Vieira, 1936)¹⁸.

A reorganização administrativa orbitava em torno de alguns núcleos essenciais: CS distritalizado¹⁹, formação especializada e tempo integral. Esta última, que acabou como uma das bandeiras históricas do sanitarismo, não foi tão bem aceita na época, repelida como um dos “estrangeirismos” da reforma (Mascarenhas, 1949:102)²⁰.

Todo um corpo inicial de idéias reconhecidamente importado de Baltimore contribuiria para acirrar as resistências locais (Souza, 1920, 1921). Em sua defesa reivindicava ao pensamento do Dr. Marcos Arruda – “primeiro diretor de higiene” em 1886 – a originalidade da idéia do sanitarista de tempo integral, antes mesmo do que os norte-americanos; queixando-se de que “[...] por instituir agora esse regimen fomos acoimados de estrangeirado, por querer implantar entre nós systema não só contrário á necessidade (sic) como antagonico á tradição” (Souza, 1926b:73-4)²¹.

Apesar de toda celeuma passaram-se as décadas sem que se conseguisse uma definição mais clara para o significado de “regime de tempo integral”. Para ele deveria condizer com a possibilidade de uma dedicação total de esforços, assegurando ganhos compatíveis com a “posição social” e que não impelisse o

¹⁷ O decreto previa cinco CSs, mas em seu texto os autores falam em oito (Souza, Vieira, 1936)

¹⁸ Em 1936 havia apenas o CS da Escola de Hygiene e Saúde Pública operando na capital paulista. Instalado junto à nova sede no Araçá, servia de campo de treinamento dos alunos (Souza, Vieira, 1936: 29).

¹⁹ A circunscrição territorial em distrito já existia. No Serviço Sanitário de São Paulo, por exemplo, a reforma de 1906 (Decreto 1343 de 27/01/1906) promovia a divisão do Estado em 14 distritos, que por sua vez se reorganizavam em circunscrições (Mascarenhas, 1949).

²⁰ Segundo Lima Sobrinho (1981) a proposta de tempo integral teria sido visto Rio de Janeiro como uma imposição autoritária (o texto porém não deixa clara a referencia desta informação).

²¹ Mas, não há como negar a chancela da Rockefeller sobre o regime integral. Referenciada àquela Fundação, a idéia aportou em Recife na mesma época, e pelas mãos de Amaury de Medeiros se fez aprovar na Lei 1780 de 04/12/1925, cujo Art. 1º dizia: “Fica o Governador do Estado autorisado a estabelecer o regimen de tempo integral aos funcionarios do Departamento de Saúde e Assistencia [...]” (Medeiros, s.d.:159). Na década de 1930 a idéia seria amplamente difundida pela Conferência Européia de Higiene Rural (Societe, 1931).

profissional para outras atividades (Souza, Vieira, 1936). Posições acadêmicas viriam dar conta de “uma atitude de vida” que envolveria dedicação, vontade, esforço e até amor à atividade, motivo de queixa por uma “definição legal, clara e precisa sobre o regime de tempo integral [...]” (Mascarenhas, 1949:408).

As sessenta páginas do texto que Paula Souza e Borges Vieira publicaram em 1936 podem ser consideradas como uma síntese plena do discurso dos CSs naqueles idos, apresentados em tópicos que revisam definições, históricos e propostas. Embora se refira à experiência de 1925, na verdade se trata de um texto acadêmico aprimorado e que atualiza o diálogo internacional para referências da década de 1930 (Souza, Vieira, 1936).

A idéia da “educação sanitária popular”²² através da visitação domiciliária foi trazida da experiência norte-americana com todo o vigor, mas pela falta de enfermeiras, o treinamento de visitadoras recaiu sobre as professoras primárias. Na visão dos autores essa experiência foi exitosa, pois aliou a aptidão didática e relacional daquelas à perspectiva de estender a obra higiênica aos escolares. A visitação, que tinha também um sentido de cobertura individual de todo o distrito (Stoeckle, Candib, 1969), foi expressa como “[...] indubitavelmente, o *pivot* essencial do triumpho [...]” (Souza, Vieira, 1936:34; grifo original), idéia perenizada por todo pensamento clássico. A positividade referida por Platt (1921) em seu CS do tipo V, marcou a proposta do exame médico periódico anual sob a perspectiva que prevenir era melhor do que curar e de que milhares vidas poderiam ser salvas com esta rotina (Souza, 1926b). Prevenção foi desde o início a palavra de ordem, pois tinham em “[...] em mira a preservação da saúde dos matriculados e não o tratamento de males que não repercutam na colectividade ou descendencia [...]” (Souza, Vieira, 1936:21).

Nos textos argumentariam longamente sobre a pertinência do sistema dualista, reafirmando a convicção anterior da reforma que via no CS um local estritamente de ações preventivas. Esta posição assentava-se também sobre razões que nem sempre conseguem se sobressair à obviedade. Por um lado, havia o cuidado em preservar a

²² Expressão encontrada em Souza (1926:63).

medicina clínica como profissão liberal e privada. Nisso advogavam a gratuidade clínica apenas ao indigente estrito, estimulando uma pretendida relação simbiótica em que o clínico apoiaria a atuação do CS em troca do encaminhamento de pacientes. Para isto mantinha a preocupação constante em asseverar que o apoio à saúde pública não conflitava com a assistência liberal. Pelo contrário, este apoio deveria ser reforçado sob a ótica de que na verdade aumentava o número de diagnóstico de doentes que seriam encaminhados às clínicas privadas (Souza, Vieira, 1936; Souza, Vieira, 1939)²³. Mas, tinham também uma clara preocupação de que, pela própria índole da profissão, a concomitância dos serviços curativos e preventivos se daria sempre em benefício do primeiro (Souza, Vieira, 1936).

Duas características principais orientavam a argumentação em favor dos CSs: eficiência e economia. Por eficiência entendia-se a maior facilidade em coordenar os serviços, facilitando a continuidade das atividades e observação dos resultados, que de outro modo se encontrariam dispersos em dispensários isolados. No item economia, desenhou-se uma planilha de custos para demonstrar que cada CS poderia cobrir o serviço de vários dispensários (Souza, Vieira, 1936), evitando ainda redundância de pessoal para o mesmo serviço em locais distintos: “Mesmo sob o ponto de vista economico, torna-se lógica a reunião em um mesmo edifício, com pessoal commum, de todas as actividades medico-sociaes que operam num determinado distrito” (Vieira 1936:08). Três atividades imbricadas centralizavam sua operacionalidade: educação sanitária, como prioridade absoluta; vigilância (estatística), especialmente por visitação domiciliária; e atendimento clínico. Este se desdobrava no exame periódico de adultos, gestantes e puericultura; e de profilaxia, com abrangência do “radiologico ao dentario, do dermatologico ao tisiologico”. Mas a clínica nunca pôde sentir-se em casa: “Embora constando cada centro de uma reunião de dispensários, o character clínico ahi não era primordial, mas só e unicamente um elemento secundário de prophylaxia (Souza, Vieira, 1936:33,47)²⁴.

²³ É muito provável que conhecessem a reação da classe médica dos EUA contra a atuação médica em saúde pública (Stoeckle, Candib, 1969).

²⁴ Naquela época o tratamento curativo era aceito como estratégia de erradicação de comunicantes, mas, mesmo em epidemias podia-se exigir atestado de pobreza para este tipo de atendimento (Ribeiro, 1993).

Por outro lado, a idéia do CS como uma mera reunião de dispensários foi sempre combatida com veemência, pois “[...] si o fosse, não apresentaria a idéia de sua organização nenhuma novidade útil” (Souza, Vieira, 1926). Os maiores ganhos deveriam ser percebidos sobre o princípio norteador da educação sanitária da população e da coordenação das atividades administrativas e clínicas, características ausentes nos polidispensários²⁵. Um modelo esquemático é apresentado como ilustrativo dos serviços executados nos CSs de São Paulo. O CS do Instituto de Higiene diferia pela particularidade de servir como campo de ensino (Figura 4):

O número de consultas é ahi limitado, em razão da exigüidade de recursos, e para que o trabalho não baixe o nível de qualidade, recebendo os consulentes o máximo de atenção tecnica. Neste Centro não se cogitou a parte do policiamento sanitário, de menor interesse para os fins que visa (Souza, Vieira, 1936: 50).

A imersão cultural em Johns Hopkins deixaria algumas identificações evidentes – como se verá com Barros Barreto –, entre elas a exigência de dados estatísticos confiáveis para o correto trabalho em saúde pública e a clara noção de que o caminho brasileiro teria que ser particularizado:

O trabalho que compete ás actuaes gerações de sanitaristas, não é demonstrar o de como somos capazes de applicar os conhecimentos colhidos nas administrações sanitarias estrangeiras, agindo segundo o critério das estatisticas alheias, mas sim preparar o embasamento do edificio sanitario brasileiro [...] É labor ingrato, por isso que como os alicerces dos monumentos que se levantam imponentes ao sol, deverá ficar oculto e despercebido, e tanto mais forte e profundo quanto maior a carga a receber no futuro (Souza, 1926b:76).

²⁵ Barreto e Fontenelle (1935:90) falam em uma experiência de “[...] poly-dispensarios com organização do tipo dos nossos Centros de Saúde”, reafirmando-os como de idéias distintas de organização sanitária.

(CENTRO DE SAUDE DISTITAL

ORGANIZAÇÃO

Figura 4. Centro de Saúde (Souza, Vieira, 1936)

A eugenia tem uma origem menos clara no ideário do CS paulista, porquanto mais presente no discurso político nacional do que na realidade original dos CSs¹⁰⁴. Sujeitos de uma cultura eugênica epocal, Paula Souza defendia a responsabilidade pública sobre o problema dos “casamentos perniciosos” e o papel da seleção migratória para a construção nacional, com preferência à raça ariana: “Das famílias arianas devemos preferir a latina, pelas afinidades que mantem com o nosso povo, donde a facilidade de assimilação pelo elemento nacional [...] (Souza, 1928). Mas era um terceiro tipo que lhe interessava mais: a “eugenia preventiva”, voltada para o “[...] período da vida em que o systema nervoso é maleavel ás impressões e favorável á formação de bons hábitos, isto é, na infancia, na meninice e secundariamente na mocidade” (Souza, 1926b).

Esta convicção marcaria seu discurso ao longo dos anos, defendendo a subordinação da higiene escolar ao Serviço Sanitário (Souza, 1934; Souza, Vieira, 1934). Em 1916 a “Inspeção Médica Escolar” fora transferida para a alçada da Directoria Geral de Instrução Pública e, embora estivesse em seus planos, a reforma de 1925 não conseguiu reverter esta situação, o que ocorreria novamente na reforma de 1931, justamente pela inspetoria que substituiu aquela dos Centros de Saúde. Voltaria novamente para a Directoria de Ensino da Secretaria da Educação e Saúde Pública com a reorganização de 1938 (Mascarenhas, 1949). Segundo cria, “[...] seria de alta conveniencia que em todos os meios escolares se incluísse entre os primeiros deveres do mestre o de professar o ensino de hygiene e moral que interessam á eugenia” (Souza, 1928). Como nos atenta Vasconcelos (1995:41), o lema “A educação sanitária semeia, a raça colherá o fruto” fazia parte dos certificados de educador sanitário fornecidos pelo Instituto de Higiene. Quase duas décadas depois Borges Vieira manteria a generalidade desse discurso, então com as devidas ponderações apreendidas com o Jeca Tatu (Vieira, 1945). Eram estertores de um discurso da saúde pública que seria definitivamente silenciado no pós-guerra¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Alberto Torres (1978) foi uma das maiores exceções ao discurso da superioridade racial. Mas não chegou a demover estas idéias de Oliveira Viana, seu mais influente discípulo.

¹⁰⁵ O que não quer dizer que o seria na cultura oral.

A urgência de uma carreira sanitária, atrelada ao debate da formação, desde o início foi uma reivindicação veemente, girando em torno de três linhas principais de justificativas: a especificidade da área, cuja harmonia era acentuadamente prejudicada pela atuação pouco adaptada do médico clínico; a impreterível necessidade da dedicação integral ao serviço; e a remuneração adequada (Souza, Vieira, 1936:20-1). Como o tempo se encarregaria de confirmar, teimavam diante de um problema quase insolúvel em que o baixo *status* social e profissional associado pouco contribuía:

Unânime hoje a opinião, entre sanitaristas, sôbre a excelência da organização dos Centros, como órgãos de saúde pública, encontra a idéia detratores tanto entre o público mal informado, como até mesmo na classe médica. A confusão vem de que os primeiros, os sanitaristas, geralmente não são consultados. A opinião que se invoca é geralmente a do médico clínico, e o que é pior, frequentemente, a do médico clínico que presta serviços em Centros de Saúde, onde por deficiência de sanitaristas, a direção cabe também a clínicos, não lhe conseguindo dar o verdadeiro cunho de Saúde Pública (Souza, 1939:14).

Mais de vinte anos depois dos primeiros enfrentamentos e com Paula Souza em carreira internacional, Borges Vieira munido de estatísticas pouco estimulantes mostra sinais de capitulação com a defesa da idéia dualista. Era a realidade impingindo suas marcas: “A toda a população, em qualquer ponto do país, devem ser asseguradas as condições de saúde e assistência necessárias ao levantamento de seu nível físico e mental” (Vieira, 1945:33).

Neste texto há um sensível amadurecimento da postura do autor, que mobilizado pelo término da guerra deixa de lado aquele antigo linguajar doutrinário em educação sanitária e higiene. Com argumentos seguros e embasados, aborda com serenidade questões da saúde pública que julgava de relevância para o debate da construção nacional. Balizado pelos exemplos norte-americanos, traz à luz as principais questões que se deveria levar em conta na organização de um “[...] plano nacional de assistência e defesa da saúde coletiva”, socializado e de alcance urbano e rural. Pouco lembrado anteriormente, o financiamento ganha importância, trazendo com

ele novos temas relacionados à “descentralização administrativa”, “cooperativismo”, “seguro saúde” etc.

Fica patente a influência do pensamento varguista, assim como a maior complexidade do discurso da saúde pública, em que os CSs deixam de figurar como a questão central. Por outro lado, sinaliza-o já como um elemento apriorístico da organização dos serviços, na defesa de que todo município de certo porte deveria contar como pelo menos um CS e Hospital. Quixotescamente, como sempre conveio ao sanitarista, não esmorece na luta pela exigência, “[...] sempre que possível, [d]a prova de conclusão do curso de especialização em higiene por escola reconhecida” para o ingresso nos quadros públicos como médico sanitarista (Vieira, 1945:36; Souza, Vieira, 1936, 1947).

Duas passagens transitaram quase despercebidas pela literatura (talvez um sintoma do baixo sentido que empregavam à realidade), mas que soam surpreendentes aos ouvidos moldados pelo PSF:

[os CS] Não são simples dispensários, que atendem a quem os procura. Mais do que dispensarios, **são organismos de ausculta directa das necessidades da população.** (Souza, Vieira, 1936:34; Vieira, 1936:11, grifo meu)

A sua organização, sempre de caracter ascendente [...] (Souza, Vieira, 1936:37; Vieira, 1936:11).

Na verdade há um rol de expressões que apenas iniciavam sua jornada político-acadêmica. Algumas trazem imediata identificação com conceitos contemporâneos, entre elas destaco apenas do texto de 1936: “coordenação”; “distrito”; “saúde coletiva”; “exame médico periódico”; “tempo parcial e integral”; “generalidade” (em oposição ao especializado); “descentralização”; “visita domiciliária”; “comunidade” (a expressão “*basic services*” aparece factualmente numa citação, mas não é encontrada em outros textos). Da mesma forma pode-se perceber que termos então basilares trilharam caminho inverso rumo ao poente: “unicismo”, “higiene”; “dispensários”; “polivalente”; “inspetoria”; “profilaxia” entre outros. Uma fala banal

pode trazer alguma sensação de humor nostálgico: “evitar um incêndio [...] é mais importante do que apagar o fogo” (Souza, Vieira, 1936).

Mas, a simples transposição daquelas idéias para o contexto atual podem lhes corromper profundamente o sentido, inobservância que tem contribuído em reificar um conjunto de mitos sobre esta reforma¹⁰⁶. Particularizo esta questão apenas para a principal daquelas expressões: o próprio “Centro de Saúde”. A instituição para a qual se dirigia o discurso inicial difere substancialmente de sua descendência recente, visto como um verdadeiro departamento de saúde local para uma região de 150.000 habitantes, incluindo de serviço de estatística e laboratório a um corpo de especialidades médicas:

[...] o problema da administração sanitária bem se resolveria com a instalação de centros de saúde, que paulatinamente se transformariam em unidades sanitárias completas, realizando, no seu districto, todas as actividades de organização sanitaria (Souza, Vieira, 1936:45).

Contextualizando a(s) reforma(s)

Nos estudos de Rodolfo Mascarenhas são encontradas as principais fontes históricas secundárias deste esse período. Seu rigor entretanto não se furta ao viés do discípulo; admiração cotejada com os demais estudos de cunho documental e histórico coetâneos (Cortez, 1926; Bannitz, 1941; Morena, 1946; Pascale, 1959)¹⁰⁷. Outros

¹⁰⁶ O texto de Merhy (1992) foi quem mais contribuiu nesta mitificação. Entre outras, em sua leitura Paula Souza se opunha aos serviços especializados numa “[...] visão mais **unicista** do **processo saúde/doença** e uma concepção mais racionalizadora da organização dos serviços, pregando os **serviços únicos de saúde pública**” (Merhy, 1992:92, grifos meus). Claramente “unicista” traz um sentido extemporâneo de “integralidade” – completamente oposta à idéia original – e “serviços únicos de saúde” se remete teleologicamente ao SUS; como também se vê em outras passagens: “[...] idéia de construir uma ampla ‘rede básica’ descentralizada, localizada nos municípios e estruturada conforme os princípios da regionalização, hierarquização e descentralização” (Merhy, 1992:99). Este anacronismo se reverbera mesmo em trabalhos de indiscutível qualidade: “Daí a necessidade de implantação de uma rede ambulatorial permanente, ou seja, um local de realização das ações sanitárias; **uma ampla rede básica de serviços**” (Faria, 2002, grifo meu).

¹⁰⁷ Num exemplo interessante, Mascarenhas não deixa de notar o excessivo detalhamento das regulamentações do Serviço Sanitário – expondo um DNA normativo da saúde pública brasileira que antecede mesmo o furor de Barros Barreto. Sobre o regulamento de 1893 comenta: “[...] é muito detalhado, entrando em questões técnicas que poderiam ser resolvidas por simples instruções de serviço”. O mesmo para o código de 1918 (Mascarenhas, 1949:47,84). Por seu turno, o excessivo texto de 1925 é visto com outras lentes: “Quiçá por se tratar de uma actividade nova, pouco conhecida

autores se dedicaram aos esclarecimentos desse momento, sendo que a reconstrução de Merhy (1992) foi a que provavelmente alcançou maior difusão acadêmica. De um modo geral a reforma de 1925 é vista sob o prisma técnico, em que o jogo político seria “[...] o reflexo de duas escolas, com pontos de vista diferentes” (Mascarenhas, 1949:117). Em outras palavras, havia correntes que acreditavam em tipos distintos de organização sanitária e se mobilizaram politicamente para instituí-las.

Muito decorre do olhar que Paula Souza imprimiu a si e aos fatos: via-se e acabou visto como um homem das ciências, distanciado das disputas políticas, dos objetivos menores não científicos¹⁰⁸. Assume um cargo político, mas se escusa em tratá-lo como tal, comportando-se como se estivesse naquela posição exclusivamente pela qualificação técnica. Gostaria que assim fosse: “[...] nos Estados Unidos a escolha de Universidades em vez de Secretarias de Saúde justifica-se não pelo maior grau de cultura dessas instituições, como também pelo seu maior afastamento dos interesses de política partidária” (Paula Souza citado por Candeias, 1984:4).

Nesta ótica fez com que o Instituto de Hygiene ocupasse o centro da política de saúde pública entre 1922 e 1927. Mesmo não tendo sido integrado ao Serviço Sanitário paulista pela reforma de 1925, o Instituto de Hygiene passou a atuar como eminência parda e, na prática, subordinando o Serviço Sanitário e não o inverso: mais ciência e menos política. Não sem resistências, muito embora estas apareçam usualmente de forma indireta nos textos consultados (Faria, 2007)¹⁰⁹.

Maria Alice Ribeiro é uma das poucas a fugir dos padrões predominantes otimistas daquela reforma. Ainda que carregada de contemporaneidade, sua leitura diverge no cerne do senso histórico construído ao avocar à filosofia educacional de 1925 uma simplificação exagerada, ideológica e autoritária, reduzindo todas as diferenças de

em saúde pública, quiz esse grande higienista detalhar a legislação em mínucias que mais caberiam a um Regulamento. Deu assim, dentro da lei básica, uma aula sobre o assunto” (Mascarenhas, 1949:93).

¹⁰⁸ Este é um tempero de farta pitada em grande parte dos textos paulistas de cunho histórico. Para Merhy (1992:82), por exemplo, “Paula Souza apareceu neste cenário a partir da publicação, na imprensa local, de artigos que criticava os serviços estaduais de Saúde Pública”, ou seja, na perspectiva científica.

¹⁰⁹ Ver o capítulo 3: “A cooperação internacional e a criação do Instituto de Hygiene (1918-1945)”.

classes sociais como diferenças eminentemente educacionais (Ribeiro, 1993)¹¹⁰. Assim, o problema sanitário seria culpa exclusiva da população, não pelos males da pobreza, mas pela falta de educação sanitária. Aristocrática, autoritária ou outras dezenas de sentimentos modernos de insensibilidade não podem negar àquela uma convicção renovadora para uma elite intelectual eugênica que aspirava ao controle do mal comum. Mas de fato a aposta era muito alta, em que pese sua defesa insistente do controle de qualidade da água como principal elemento da saúde pública (Souza, 1926b). Na educação sanitária estaria quase que a solução para os problemas de saúde pública, incluindo a desnutrição. Ribeiro chega mesmo a sugerir que “[...] dar educação a quem tem fome poderia ser o slogan da política preconizada” (Ribeiro, 1993:259)¹¹¹:

Tudo resumia-se de forma simplista à educação. A questão da educação sanitária tomou conta da concepção da política de saúde pública. O mal maior estava na ausência de educação e, conseqüentemente, na falta de higiene da população pobre. Por isto havia doença. [...] Para a criança subnutrida, para a criança faminta, o Centro de Saúde Modelo administrava educação sanitária¹¹².

A realidade é que a saída de Paula Souza em 1927 propalou-se como uma derrota irreconciliável para o ideário dos CSs e educação sanitária em São Paulo, percepção fortemente associada à Reforma de 1931 (Reforma Salles Gomes), mas na qual se veria enovelado também Waldomiro de Oliveira, substituto imediato daquele: sucumbia-se com uma verdade científica que o futuro viria necessariamente confirmar:

¹¹⁰ Ver: “A saúde pública sob as ordens da educação” (p.246).

¹¹¹ Cita a seguinte passagem de Souza (1941): “Coloquemos o caboclo ignorante na casa do patrão e este instruído na choça do caboclo, ou o proprietário de Higienópolis no cortiço do Brás e a família inculta no palácio do primeiro, e observe-se o acerto que afirmo: Rápida seria a transformação da choça e do mucambo em locais compatíveis com a vida digna de viver bem como a da casa grande e do palácio nos mais perigosos antros da doença e da miséria”

¹¹² A defesa da racionalidade da alimentação popular, como era noticiado pela imprensa, acompanharia toda a trajetória de Paula Souza. Estabelecido o Centro de Estudos sobre a Alimentação no Instituto de Higiene, foram criados cursos como “Dietética para dona-de-casa” e “Técnicas de alimentação”. Em 1939 inicia-se o Curso de Nutricionista. Em 1946 assumiu o serviço de alimentação do SESI com finalidade de “assistência alimentar a família operária”, espalhando por São Paulo os Centros de Aprendizado Doméstico – CAD, direcionados para meninas a partir de dez anos: “futuras mãezinhas”. (Vasconcelos, 1995. Ver o capítulo “A higiene como ciência social”)

O desaparecimento dos centros de saúde, originados numa escola que via neste tipo de unidade sanitária um “americanismo” impróprio ao nosso meio, atrazou, a nosso ver, em dezenas de anos a evolução dos serviços de saúde pública em nosso Estado (Mascarenhas, 1959:118).

Esta interpretação que polariza primariamente sobre o campo técnico de “escolas” diferentes segue uma linha de representação típica do enunciado roquefeleriano, que se punha inflexivelmente na arena científica. Por conseguinte, se havia resistências naquela direção, estas só poderiam confrontar as “modernas técnicas científicas”¹¹³. Mas, uma esmiuçada é o suficiente para ver que as matrizes discursivas da reforma de 1925 perpassaram as administrações sanitárias posteriores. Por sua vez, o “americanismo” citado deixa clara a influência da questão nacionalista da época. Portanto, o argumento que desenvolvo é inverso: a contenda tinha essencialmente contornos de ordem política e econômica, e o tipo de organização envolvida, independente das críticas, era secundária ao debate ideológico.

Waldomiro de Oliveira foi bolsista em Johns Hopkins entre 1922-3 (Faria, 2007). De volta à São Paulo atuou como diretor da Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde na administração Paula Souza. Em 1927, logo após assumir a diretoria do Serviço Sanitário foi homenageado como paraninfo pela 1ª turma de educadoras sanitárias do Instituto de Higiene¹¹⁴. Suas idéias para organização do Serviço Sanitário estão claras nos textos que escreveu. No 3º Congresso Brasileiro de Hygiene, em 1926, descreve que a organização do CS Modelo do Instituto de Hygiene preenchia todas as necessidades da assistência sanitária, com repercussão favorável na formação de hábitos sadios nas crianças, devendo, pois, ter a maior “[...] largueza possível” (Oliveira, 1929a). A higiene escolar permeada pela visão da eugenia preventiva continuou como um forte ponto de confluência com Paula Souza. Em palavras muito próximas daquele, concordava que a questão dos hábitos sadios:

¹¹³ O discurso roquefeleriano recheava-se de “moderno” e “científico”, e assim foi reproduzido: “[...] Prof. Paula Souza, espírito voltado integralmente para as modernas conquistas da higiene... [...] A organização levada a efeito pelo Dr. Raul Godinho obedeceu às linhas gerais das modernas normas de estruturação dos serviços de saúde, hoje aconselhadas pela ciência sanitária.” (Morena, 1946); “Visando à atualização, em São Paulo, das modernas conquistas da saúde pública [...]” (Pascale, 1949).

¹¹⁴ A repercussão, cerimônia e partes do discurso são apresentadas por Candeias (1984).

“[...] se formam na creança e se tornam tanto mais diffíceis com a evolução da idade, para se tornarem quase irrealizáveis na idade adulta” (Oliveira, 1929a). A convicção da ignorância como causa dos males da pobreza aparece primeiramente descrita em relação à mãe “[...] que em prantos reclama providencias, que não sabe bem definir, contra a má sorte que a persegue, e que não percebe ser apenas a sua própria ignorância” (Souza, Vieira, 1936:48). Oliveira ameniza: “Devido a passividade e o fatalismo, grande parte do povo permanece quase alheia à própria vida [...] de tudo esperar da ação governamental, e a ela atribuir todos os males que na maioria das vezes cabe a cada um afastar, ou evitar (Oliveira, 1948b:61).

No Congresso Médico Pan-Americano do Rio de Janeiro, em 1929, apresentou “[...] a tése ‘Aparelhamento Básico de Organização de Saúde Pública’ Nela relatámos o quanto otivemos com a Inspetoria de Educação e Centros de Saúde” (Oliveira, 1948c). Duas décadas, como diretor da Secretaria de Higiene do Trabalho, publicaria três trabalhos em educação sanitária no 7º Congresso Brasileiro de Higiene, o terceiro especificamente sobre os CSs (Oliveira, 1948a,b,c). Priorizando “[...] tôda atenção educativa à infância e à adolescência”, preconizava que as ações educativas deveriam também se estender para “[...] tôdas as esferas da população” (Oliveira, 1948c)¹¹⁵. Para isto defendia a necessidade de um plano educativo abrangente com a parceira imprescindível da recém criada Faculdade de Higiene – antigo Instituto – em sua consecução (Oliveira, 1948a). Os preceitos escudados da especialização, tempo integral, prioridade para educação sanitária e CSs, não poderiam ser mais afinados com aqueles exportados por Johns Hopkins: “A séde do Centro é o eixo essencial da educação sanitária [...]” (Oliveira, 1929b) (figura 5).

A mais indubitável oposição à idéia dos CSs, entretanto, recai sobre Francisco Salles Gomes Junior, essencialmente pela reforma de 1931 e mais especificamente pela extinção da “Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde”, a menina dos olhos da reforma de 1925. É o próprio Paula Souza quem dá fé da animosidade entre eles através de missivas recuperadas por Lina Faria.

¹¹⁵ Reflete a idéia original de Paula Souza de ampliar “[...] a sua acção a todas as camadas sociaes” (Souza, 1926), mostrando que os novos ideais deveriam também ser difundidos nas classes abastardas; e vista inadvertidamente como “proposta de democratização da saúde” por Campos (2002:112).

Figura 5. “Aparelhagem educativa” (Oliveira, 1929b)

Em 1922, ao nomeá-lo Inspetor Chefe dos Serviços de Profilaxia Geral, Paula Souza informava à Wickliffe Rose que trazia um dos “mais violentos críticos” para o “nosso lado”, embora suas críticas não fossem causadas “[...] por qualquer má vontade com a Fundação, mas, sim, por interesses pessoais” (Souza apud Faria, 2007:92)¹¹⁶. No final da década a leitura era diferente, e Salles Gomes encarnava a figura do “[...] principal antagonista dos esforços da Fundação Rockefeller” e verdadeiro mentor por trás da diretoria de Waldomiro de Oliveira, associados aos “nortistas” trazidos ainda na administração de Neiva. Acrescenta que “Um tipo de terrorismo prevalece entre a classe médica tal como eu nunca julguei possível acontecer” (Souza apud Faria, 2007:92)¹¹⁷. Em 1931 a preocupação chegava ao auge: “[...] o maior inimigo desse Instituto foi nomeado Secretário de Educação e Saúde Pública. Este homem, em função de lhe ter sido recusada uma bolsa de estudos da Fundação Rockefeller, há muitos anos, possui contra ela um ressentimento antigo [...]” (Souza apud Faria, 2007:108, nota 50)¹¹⁸.

Em 1931, uma passagem de pouco mais de dois meses à frente do Serviço Sanitário paulista foi o suficiente para Salles Gomes Júnior reorganizar substancialmente seu organograma através dos decretos 4809 de 31 de dezembro de 1930; 4891 de 13 de fevereiro; e 4917 de 03 de março de 1931; conhecidos como “reforma Salles Gomes” (São Paulo, 1930, 1931a, b)¹¹⁹. O primeiro decreto fechou a Inspetoria de Higiene dos Municípios instituída em 1925, repercutindo na manutenção dos postos municipais permanentes. Retornava assim a figura das Delegacias de Saúde no interior e ideal de “unidades sanitárias especializadas”. O segundo decreto, o mais importante, por um lado, extinguiu os três CSs existentes, transformados em “[...] dispensários de higiene infantil e materna” (Mascarenhas, 1949: 118, 209).

Os reais motivos que conduziram à extinção dos CSs não ficam claros, mas há indícios que seu peso econômico teve relevância numa época de crise mundial pela grande depressão de 1929 e pelo interregno paulista entre as revoluções de 30 e 32:

¹¹⁶ Rockefeller Archive Center, Series 305, R.G. 1.1, Box 18, Folder 152, 19/06/1922.

¹¹⁷ Rockefeller Archive Center, Series 305, R.G. 1.1, Box 18, Folder 152/153, 29/07/1929.

¹¹⁸ Archive Center, Series 305, R.G. 1.1, Box 18, Folder 152/153, 31/12/1931.

¹¹⁹ Salles Gomes Júnior voltaria a assumir o Serviço Sanitário em 1933 e 41. Fora também titular da Secretaria de Educação e Saúde Pública em 1931 e 37.

“Os Postos Municipais permanentes foram extintos, parece que por medida de economia...” (Mascarenhas, 1949:119). De fato, Ribeiro chama à atenção para o elevado orçamento da Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde:

[...] um serviço totalmente novo que absorveu, durante o período compreendido entre 1926 e 1930, uma parcela equivalente à recebida pela Inspetoria de Higiene dos Municípios que cuidava da higiene das cidades do interior e, pela Inspetoria de Policiamento da Alimentação Pública que tinha sob sua vigilância toda a rede de armazéns, lojas, mercados, fábricas de produtos alimentares e de bebidas (Ribeiro, 1993:254)¹²⁰

A este custo some-se a virtual ausência da clínica em um serviço médico de saúde pública; contraste ainda maior diante de Salles Gomes, clínico de ampla reputação. Os adversários dos CSs eram “[...] descrentes do processo **eminente** educativo dos centros [...]” (Souza e Vieira, 1936:29, grifo meu). Críticas neste sentido deram o tom do discurso do médico e deputado Gama Rodrigues¹²¹:

Vê a Câmara que dispender de pronto só com ordenados de pessoal a quantia de “Cr. \$ 1.053.000,00”, a parte a gratificação de 25% pró-labore, é uma despesa extraordinariamente grande para um serviço absolutamente teórico, que, podemos dizer, sem receio de consternação, que não dará resultado, pois constará de simples discursos, palestras e conferências, cujo resultado prático poderá bem ser comparado ao das “repúblicas escolares”, isto é, um fracasso completo e absoluto (Mascarenhas, 1949:94).

Mas, por outro lado, não refugou o núcleo ideológico da reforma anterior: a educação sanitária. Pelo contrário, antiga aspiração de Paula Souza, trouxe de volta a higiene escolar e dentária para a alçada do Serviço Sanitário e, embora sem o *status* da pasta anterior, conservou-lhe na nova denominação: “Inspeção de Higiene Escolar e Educação Sanitária”. Muitas descrições foram literalmente aproveitadas, como se pode observar:

¹²⁰ Descrições detalhadas podem ser encontradas em Mascarenhas (1948, 1949)

¹²¹ A organização dos serviços médicos apareceria como tema do 2º Congresso Médico Paulista de 1945, “O problema hospitalar no interior de São Paulo”, foi usada por Borges Vieira (1945) como fonte de argumentação.

“A educação Sanitária se fará sempre com toda a generalidade possível e pelos processos mais práticos, de modo a impressionar e convencer os educandos e implantar hábitos de higiene;” (Reforma Paula Souza, 1925)

“Promover a formação da consciência sanitária da população em geral pelos processos mais práticos, de modo a impressionar e convencer os educandos e implantar hábitos sadios de higiene;” (Reforma Salles Gomes, 1931)

Nos primórdios da atuação brasileira da Fundação Rockefeller, revelando sua identificação com o novo discurso científico, Salles Gomes chegou a solicitar uma bolsa para estudar o tracoma, mas teve seu pedido recusado – motivo pelo qual seria acoimado de “motivação pessoal” contra aquela instituição. Lina Faria (2002) transcreve a opinião de um de seus dirigentes, Dr. Hackett, em 1922 sobre o fato: “[...] ainda que um homem capaz, bem relacionado e possivelmente um futuro administrador dos serviços de saúde em São Paulo sua hostilidade ao IHB é patente e desleal”. A tradução desta fala será abordada a seguir.

O caso do chenopodio

A querela fora despertada pela conferência “Os cinco anos da Comissão Rockefeller no Brasil”, de autoria do próprio Dr. Hackett, publicada no Boletim da Academia Nacional de Medicina em abril de 1921, na qual teceu considerações favoráveis ao óleo de “chenopodio”. Em resposta, Octávio Gavião Gonzaga e Salles Gomes Jr. procuram a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo para argumentar que os experimentos com a medicação eram conduzidos exclusivamente em países pobres e populações marginalizadas, algumas vezes sem qualquer interesse para os pacientes. Além do mais, as estatísticas de óbitos eram pouco confiáveis e provavelmente subestimadas. Sobretudo não era aquela uma medicação usada na rotina dos serviços hospitalares ligados à Fundação Rockefeller nos EUA.

A repreensão maior ficou reservada a Samuel Darling e Wilson Smillie – diretores norte-americanos que precederam Paula Souza no Instituto de Higiene –, acusados de deliberada e levianamente causarem a morte de três pessoas em suas experiências com o quenopódio em São Paulo. Mais ainda do que aos pesquisadores, o texto

parece envolver uma atmosfera negativa em torno da filosofia presente no discurso de Hackett, algo colonialista, de modo que os argumentos sobre os testes daquele medicamento se revestem também de um discurso nacionalista. Finalizaram a longa exposição em tom (pouco) conciliador; como se diria no dito popular: com uma no cravo e outra na ferradura, o que lhe vale uma citação mais longa (Gonzaga, Gomes Jr., 1921:315)¹²²:

[...] não nos movem contra a Fundação Rockefeller impertinências de catonismo ou exaltações de nacionalismo rubro, nem tão pouco qualquer outro sentimento mesquinho. É antes um sentimento mais nobre, bem mais elevado... [...] Somos, aliás admiradores sinceros dos benefícios que o ouro generoso e abençoado dos Rockefeller tem espalhado pelo mundo e reconhecemos sob certas ressalvas as vantagens que nos traz o concurso da Fundação, sentimentos que – revelem nos insistir – não nos impedem de protestar contra os procedimentos de certos directores scientificos da Rockefeller, sob o manto augusto da caridade [...]

Achareis, quem sabe, demasiada vivacidade nas nossas palavras; lembrai-vos, porém que ellas traduzem a revolta de que ao nosso Geca – já coberto de chalaças e remoques que jamais logrou um saltimbanco em praça pública – só restasse a suprema humilhação de passar a servir de cobaio em mãos dos profissionais norte-americanos... [...] nosso Geca tão desamparado e tão simples e cuja figura aqui invocamos na postura em que ainda não o plasmou a caricatura irreverente – **de cócoras, ingerindo o chenopodio norte-americano, tal qual um animal de laboratorio** (grifo original).

A revisão e seus argumentos são tão impressionantes que o próprio acusado Dr. Wilson Smillie, cientista experiente de renome internacional, principia sua defesa por reconhecer a qualidade da argumentação:

¹²² Os textos retratam parte do debate realizado em tribuna em dois momentos. No primeiro foram apresentados os argumentos dos autores com o comentário de Paula Souza em que sugere a continuidade do debate na presença do prof. Smillie. Este, embora tenha recebido os manuscritos previamente, não pode comparecer. No segundo momento houve a defesa de Smillie, com os comentários de Octavio Gonzaga, Salles Gomes Jr e outros. Outras falas – citados Oscar Freire e Paula Souza – não foram registradas.

Desejo congratular com os autores pelo excelente estudo que fizeram. Elles investigaram minuciosamente o problema da intoxicação pelo chenopodio e fizeram um estudo intensivo da literatura sobre o assumpto. Sua bibliografia é completa e de grande valor (A propósito, 1921).

Em seguida expõe uma defesa individual e recheada de argumentos afetivos. Aceita ter cometido erros sob o signo de que todos os cometem; sobre as experiências, errar seria da natureza de qualquer pesquisador; entendendo que o “[...] unico tipo de critica acceitavel de semelhante trabalho deve partir de alguém que tenha repetido os estudos afim de mostrar que elles estão errados”. Quanto ao caráter internacional, diz sentir-se membro de uma faculdade brasileira e alega que a maneira mais inteligente de resolver os problemas brasileiros é estudá-lo no Brasil: “Foi o que fiz e este é o meu crime”. Na defesa dos principais tópicos elencados, e tendo em vista a questão destacada do cobaia, ultima com uma bela e comovente ode ao caboclo brasileiro (A proposito, 1921):

Pelo contrário, meu único desejo tem sido levar saude e felicidade a esse meu amigo, que amo e respeito, e qual acredito representa a maior força da nação brasileira, e que, devo confessar, tenho muitas vezes a impressão de ser esquecido ou negligenciado por seus mais prosperos, mais artificiaes, melhor educados, mais afortunados irmãos da cidade.

Redargüindo à exposição de Smillie, Octavio Gonzaga felicitou o comparecimento e a defesa dele, aproveitando para desaprovar a atitude de Hackett que teria optado pela imprensa leiga, embora tivesse sido ele próprio a levá-la inicialmente à tribuna acadêmica. Com uma defesa individualizada que não incluía propriamente as intenções da Fundação Rockefeller, Smillie foi censurado por não responder “[...] às arguições formuladas no trabalho apresentado à discussão; ellas permanecem de pé”; postura tida como anuente às argumentações originais. Reconhecendo a competência do cientista, congratulou sua coragem em assumir o erro, o que entretanto não seria o suficiente para justificá-lo (A proposito, 1921):

No caso vertente não pode prevalecer o argumento que só não erra o homem que não progride; o que houve foi mais do que erro – foi a reincidência no

erro, quando os professores Darling e Smillie deram entre nós doses de chenopodio que já estavam há muito reconhecidas toxicas. No caso não assistia mais a S. S. o direito de errar, tanto mais que as vítimas não trouxeram contribuição alguma á solução do problema.

Continuando, interpretava que não era somente o papel do prof. Smillie que estava em jogo, mas que se tratava um problema “muito mais complexo”. Neste ponto aproveitou para discordar da defesa inicial da Fundação Rockefeller feita por Paula Souza, na qual atribuía responsabilidades exclusivamente aos diretores clínicos brasileiros: “Todas as opiniões a esse respeito são de responsabilidade pessoal desses cientistas [...] Insiste nesse ponto para que se não pense que é ou foi intenção da Fundação Rockefeller fazer uma predeterminada experiência entre nós” (Souza, 1921). Gonzaga valeu ainda da oportunidade para desvincular cientistas brasileiros de uma postura favorável ao discurso de defesa¹²³. Pelo porte das partes envolvidas e do momento político, a questão abriria um importante flanco de vulnerabilidade nas ações patrocinadas pela Rockefeller em São Paulo. Sem que se possa condicioná-lo diretamente, a verdade é que boa parte dos esforços futuros de Paula Souza seria despendido justamente para conservar o Instituto de Higiene sob o domínio ideológico da Fundação.

Um termo provisório para a transição

Na dimensão política, por um lado os novos ideais trazidos por Paula Souza e Borges Vieira compunham com a simpatia dos republicanos à cultura liberal norte-americana, com os ideais científicos positivistas e com o pensamento racional. Por outro, idéias importadas e a sombra Rockefeller açulavam como ninguém o espírito nacionalista e o pensamento político da “geração nascida na república”.

São vários os indícios da interferência do primeiro plano político na transição da saúde pública paulista dos anos 1920, como nota Barros Barreto (1937): “São Paulo, entre nós, já teve em prática o regime [distrital de CS], derrubado pelo partidarismo

¹²³ Movimento inverso ao realizado por Lina Faria na leitura deste episódio, deixando escapar alguma afinidade com a parte historiada: “De certa forma, as críticas feitas aos trabalhos da missão médica e à própria Fundação Rockefeller por certo contribuíram para o maior controle de qualidade dos serviços prestados por esta instituição à sociedade brasileira” (Faria, 2002:572).

local nas esferas sanitárias”. Lina Faria, embora timidamente, também conclui que “[...] o cerne de tais disputas estava nas divergências políticas e ideológicas” (Faria, 2002; 2007:137). Em última instância, pelo menos a partir de 1926, alterações “partidaristas” “políticas” ou “ideológicas” não poderiam deixar de se remeter ao PRP e sua cisão, o Partido Democrático (PD). Mas dificilmente a questão dos CSs poderia ser atribuída a tal dissonância, inerente ao imobilismo das posições de poder no PRP e em essencial à defesa do voto secreto e eleições honestas, caldo engrossado pela modernização do ensino, questões agrárias e cafeeiras (Love, 1982)¹²⁴. O PD pretendia ser uma alternativa liberal de uma “elite ilustrada” para a crise e desmandos políticos da oligarquia “carcomida” do PRP. Por processo eleitoral secreto e honesto entendiam a ausência de qualquer representação do povo ou operária, isto é, o processo deveria ser comandado pela parte pensante, “[...] e a parte músculo (massa bruta, popular, gente rural sem cultura nem capacidade de discernimento) subordinada naturalmente ao cérebro” (Carta, 1924)¹²⁵. Nesta contenda o CS, a saúde pública ou qualquer entonação em políticas sociais não chegou a dar o ar de sua graça: “No que se refere ao povo, *carcomidos* e *ilustrados* davam-se novamente as mãos [...]” (Casalecchi, 1987:244, grifos originais)¹²⁶.

O problema político, portanto, parece orbitar em torno da presença da Fundação Rockefeller. Em “conversação” com Antonio Guimarães, o ex-diretor da Faculdade de Medicina Benedicto Montenegro trouxe à lembrança que a proposta inicial da parceria com a Faculdade de Medicina idealizada pela Fundação foi inicialmente desaprovada pelo Conselheiro Rodrigues Alves. Figura celebrizada pelo saneamento do Rio de Janeiro na campanha de Oswaldo Cruz, alegara a incapacidade do estado em arcar com as despesas envolvidas. Mas aqui suas reminiscências sobre aquela negativa importam mais: “[...] Ademais, argumentava, nem se sabia se a Fundação era, na verdade, uma instituição filantrópica ou de infiltração americanista, ou

¹²⁴ Capítulo 4: “Política Estadual: figuras, eventos e estruturas”.

¹²⁵ “O raciocínio geral é este: se o meu voto, estudado, ponderado, calculado, livre, tem que ser anulado pelo voto do meu criado, que é um imbecil, sem discernimento nem cultura, prefiro ficar em casa” (Carta, 1924). A reprodução deste documento consta no apêndice de Casalecchi (1987).

¹²⁶ A literatura revisada não permite avaliar o peso específico que as reformas do Serviço Sanitário tiveram no debate político geral da época. Também não fica clara qual a envergadura que este debate tomou internamente na Faculdade de Medicina da USP.

possivelmente de infiltração religiosa protestante...”. Sobre sucessão de Altino Arantes por Washington Luís na presidência do estado (que marca também a perda de hegemonia dos Rodrigues Alves) Montenegro rememora: “[...] não parece ter sido muito admirador dos americanos, ou pelo menos das intenções da Fundação Rockefeller, pois não se conseguiu convence-lo dos benefícios que traria para o ensino o auxílio oferecido pela Fundação” (Guimarães, 1967:909-10, nota 642)¹²⁷.

Filho do ex-presidente e médico com especialização no Instituto Pasteur, Oscar Rodrigues Alves foi Secretário do Interior entre 1916 e 1920 (nos governos de seu pai e de Altino Arantes), portanto interlocutor direto de toda negociação inicial com a Fundação Rockefeller. Em 1924, na posição de senador estadual, voltaria a relembrar em tribuna o problema do chenopódio¹²⁸. Segundo Lina Faria (2007: 91) também se opôs fortemente ao acúmulo das diretorias do Instituto de Higiene e Serviço Sanitário por Paula Souza, divisando conflitos de atribuições e privilégios indevidos aos funcionários do primeiro. Luiz de Toledo Piza Sobrinho foi outro eminente representante de clã político a vociferar contra a subordinação do Instituto de Higiene diretamente à Secretária do Interior e não ao próprio Serviço Sanitário (Candeias, 1984).

Com a morte do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho em 1920, os preceitos despertados pela autoridade de seu vulto foram dissipados e a Faculdade de Medicina da USP viu-se imersa numa instabilidade institucional, com seis diferentes diretores nos quatro anos que se seguiram. Sobre a diretoria, Ernesto de Souza Campos comenta em sua história da USP: “Neste período tormentoso achava-se este órgão da administração escolar divididos entre dois grupos antagônicos como se fossem dois partidos políticos. Havia até, para cada um, uma denominação de ordem pejorativa dada [...]” (Campos, 2004:382)¹²⁹. Infelizmente não chega a especificar os motivos

¹²⁷ Na seqüência do mesmo depoimento, lembra que somente em 1924, com o governo estadual de Carlos Campos – filho do ex-presidente estadual Bernardino de Campos – se resolveria a questão: “E foi assim que, depois de oito anos de espera ansiosa, quando a paciência dos diretores da Rockefeller estava prestes a esgotar-se e com disposição para favorecer outra Faculdade, conseguimos aquilo que tanto almejávamos e pelo que vínhamos batalhando com tenacidade e sem esmorecimento”.

¹²⁸ Discurso de Oscar Rodrigues Alves. In: Annaes do Senado, 80ª sessão ordinária de 22/12/1924, p.688 (citado por Nadai, 1987:222)

¹²⁹ Sobre o contexto deste início na USP ver Marinho (1993, 2001).

da cisão. Mais direto é o testemunho de Wilson Smillie descrito por Farley (2004:206), dando conta de que quem efetivamente exercia o poder na Faculdade de Medicina era Dr. Alves Lima, cunhado do Conselheiro Rodrigues Alves e “de educação francesa”, e que se antipatizava com “americanos” e “desconfiava” dos interesses da Fundação¹³⁰. Para Elza Nadai, a Faculdade de Medicina esteve desde cedo “[...] marcada por forte tendência nacionalista, embora não se aproximasse da xenofobia”. Isto porque tanto não havia contraposição de alternativas definidas, como a própria disputa se limitava pela “[...] pela percepção de que ‘a ciência não tem pátria’” (Nadai, 1987:221, 223). Mas, como atenta na citação do eminente José de Toledo Piza, a questão sobretudo feria os bríos científicos nacionais:

Mas o que eu prego não é uma resistência à comissão Rockefeller, cujos elevados intuitos sou dos primeiros a reconhecer e proclamar. O que eu prego é a resistência e pessimismo que nos invade e assoberba, a ponto de abdicarmos dos nossos mais comensais deveres para dila-los a cargo do estrangeiro. A decisão do governo federal em permitir a intervenção estrangeira para debelar os últimos focos de febre amarela no norte do país é uma ofensa à sciencia nacional (Piza, 1923)

Qualquer corrente nacionalista que se opunha à idéia de subordinação à Rockefeller necessariamente deveria conflitar com Paula Souza. Mas, como entender tal situação, quando justamente fora seu pai um dos próceres da Liga Nacionalista de São Paulo. Aqui parece sensato a referência ao discurso de Carlos Chagas na abertura do congresso da Sociedade Brasileira de Hygiene em 1923:

Vem sendo assim de longos annos e foi por isso que o actual Governo da Republica sem o menor constrangimento e embora zeloso das prerrogativas nacionaes, acceitou a cooperação valiosa da Rockefeller Foundation e vae de uma feita solucionar o problema, que se eternizava: a febre amarela no norte e nordéste brasileiros.

¹³⁰ “According to Smillie, the real power in the medical faculty lay with the French-educated Dr. Alves Lima, brother-in-law of the state president, and not with its director, Dr. G. Xavier. Apparently Lima disliked Americans, distrusted the motives of the Health Board, and was in turn distrusted and disliked by Souza and Pedrosa”. O autor commenta que para contornar a situação, aproveitaram a primeira oportunidade para homenageá-lo nos EUA através do *American College of Surgeons*. Smillie sugeriu a Wickliffe Rose que lhe dessem tratamento real: “He is, after all, a Latin” (Farley, 2004:206).

Vieram depressa as phrases de sensação, em que se exalta o nacionalismo extravagante e pouco faltou para que, mais uma vez, fossemos indicados ao despreço de nossos patricios pelo crime de um patriotismo imaginário (Chagas, 1923:15).

Em outra linha de argumentação, não se pode deixar de considerar que as reformas de 1925 (Paula Souza) e 1931 (Salles Gomes) se deram em conjunturas políticas bastante diversas. A ocasião da saída da Paula Souza do Serviço Sanitário é pouco explorada na literatura. Campos (2002: 121, grifos meus) reproduz um comentário de Fred Soper que se refere diretamente ao tema, mas ambíguo quanto à renúncia ou demissão daquele: “[...] piorou continuamente desde que P. **renunciou**. Dr. Dias sempre foi contrário a P e sem dúvida foi o responsável pela **demissão**, como diretor de Serviço Sanitário”. Mesmo que ligeiramente, a autora deixa claro ter sido aquele um momento bastante traumático. Contudo, apresentou grande estabilidade no cargo. De acordo com os cálculos de Mascarenhas (1949:26), Paula Souza ficou 5 anos e 34 dias na direção daquele serviço, só perdendo para Emílio Ribas com 14 anos e 147 dias. Na seqüência vieram Humberto Pascale, com 2 anos e 147 dias, e Borges Vieira, com dois anos e um dia – ambos partidários orgânicos dos mesmos ideais.

Na década de 1930 o cenário político seria outro. A reforma Salles Gomes deu-se em momento de extrema instabilidade. Como nos lembra Maria da Penha Vasconcelos, “[...] em menos de cinco anos, o executivo estadual foi ocupado por sete interventores federais diferentes e o municipal, por doze prefeitos, nomeado pelo governo provisório de Vargas e leais a ele” (Vasconcelos, 1995:61). Segundo os dados coligidos por Mascarenhas (1949:23-7), o breve intervalo entre 1930 e 1933 experimentou quinze pessoas à frente da Secretaria do Interior/ Educação e Saúde Pública, subordinando onze diferentes diretores no Serviço Sanitário. Apenas o governo de Armando Sales de Oliveira proveria um novo período de estabilidade nessa diretoria, tendo à frente Octavio Gavião Gonzaga (08/1933 e 5/1935), protagonista do episódio do quenopódio¹³¹.

¹³¹ Ao mesmo tempo em que Armando Sales nomeia o antigo desafeto da Fundação, organizava com Paula Souza o Instituto de Organização Racional do Trabalho – IDORT.

Na peleja particular entre Paula Souza e Arthur Neiva certamente entram variáveis específicas da “Pátria Paulista”¹³². Uma delas, o “orgulho máximo de ser paulistanamente”, para o qual os “estrangeiros” eram bem vindos como imigrantes trabalhadores, mas não no fechado clube político do estado (Love, 1982)¹³³. Arthur Neiva, cientista de renome internacional e com grande experiência no serviço sanitário era sem dúvida um problema a ser superado pelas pretensões da Fundação Rockefeller em São Paulo, o mesmo ocorrendo como o Instituto de Hygiene em relação ao Butantan. Talvez por não encontrar alternativa por onde desqualificá-lo, Paula Souza tacharia-lhe de “nortista”.

Deve-se ainda pesar que a historiografia disponível sobre o tema apresenta um nítido predomínio de fontes históricas que se remetem à visada original da Fundação Rockefeller, o que a torna insuficiente para definir com precisão os movimentos observados na saúde pública paulista entre as reformas de 1925 e 1931. Além disto, aos estudiosos nem sempre o significado descritivo almejado consegue se eximir de uma dimensão axiológica (imperativa na “história militante”). Veja-se, por exemplo, a ampla convicção de que Waldomiro Oliveira era um ferrenho opositor das idéias – ou “modelo” – da reforma de 1925. Diante de seus textos em favor dos CSs, Cristina Campos chega a declará-lo de “[...] contraditório, fazendo-se parecer adepto dos preceitos deixados pelo antecessor”. Mesmo conhecendo seus escritos de 1948, acredita nas “provas” contrárias, que se traduz nas palavras de Fred L. Soper, diretor da Fundação (Campos, 2002:120)¹³⁴. Sem querer esgotar as possibilidades dessa

¹³² A relação entre Paula Souza e Arthur Neiva daria um bom estudo. À frente do Serviço Sanitário paulista, Neiva investia para que o Instituto Butantan se tornasse mais importante que o Instituto Oswaldo Cruz (Benchimol, Teixeira, 1993). Paula Souza, talvez vendo-o como uma sombra a rivalizar com Instituto de Higiene, decretou na reforma de 1925 (artigo 58) a unificação os Institutos Bacteriológico, Soroterápico (Butantan) e Vacinogênico sob a direção do mesmo profissional. Salles Gomes faria o inverso (Faria, 2007). Um relato é precioso: em 1930, temendo que se requisitasse prédio de seu instituto para hospital, um Paula Souza estupefato narra para Fred. L. Soper seu encontro com o Secretário dos Negócios do Interior: “[...] o Dr. Neiva procurou me convencer que não sabia qual a verdadeira situação do Instituto de Hygiene, pedindo-me que lhe escrevesse para lhe dizer quais são os objetivos do Instituto de Hygiene e sua orientação e que tipo de trabalho se realizou nos últimos anos!!” (Candeias, 1984)

¹³³ Numa inserção estadual completamente adversa, o primeiro interventor de Vargas, tenente João Alberto Lins de Barros, “forasteiro”, era referido como “o Pernambucano”.

¹³⁴ Mesmo historiadores de reconhecida competência como Lina Faria não deixam pontualmente de revelar alguma afinidade com uma das partes historiadas: “[...] Waldomiro de Oliveira foi bolsista da Fundação Rockefeller, entre 1922 e 1923, na Escola de Higiene e Saúde Pública da Johns Hopkins, onde se diplomou em saúde pública, sem distinção acadêmica. É difícil fazer conjecturas de caráter

interpretação e dos fatos ocorridos em si, a questão é que próprio Waldomiro manteve uma lembrança distinta:

O esforço desenvolvido pelo Professor Paula Souza, e por alguns poucos sanitaristas em São Paulo no período de 1924 a 1930, e os resultados realmente notáveis obtidos, não foram de molde a convencer o espírito revolucionário de 1930. Os centros foram fechados; inspetoria extinta; os colaboradores, dispensados alguns, redistribuídos outros em funções várias (Oliveira, 1948c).

Conclusões que apontam para a derrota do “modelo” Paula Souza devem ser ponderadas por uma leitura histórica mais abrangente. Os CSs como denominação ou instituição física realmente estiveram latentes por um período em São Paulo, mas sequer é exato afirmar que as “delegacias de saúde” eram um verdadeiro retorno à antiga idéia, pois com esta denominação floresceram práticas assemelhadas ao CSs, como se deduz da fala de Fontenelle (1941) citada anteriormente: “É o «Centro de Saude», o «Posto de Saude», a «Delegacia de Saude», ou que outro nome, mais ou menos expressivo, se lhe queira dar”¹³⁵. A reforma Salles Gomes também não entrou em detalhes normativos sobre a operacionalização dos serviços, mantendo na nova pasta “as atribuições constantes no decreto 3876, de 11 de Julho de 1925, que não forem transferidas pelo presente decreto a outras secções do serviço sanitário” (São Paulo, 1931a: Art. 53).

Entre suas idéias principais de 1925, o núcleo científico/ideológico expresso pela educação sanitária e higiene infantil foi continuado. A defesa da dedicação integral se estendeu por anos, não somente em São Paulo. O princípio da coordenação administrativa era ainda primário e pouco passava do *all-under-one-roof-principle* (de qualquer forma não poderia atravessar incólume aos acontecimentos que levaram à revolução de 1932; ou à longa tradição de interveniência política na saúde da qual se queixaria Mascarenhas. Somente a autonomia política do SESP viria permitir sua

subjetivo, mas não deve surpreender o fato de que o ‘mau aluno’ se volte, desde cedo, quando retorna ao Brasil, contra as políticas e programas da Fundação” (Faria, 2007:149, nota 35).

¹³⁵ Barros Barreto consideraria de fundamental importância a criação de delegacias de saúde federais em 1937 (ver Fonseca, 2007: 217 – “As delegacias federais de saúde: os olhos e as mãos do Departamento Nacional de Saúde nos estados”)

materialização). Se houve um ponto rejeitado entre os ideais de 1925, este diz respeito à exclusividade da ação preventiva (com o tempo mesmo seus defensores capitulariam).

Considere-se na resistência aos CSs de Paula Souza que a ortodoxia de sua implantação não condizia com a flexibilidade e caráter filantrópico do congênere norte-americano, embora mesmo naquele país a idéia fosse incipiente e variável em demasia (Davis, 1927; Gunn, Platt, 1946). Muito particularmente quando se lembra que a proposta de não patrocinar a assistência clínica na saúde pública confrontava uma realidade ainda fresca do caos assistencial impingido pela gripe espanhola em São Paulo (Bertucci, 2002); ainda mais quando as propostas de 1925 não encontravam bases empíricas que lhe sustentassem¹³⁶.

De todo o modo, independente do interregno oficial em São Paulo, a idéia dos CSs continuou maturando entre os sanitaristas locais, assim como nos fóruns nacionais e pan-americanos, de forma que ao tomar um corpo consistente com Barros Barreto e outras experiências brasileiras, aqueles retornaram com naturalidade à cena paulista, mas então sintomaticamente sem a ortodoxia dualista inicial¹³⁷.

Uma última observação merece ser destacada, até por certa correspondência com o que se conformaria nos anos 1970. Em 1922 Paula Souza relata um acordo da Fundação Rockefeller para o financiamento parcial de postos de higiene fixos no interior, substituindo os postos não permanentes de combate ao tracoma, malária e ancilostomose. Havia a previsão de nove postos iniciais em 1924, ampliando para vinte e uma unidades até 1928. A extinção da Inspetoria de Higiene dos Municípios em 1930 levou a reboque a legislação referente àquelas unidades, reinstituindo o controle sanitário local às Delegacias de Saúde. Apesar disto, alguns poucos sanitaristas com vínculos à idéia original mobilizaram um movimento municipalista

¹³⁶ Candeias (1984) atenta para o fato de que a própria idéia de educação em saúde só viria ganhar bases claras décadas depois. O mesmo se dava com a figura da educadora sanitária, que servia principalmente para fazer as vezes da enfermeira ausente.

¹³⁷ Os Centros de Saúde seriam reconhecidos novamente com o Decreto 9273 de 28 de junho de 1938 (São Paulo, 1938).

através do Departamento das Municipalidades¹³⁸, que organizou postos permanentes nos municípios por conta própria ou com subvenção estadual: “Graças a este movimento, por ocasião da reforma de 1938, existiam, no interior, 82 unidades sanitárias locais, apesar de não haver legislação alguma sobre as mesmas” (Mascarenhas, 1949:157).

¹³⁸ Em destaque, a figura de Humberto Pascale (1938), a quem Rodolfo Mascarenhas se distingue “discípulo” (Mascarenhas, 1949:9). Interessante notar que o mesmo Pascale eleva Salles Gomes ao panteão dos “grandes vultos” brasileiros da higiene, ao lado de Oswaldo Cruz, Chagas, Neiva, Ribas, Paula Souza, Borges Vieira e outros poucos (Pascale, 1959).

Capítulo 4

Barros Barreto e a era Vargas: CSs, construção nacional, burocratização e centralização política

O maior problema de saúde no Brasil é o «quilômetro».

(Gal. Dunhan, apud Campbell, 1954).

João de Barros Barreto, relevando sua breve passagem por São Paulo, foi um personagem ligado eminentemente ao Rio de Janeiro. Encaixá-lo numa linhagem de pensamento sanitário paulista encontra suas justificativas na dimensão em que foi responsável por moldar e definir o discurso sanitário no país, a par com o relativo ostracismo observado no discurso sanitário de São Paulo no mesmo período.

Ao longo da década de 1930 a organização do Serviço Sanitário paulista foi marcada negativamente pela rotatividade e indefinições políticas, ao mesmo tempo em que o Instituto de Higiene usava toda sua energia para se preservar como ente autônomo. Se a recomposição oligárquica experimenta alguma estabilidade com a aproximação varguista de Armando Sales, sua perseverança como candidato para presidência da República outra vez estremeceu todas as bases políticas em 1937. Nesse entremeio, contudo, ergueram-se algumas instituições importantes no interstício do discurso social da saúde pública: uma com origem no setor industrial – Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT); e duas acadêmicas – Escola Livre de Sociologia e Política, e Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP – as duas primeira essenciais ao pensamento clássico e a última com repercussões específicas mais adiante, na radicalidade dos anos 1970.

O IDORT nasce em 1931 sob o signo da “organização racional [ou científica] do trabalho”, “[...] nos mesmos moldes da Taylor Society, o mais importante instituto de

disseminação do taylorismo nos Estados Unidos durante o período entre guerras”, embora não se deva diminuir a influência de Fayol (Ferreira, 2008:23)¹. As idéias do industrial Roberto Simonsen foram suas principais influências, não menos irrequeto com as mobilizações trabalhistas locais, ainda incitadas pelo fantasma comunista europeu. Especificamente à origem do pensamento racional no país, não se deve esquecer menções a Antonio Francisco de Paula Souza, dedicado ao seu estudo e difusão através da Escola Politécnica. O IDORT foi precedido pelo interesse de um grupo de profissionais – entre eles Geraldo de Paula Souza e Armando Sales de Oliveira² – em estudar higiene mental e higiene aplicada ao trabalho – fisiologia e a psicologia industrial –, inspirado nas doutrinas européias irradiadas pela Politécnica. A experiência resultou em alguns estudos, mas sem lograr o êxito esperado. Numa segunda iniciativa, ao grupo inicial foram agregadas várias outras personalidades empresariais, num total de 92, com o intuito de criar o Instituto Paulista de Eficiência, renomeado antes da inauguração para IDORT (apenas oito assinam a ata de fundação). Uma grande interface com o Instituto de Higiene, e com a medicina em geral, lhe foi conferida por Geraldo de Paula Souza, que, em 1946, se juntaria a Roberto Simonsen na organização do Serviço de Alimentação do Serviço Social do da Indústria – SESI (IDORT, 1937; Vasconcellos, 1995). A preocupação inicial em melhorar a eficiência produtiva e condições de trabalho na indústria rapidamente se estendeu para todo o discurso administrativo de São Paulo e do país.

Elemento importante do governo Vargas, o Departamento Administrativo do Serviço Público criado no (DASP) é tido como marco inicial da racionalização da administração pública no Brasil. Direcionado à padronização e eficiência administrativa, propunha-se encerrar o longo histórico de exclusividade das indicações políticas por meio do “[...] desenvolvimento de um programa racional de recrutamento e seleção do funcionalismo, no intuito de promover justiça e democracia neste processo, interrompendo uma prática herdada dos tempos imperiais [...]” (Ferreira, 2008:202). Para este autor o IDORT não só antecede a criação do

¹ Ver também Antonacci (1993).

² Médicos: Antonio Pacheco e Silva, Geraldo de Paula Souza, Benjamin Ribeiro e Moacir Alvaro; engenheiros: Robert Mange, Vitor Freire, Aldo de Azevedo, João Fleury e J. C. Monteiro de Camargo; juristas: Clóvis Ribeiro e Francisco de Salles Oliveira; educadores: Manoel Lourenço Filho e Almeida Junior (Ferreira, 2008:154).

DASP – também da Fundação Getúlio Vargas –, como poderia lhe ser considerado a própria matriz, uma vez que seu projeto se baseara no Departamento do Serviço Público do Estado de São Paulo (DSP-SP), órgão do executivo criado pelo IDORT (Ferreira, 2008:201).

A Escola Livre de Sociologia e Política nasce em 1933 disparada pela derrota do movimento constitucionalista de 1932, mas também dentro de um contexto cultural e econômico confuso que se instala com o término da Primeira Guerra e se exacerba com a crise de 1929. Fundada por uma elite empresarial, acadêmica e social anti-varguista, dizia em seu manifesto de fundação: “[...] o povo sente-se mais ou menos às tontas e vacilante. Quer agir, tem vontade de promover algo de útil, cogita de uma renovação benéfica mas não encontra a mola central de uma elite harmoniosa, que lhes inspire confiança, que lhe ensine passos firmes e seguros” (Manifesto, 1933). O momento era tão revoltoso, que até Roberto Simonsen, um dos fundadores, também assistiu aos cursos ministrados por professores estrangeiros (de nossa linhagem clássica, Rodolfo Mascarenhas buscava ali formação específica). Em conclusão não explicitada por palavras, esta elite entendeu que as respostas para lidar com a instabilidade social gerada pelas crises econômicas deveriam ser buscadas nas ciências sociais. Mais do que respostas, o autor assinala, buscava-se instrumentos de orientação ideológica e, porque não, de engenharia social (O’Neil, 1971). Dentro desta finalidade prática e instrumental, sua orientação e quadros foram buscados na sociologia norte-americana (descrita depois como escola de Chicago).

Sob o beneplácito de Vargas, em 1934 seria instituída a Universidade de São Paulo, fortemente marcada pela presença da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, em trilha diverso da “Escola”. Em suas origens estava o ideal de combate à elitização do ensino, logo sua reestruturação como instrumento de mudanças sociais. Entre seus principais objetivos estavam a pesquisa livre e a formação de professores para o ensino secundário (O Manifesto, 1932; O’Neil, 1971)³. Neste propósito a faculdade foi buscar identidade no pensamento europeu, transitando nos seus corredores intelectuais do porte de Fernand Braudel, Claude Lévi-Strauss, Roger

³ Como atesta Florestan Fernandes (1984:42), no fundo “Não se rompia com o passado, mas se atendia a exigências novas”. Esta breve – e bela – coletânea de três ensaios me pareceu uma leitura essencial para compreensão do debate vivo em torno da USP.

Bastide, Paul Arbousse-Bastide, Pierre Monbeig entre outros; influência que contrastava não só com a Escola Livre, mas em especial com a faculdade de Medicina (Marinho, 2001)⁴.

Além de toda instabilidade institucional atravessada pelo estado, é provável que o mito Paula Souza tenha dificultado o surgimento de pensadores coetâneos originais no campo da saúde pública, que viu parte de seu tempo intelectual gasto com nostalgias sobre a reforma de 1925. Para além de versões extemporâneas sobre aquelas idéias iniciais, pouco se produziu teoricamente. Com isto, mesmo personagens centrais como Borges Vieira acabariam expressando uma estrutura discursiva moldada nacionalmente em Barros Barreto (Vieira, 1945); o que não quer dizer que esta influência seja amplamente reconhecida, pois na literatura paulista as referências a Barros Barreto são usualmente comedidas e circunstanciais.

Mas convém expandir instantaneamente o olhar global antes de entrar no cenário nacional. Conforme assinalado, para Polanyi foram os anos 1930 que mudaram definitivamente o mundo. O Brasil não foi exceção, configurando-se como uma das mais decisivas de sua história – certamente foi verdade para a saúde pública –, ao tempo em que toda a dependência política e econômica do país já havia se transferido para os EUA. Sendo assim a depressão mundial que se seguiu à crise norte-americana de 1929 atinge diretamente o país, e paradoxalmente influencia uma nova dinâmica na economia brasileira com o estímulo à industrialização e consumo interno, reposicionando os pesos no debate sobre as verdadeiras aptidões econômicas do país, com grande impacto sobre a hegemonia política agroexportadora (Furtado, 1985)⁵. Acirrado pela revolução de 1930, o clima de disputa de poder e instabilidade política regional se exacerba.

⁴ Mais especificamente o capítulo 2: “A Universidade de São Paulo: contrapontos e distinções”.

⁵ “Serão a crise de 1929 e a profunda e prolongada recessão que a seguiu que, ao desmantelarem os mecanismos de defesa e de autopreservação da economia de tipo colonial, porão em marcha processos históricos capazes de viabilizar um descolamento das atividades industriais do complexo primário-exportador” [...] “o Brasil não só encerrava seu ciclo colonial, mas ainda fundia todos os ‘ciclos’ anteriores em uma unidade integrada, e concluía o processo histórico de sua formação nacional” (p. 69-70).

Foi neste sumário contexto que Vargas se impôs ao país, com seu objetivo de desestruturar as oligarquias estaduais em busca da unidade nacional. Nas raízes intelectuais, um nacionalismo contrário à subserviência ao poder estrangeiro, refratário à tradição liberal brasileira e de seu excessivo federalismo. Como se sabe, estava traçado o caminho do autoritarismo e centralização política, que se extrema com o Estado Novo sobre a percepção da impossibilidade da consolidação de um pacto federativo. O fermento desde ideal deve ser buscado na década anterior, cujas posições de Oliveira Vianna sintetizam como nenhuma aquele espírito de renovação republicana pautado no autoritarismo⁶. Não que a relegasse, mas como se dizia à época: “não era essa a República dos meus sonhos” (Viana, 1990); ou que se refutasse o liberalismo, posto que era este mesmo seu propósito final. O caso era que para alcançá-lo na sociedade brasileira, oligárquica e de mandonismo local, se fazia necessária, na opinião de Vianna, a aplicação da técnica autoritária em detrimento da técnica liberal própria dos países anglo-saxões (Vianna, 1999). Em sua clareza, assim descreve Wanderley Guilherme dos Santos (1978:93)⁷:

Em 1920, Oliveira Viana expressou pela primeira vez, tão clara e completamente quanto possível, o dilema do liberalismo no Brasil. Não existe um sistema político liberal, dirá ele, sem uma sociedade liberal. O Brasil, continua, não possui uma sociedade liberal mas, ao contrário, parental, clânica e autoritária. Em consequência, um sistema político liberal não apresentará desempenho apropriado, produzindo resultados sempre opostos aos pretendidos pela doutrina. [...] Assim, concluiria Oliveira Vianna, o Brasil precisa de um sistema político autoritário cujo programa econômico e político seja capaz de demolir as condições que impedem o sistema social de se transformar em liberal.

Como segmento especializado de um discurso maior, naturalmente o ideário de Vianna sobreviria o discurso da organização política e administrativa dos serviços na saúde pública; sobre o qual o preceito conceitual da centralização política com

⁶ Neste caso, um autoritarismo conceitual e sistemático – “autoritarismo instrumental” no dizer de Wanderley Guilherme dos Santos –, pois não houve momento na Primeira República que não estivesse pautado pela prática autoritária.

⁷ Devo a observação deste texto a Antonio Paim, na introdução de Vianna (1999).

descentralização administrativa – “desconcentração” – seria investido de especial significação e longevidade. Este ideário é vividamente identificável no texto Borges Vieira de 1945, seja no diagnóstico de que “O problema da saúde é vital para a nacionalidade”; ao conclamar esforços para extensão rural dos serviços, com a finalidade de “[...] tornar menos longo, o progresso sanitário sobre o qual repousará a própria unidade nacional”; ou no reforço da importância da idéia da descentralização administrativa. O “povo-massa” surge na ainda tímida idéia de “socialização da saúde” (interessante notar que este foi um dos últimos textos clássicos que ainda abordou de forma aberta os preceitos eugênicos na saúde pública).

O papel empreendedor da saúde pública no processo de construção nacional durante a Primeira República foi primordialmente assinalado por Castro Santos (1985), dando origem a uma série de estudos que corroboram esta visão. Àquele trabalho, entretanto, fugiu a percepção da consistência que o processo tomou na era Vargas, inicialmente visualizado como tendo se transferido para as periferias. Coube a Cristina Fonseca a primeira investigação de peso sobre a especificidade da saúde pública propriamente dita, aqui no sentido de diferenciá-la das políticas previdenciárias, no ideário varguista. Esta autora viu na cultura institucional desenhada no Ministério da Educação e Saúde Pública um interesse central “[...] um instrumento de fortalecimento do poder público no interior do país, contribuindo para o projeto de *state building* e, portanto, resultado direto da iniciativa do Estado, independente da presença de grupos de pressão” (Fonseca, 2007:31). A tentativa de costura federativa seria uma constante durante todo o governo constitucional.

Protagonizada pela saúde, o governo Vargas tomou aquela que seria uma das mais fundamentais decisões da política social brasileira, ao instituir desde 1930 uma dualidade na prestação de serviços de saúde no país: uma dimensão corporativa e focada na assistência médica individual, concernente ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MITC); e outra universalista e de caráter coletivo, ligada ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Os interesses e grupos envolvidos se tornam marcadamente díspares dentro do universo da saúde pública. De um lado a inclusão do triedro governo, burguesia industrial e trabalhadores nas negociações das políticas sociais; de outro a organização dos serviços de assistência aos agravos

coletivos para o público geral. O modelo de proteção social brasileiro configurava-se na clássica dicotomia entre o modelo universal e o ocupacional/meritocrático (Viana, Machado, 2008), que também refletia o eixo campo-cidade (e litoral-interior).

Do ponto de vista pedagógico, desde que tudo tenha ocorrido sem efetiva reivindicação social por grupos organizados ou partidos, restou o reforço da outorga da inclusão política pelas mãos do Estado, ilustrando-lhe o caráter de benefícios antes do que a percepção de “direito social”: “Desta forma, o acesso a tais serviços não seria usufruído como uma conquista social, mas como um benefício oferecido pelo poder público (Fonseca, 2007: 55)⁸.

Do ponto de vista político esta dualidade refletia um jogo entre a concessão de espaços políticos aos interesses do setor privado e do fortalecimento da esfera pública federal no interior dos estados. Do ponto de vista da cidadania e equidade, Fonseca advoga que estes modelos diferenciados de reconhecimento social operaram na construção de concepções diversas sobre inclusão social e direito à saúde, concordante com o sentido do que Santos descreveu como “cidadania regulada”:

Sugiro que o conceito-chave que permite entender a política econômico-social pós-30, assim como fazer a passagem da esfera da acumulação para a esfera da equidade, é o conceito de *cidadania*, implícito na prática política do governo revolucionário, e que tal conceito poderia ser descrito como o de *cidadania regulada*. Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas* em lei (Santos, 1987:68, grifos originais).

⁸ Numa reflexão final apinhada do conceito de revolução passiva de Gramsci sobre alguma repercussão do movimento operário das décadas anteriores sobre a conformação de “um Ministério do Trabalho e sobre a legislação social, trabalhista e sindical”, superando a República Velha ao mesmo tempo em que redefine novos hábitos autoritários, José Murilo de Carvalho (2003) comenta: “É como se, entre nós, ocultados pela distância entre o legal e o real, funcionassem mecanismos insuspeitados de representação dos povos, em construção silenciosa e aparentemente passiva de uma outra república”.

A consequência primeira deste direcionamento político-social foi a demarcação da categoria dos excluídos deste tipo de cidadania: “Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece”. Isto reverberaria na procura pela regulamentação das profissões, sindicalização e na aparição de seu “instrumento jurídico do contrato”, a carteira de trabalho: “[...] mais do que uma evidência trabalhista, uma certidão de nascimento cívico” (Santos, 1987:68-9).

Reis (2000:220) avalia que há neste posicionamento uma contradição fundamental:

“[...] por um lado se pretende, naturalmente, que a cidadania venha a ser *não* regulada, de maneira a escapar ao autoritarismo patrocinado pelo estado; por outro lado, contudo critica-se que as disposições instauradas pelo estado simplesmente consagrem diferenças que vêm do mercado – isto é, pede-se mais regulação...

Mas, se não for o caso de ultimar esse debate específico, podemos aproveitar a idéia derivada no que diz respeito ao sentido de pertencimento societário, a qual remeto à importância do *status* que para Marshall não deve ser desassociada do conceito de cidadania: “O *status* fornece o elo entre os estudo estrutural dos sistemas sociais e o estudo psicológico da personalidade e motivação” (Marshall, 1967:172). Neste caso, penso ser plenamente factível o caminhar para uma percepção subjetiva de cidadania que traz embutida o grau de inclusão individual – e familiar – na assistência médica curativa, ou seja, o pré-cidadão ou cidadão de segunda classe dependente da saúde pública (MESP), e graus de cidadania de primeira classe em saúde, a depender do tipo acesso à assistência individual⁹.

⁹ Contanto que se considere a perenidade daquela dicotomia na história das políticas sociais brasileiras, creio ser cabível visualizá-la em dias atuais. Escolho dois exemplos: um estudo com fins comerciais, sob consultoria do renomado antropólogo Roberto DaMatta, mostrou que depender do SUS era um dos fatores mais fortemente associados à auto-percepção de pobreza entre os paulistanos (Riqueza, 2004). É claro que isto não se associa aos tratamentos no Instituto do Coração da USP ou à necessidade de terapêuticas caras como quimioterapias e transplantes, mas sim às necessidades do cotidiano, o que se traduz na dependência dos Centros de Saúde. Num segundo exemplo, pessoal, ouvi mais de uma vez entre funcionários do hospital em que me especializava, certamente de pessoas de estratos sociais mais baixos, que a especialidade de “medicina comunitária” (escrita no jaleco) era boa para tratar do “povo”. Deduzido das explicações que se seguiam, a mim se fazia óbvio que o convênio médico oferecido entre os benefícios do empregador os excluía da sensação de pertencimento à categoria “povo”.

Retomando a linha de base desta revisão, a Reforma Capanema, formalizada na lei 378 de 13 de janeiro de 1937, trouxe novos elementos ao desenho institucional do MESP. Dois deles adquiriram maior relevância: a separação entre órgãos de direção e órgãos de execução e a previsão de Conferências Nacionais de Saúde; reorganização revisada por Cristina Fonseca com o auxílio de depoimentos magistrais de sanitaristas clássicos, que nos fornecem o alcance e intensidade daquelas idéias (Fonseca, 2000, 2007)¹⁰. Seus estudos estendem a noção do papel desempenhado pela organização dos serviços sanitários/saúde pública na construção nacional, sustentando-o na era Vargas não mais no plano das intenções ou desejo, mas sistematizado como projeto de Estado: “Toda a estrutura de saúde pública reorganizada durante a gestão de Gustavo Capanema [...] esteve orientada por esta preocupação, a de marcar presença em todo o país [...] e montar uma rede bem articulada de serviços de saúde” (Fonseca, 2007:172-3). Por rede de serviços entenda-se particularmente centros e postos de saúde. Esta idéia norteadora da difusão dos CSs põe em segundo plano o objetivo primordial de racionalidade vista na década anterior (incluindo a idéia original), não obstante os propósitos se complementarem. De comum, a manutenção da polêmica entre a corrente que apregoava exclusividade dos sistemas distritais e outra que “[...] reconhecia a importância dos centros de saúde, mas não os considerava incompatíveis com o sistema de inspetorias” (Fonseca, 2007:159), questão especificamente abordada por Campos (2007).

Uma das maiores desdobramentos das políticas varguistas no campo da saúde foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. Forte candidato ao título de “instituição mais estigmatizada da história nacional”, rivalizou com o próprio MESP em importância política no projeto de *state and nation building*, particularmente em sua interiorização pelos os sertões. Serviço temporário de guerra, o SESP perduraria por meio século, deixando um enorme rastro de transformações e produção

¹⁰ É impossível ler o depoimento concedido pelo Dr. Celso Arcoverde de Freitas sobre a regulamentação do cargo de sanitarista em tempo integral em 1963 sem experimentar uma profunda reverência pelo pioneirismo dos profissionais da saúde pública brasileira. Com certeza mereceria figurar nos “anais da antologia sanitária brasileira”. Ver especificamente o capítulo 4: “Longe do asfalto e do ar condicionado” (Fonseca, 2007:171).

científica. Sem conseguir acrescentar uma linha sequer à narrativa de André Campos, me utilizo de suas palavras como um pequeno resumo do que pretendo concordar:

O SESP empreendeu políticas sanitárias voltadas para as populações do interior, objetivando combater as grandes endemias do chamado ‘sertão’ brasileiro; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais e centros de saúde, além de sistemas de água e de esgotos; normatizou técnicas e procedimentos; contratou e expandiu uma burocracia; estabeleceu convênios com estados e municípios para construir, normatizar e expandir saúde pública; formou mão-de-obra qualificada; praticou educação sanitária; enfim, nada que fugisse à agenda de saúde pública estabelecida pelo Estado Novo, que se prolongou pela década de 50.” (Campos, 2006, p.14).

A questão fora desencadeada essencialmente pela contrariedade que o fortalecimento do comércio bilateral entre Brasil e Alemanha provocava nos estrategistas políticos norte-americanos, especialmente na perspectiva iminente de guerra. Um dos temores era o da ocupação nazista do nordeste brasileiro, desencadeando uma possibilidade de ofensiva em direção à América Central (Campos, 2000).

Decidido a romper com o aquele intercambio comercial e forçar a adesão do país ao bloco aliado, o governo dos EUA resolveu se aproximar dos países do continente através de políticas “culturais e comerciais”. Intermediado pelo coordenador de Assuntos Interamericanos, Nelson Rockefeller, idéia inicial visava a promoção do saneamento de regiões do norte-nordeste que pudessem servir de bases militares aliadas. Com o controle japonês da produção asiática da borracha, esses planos se estenderiam também para as regiões produtoras de borracha. Assim, as bases militares e a produção de borracha foram os objetivos imediatos dos Estados Unidos em financiar um novo serviço de saúde pública no país (Campos, 2000, 2006). Com alguma munção que sobrou do período descrito como “autonomia na dependência” (Moura, 1980 citado por Campos, 2000)¹¹, Capanema insistiu em negociar aqueles objetivos dentro de um plano maior de desenvolvimento econômico para o país,

¹¹ Gerson Moura. Autonomia na dependência: a política externa brasileira de 1935 a 1942. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.

também instigado pela determinação de fincar a autoridade federal pelos mais longínquos rincões do país. Desta relação tensa, conflituosa e desproporcional, nasce o SESP, que viria sobreviver à Grande Guerra com seus objetivos redirecionados para o saneamento das fronteiras econômicas (Campos, 2006).

Os sespianos nunca esconderam os sentimentos de orgulho sobre suas influências e realizações pelo país, cujas experiências e estudos estão consistentes coligidos na revista científica e boletins do próprio serviço. Reinaldo Ramos, ao dedicar sua tese de livre-docência aos seus companheiros do SESP, exprime-se nas seguintes palavras:

[...] trata-se de nossa homenagem a um grupo de colegas – vários deles já falecidos – que, enfrentando dificuldades sem conta, empenharam os melhores anos de suas vidas na implantação da mais perfeita organização de saúde que o país jamais conheceu (Ramos, 1972:iii).

Por fim, antes de entrar no pensamento de Barros Barreto, merece ressaltar um paradoxo que aflorou no decurso das revisões. Certamente todo o debate político envolvido com o discurso da saúde pública retratado neste estudo se debruçava sobre ideais republicanos e liberais, por mais frouxos que pudessem ser estes conceitos¹². Barros Barreto, por exemplo, estrutura uma proposta de código de saúde padrão pan-americano, na qual logo depois de atestar a liberdade das nações esclarece no segundo artigo: “O Governo incentivará e poderá subvencionar a iniciativa privada para com ele elaborar nos serviços de saúde, dentro do plano geral que houver estabelecido, reservando-se o direito de exercer o controle técnico e administrativo sobre essas organizações particulares” (Barreto, 1940). Diante das ambigüidades entre a legislação, os discursos e as práticas liberais observadas, o interessante é que se para os idealistas orgânicos os federalistas almejavam inapropriadamente o modelo e regras políticas dos EUA para uma realidade nacional completamente diversa, na saúde pública foram eles os acusados de “americanismos”.

¹² Sobre isto, Wanderley Guilherme dos Santos revela sua fina ironia logo nas primeiras linhas de um estudo sobre o liberalismo no Brasil: “Este ensaio se ocupa com a práxis do liberalismo no Brasil. Práxis, por certo, é um conceito vago, mas desde que pretende indicar algo também vagamente definido, tomo a liberdade de desenvolver, este exercício de interpretação”. (Santos, 1978:67)

JOÃO DE BARROS BARRETO¹³

“[...] Dr. João de Barros Barreto, a quem, prazerosamente, rendo minhas homenagens, pelos extraordinários serviços que prestou ao Brasil, porquanto, incontestavelmente, foi ele quem deu amplitude nacional ao movimento sanitarista

Mário Magalhães da Silveira (2005:39)

Barros Barreto teve breve presença na saúde pública paulista, como diretor do Serviço Sanitário entre 06/03 e 26/07/1931. Não obstante a brevidade da passagem pela cadeira, imprimiu uma reestruturação completa em seu organograma, prontamente revertida em sua sucessão (deixa o cargo dia seguinte à queda do interventor varguista João Alberto Lins de Barros, ocorrida em 25 de julho de 1931). Mas foi no plano federal que se alçou como talvez a influência individual mais importante do pensamento em saúde pública brasileira (o que fornece um contrapeso nacional considerável para o nosso contexto paulistano).

Na historiografia paulista revisada neste estudo, Barros Barreto aparece apenas de maneira acessória. As revisões mais recentes revelam bem como nas últimas décadas a história da saúde pública da primeira metade do século já era literalmente “coisa do passado”:

“[...] ligado ao Departamento Nacional de Saúde na década de 1920, e que se destacou na organização dos congressos de Higiene daquele período” (Merhy, 1992:109).

João de Barros Barreto foi diretor do Serviço Sanitário no período entre março e julho de 1931. Destacou-se na organização dos congressos de Higiene (Faria, 2002:587, nota14)

¹³ Um contexto mais abrangente das idéias sanitaristas desta época deve necessariamente incluir o pensamento de J.P. Fontenelle.

[...] que, segundo Merhy, era “ligado ao Departamento Nacional de Saúde na década de 1920, e que se destacou na organização dos congressos de Higiene daquele período” (Campos, 2002:40-1).

As narrativas históricas paulistas de seus coetâneos não lhe negam a importância, mas muito longe – como se era de esperar – da loquacidade e espaços dedicados à Paula Souza (ou aos ícones Ribas e Dr. Arnaldo; relevância também não dispensada a Neiva). Na realidade, mesmo fugindo da literatura paulista, parece haver certo padrão que se comporta entre o compromisso histórico – e admiração – e algum peso velado deste encargo (provavelmente na berlinda da memória varguista). Mas, o fato é que sem dúvida seus pares lhe dedicavam grande respeito. Para Pascale (1949): “Notável vocação de sanitarista, professor de vastíssima erudição e de reputação afiançada no cotejo internacional [...]”. Nas duas parcas menções em que sucede na 3ª CNS, a primeira lhe reconhece o papel na formação e treinamento profissional: “E não é possível deixar de mencionar, neste momento, o cuidado que, pela formação de técnicos, teve [...], João de Barros Barreto, bem como a colaboração e o incentivo que neste campo tem exercido o SESP” (Brasil, 1992:182). Na segunda, Mário Magalhães, num universo de críticas ao pensamento e centralismo estabelecido, antes se vê impelido a render-lhe tributo:

Muito embora os resultados dos intensos trabalhos então realizados não fossem satisfatórios, não há dúvida que, nem por isso, são menores os méritos de Barros Barreto, pois em consequência de sua experiência é que se criaram condições para a reformulação no país da filosofia das atividades de saúde pública e do problema de saúde do homem em países subdesenvolvidos. A história da saúde pública no Brasil situará, sempre, o nome de Barros Barreto entre os seus maiores, ao lado de Paula Cândido, Emílio Ribas, Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Otávio de Freitas, para citar somente os de primeira grandeza e já desaparecidos (Silveira, 2005:140)

Sempre se deixou vividamente oculto o papel de Barreto no fortalecimento da esfera federal nas decisões da saúde pública. O nacionalismo arraigado, a consolidação de instâncias burocráticas, normatização institucional, qualificação profissional, erudição e imensa capacidade de trabalho foram seus bônus; a ligação com Vargas e

a pecha centralista que como uma nódoa moral revestiu sua imagem, foram ônus ainda maiores à sua lembrança. Todavia, nas vicissitudes de nosso baixo comprometimento com a memória nacional, Barreto e a saúde pública da era Vargas foram apenas outras vítimas a subir no cadafalso da cultura histórica brasileira. Muito do contexto em que se concentrou a parte mais importante de sua carreira vem sendo recuperado por belíssimos estudos da Casa de Oswaldo Cruz (Hochman, Fonseca, 2000; Lima, 2002; Fonseca, 2000, 2007; Andrade, Hochman, 2007).

Barros Barreto diplomou-se com distinção na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1912 (mesmo ano de Geraldo de Paula Souza e Borges Vieira), recebendo uma viagem como premiação. Em 1915 foi primeiro colocado no concurso para de Inspetor Sanitário da Diretoria Geral de Saúde Pública e novamente 1º lugar – “medalha de ouro” – no “Curso do Instituto Oswaldo Cruz” (Obituário, 1956a) estudou em Johns Hopkins como bolsista da Fundação Rockefeller entre 1924/25 e na Harvard School of Public Health. No país foi um dos organizadores dos primeiros congressos nacionais de higiene; professor de higiene na Faculdade de Ciências Médicas (RJ). Na política, além da passagem pelo cargo de diretor do Serviço Sanitário paulista em 1931, tinha sido chefe do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Paraná em 1921, antes dos estudos em Baltimore. Como diretor Departamento Nacional de Saúde (DNS) se destacou como a autoridade que permaneceu pelo “período mais extenso à frente da política nacional de saúde” (Lima, 2002:46), de 1937 a 39 e de 1941 a 45, período de grandes reestruturações institucionais. Nesta posição, entre outros, foi representante do Brasil na X, XI e XIII Conferência Sanitária Pan-americana (como presidente da XI, ocorrida no Rio de Janeiro em setembro de 1942, foi nomeado “Membro de Honra da Oficina Sanitária Pan-Americana”) (Obituário, 1956b).

Profícuo intelectual, foi autor de cerca de 140 publicações especializadas e de um tratado de higiene com 1500 páginas (Barreto, 1942), num estilo caracterizado pela objetividade e fundamentação estatístico-epidemiológica incomum para a época. Manteria interesse clínico-epidemiológico até o final da carreira (Barreto, 1957), com estudos importantes nesse campo (Barreto, Jansen, 1930), mas a organização

dos serviços sanitários com foco nos CSs distritais viria a ser sua contribuição fundamental.

Durante a 3ª Conferencia Pan-Americana de Directores Nacionais de Saúde, ocorrida em Washington ano de 1935, e na qual foi escolhido para o cargo de Secretário Geral, apresentou duas notas: “Saude Publica no Brasil – uniformização e coordenação das actividades dos serviços federal, estaduais e municipais” e “Os centros de saude no Rio de Janeiro”. Embora já se dedicasse ao tema, seu relato mostra que a ocasião desempenhou particular influência pela oportunidade de visitas e conversas com figuras centrais no debate dos CSs: “Este assunto dos Centros de Saude mereceu minha especial atenção, sobretudo depois dos trabalhos da Conferencia.” (Barreto, 1936).

A questão inicial que se interpunha ao “systema”¹⁴ de centros de saúde no Rio de Janeiro era a decisão quanto à sua melhor forma de organização: centralizada ou por divisão distrital. Como diz Barreto, optou-se por uma forma intermediária, denominada de “descentralização sem excesso”. Isto significava que os serviços distritais ficariam a cargo da recente Inspetoria dos Centros de Saúde, mas as atividades de propaganda, educação sanitária, laboratórios mais complexas, vigilância do leite e alimentos em atacados, entre outras, ficariam centralizadas em secretarias separadas, motivado pela necessidade de estudos e planejamento coordenados no nível central. No caso da “bio-estatística”, centrou-a na própria Diretoria Nacional pensando em integrá-la ao conjunto de informações do país, mas que não eximia a participação do CS na coleta dos dados (Barreto, Fontenelle, 1935:84)¹⁵.

No planejamento do “systema dos CSs” calcularam que doze deles seriam suficientes para a cobertura dos 1.690.000 habitantes do município fluminense, numa base distrital entre de 120 a 170 mil habitantes. Três deles teriam postos avançados – sub-centros – por motivo da extensão territorial (Figura 6). No que poderia ser uma

¹⁴ Ainda no sentido é de sistematização, uniformização, pois a idéia de “sistemas de saúde” só viria a surgir bem adiante.

¹⁵ José Paranhos Fontenelle foi bolsista em Johns Hopkins entre 1925 e 1926 (Castro Santos, Faria, 2002). Entre outras atividades coordenou o Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal. Foi editor da Folha Médica e deixou uma das mais extensas obras publicadas no pensamento sanitário nacional.

resposta ao apelo de Paula Souza para o “embasamento do edificio sanitario brasileiro”, Barreto e Fontenelle aprofundam suas análises com a epidemiologia regional. Na delimitação territorial do distrito, as características de área e população foram qualificadas pela densidade demográfica; composição da população; situação econômica; mortalidade geral e infantil; habitações coletivas; e moléstias prevalentes (tuberculose, difteria, lepra, peste, sífilis, ancilostomose e malária). No critério de localização, “houve sempre o cuidado de deixa-los em pontos centraes, ou pelo menos de fácil acesso ás pessoas dos districtos a que fossem servir” (Barreto, Fontenelle, 1935). O mesmo texto previa a seguinte estruturação:

- I – Serviço de Administração, inclusive o de Registro, Estatística e Propaganda;
- II – Serviço Prenatal;
- III – Serviço de Hygiene da Criança;
- IV – Serviço de Doenças Contagiosas;
- V – Serviço de Tuberculose;
- VI – Serviço de Doenças Venéreas;
- VII – Serviço de Lepra
- VIII – Serviço de Saneamento e Polícia Sanitária;
- IX – Serviço de Hygiene da Alimentação;
- X – Serviço de Hygiene do Trabalho;
- XI – Serviço de Exames de Saúde;
- XII – Serviço de Laboratório;
- XIII – Serviço de Enfermeiras.

Para cada atividade os autores fazem uma descrição normativa detalhando até mesmo a melhor maneira de se organizar as fichas individuais de atendimento. Descrevem ainda um instrumento de “avaliação do trabalho”, para aferir a eficiência da quantidade e qualidade do trabalho realizado, computando “em dez itens as mais importantes actividades, indo sempre a 100 o maximo de pontos possíveis de obter, attribuindo-se, porém, a cada um delles um certo peso, factor por que multiplicar o total de pontos alcançados” (Barreto, Fontenelle, 1935).

Figura 6. Proposta de divisão distrital do Rio de Janeiro (Barreto, Fontenelle, 1935).

Neste texto aparecem várias idéias originais e reincidentes no seu discurso: a importância de se decidir corretamente a escolha do chefe do CS; o serviço de estatística como uma de suas mais importantes funções; a notificação de casos e suspeitas de doenças contagiosas; a disponibilidade de plantonistas por telefone, inclusive aos domingos, para receber as notificações; prevenção e vigilância sobre doenças profissionais, acidentes de trabalho e trabalho de menores e mulheres; o atendimento de puericultura alternado entre médicos e enfermeiras, “ou somente pela enfermeira, quando não há anormalidade”, salientando o papel essencial da enfermagem no “seguimento dos casos”.

A importância da formação especializada, ladainha diária perpetuada no movimento sanitário nacional, não se furtava a uma forte presença. Barreto e Fontenelle, seguindo os passos de Carlos Chagas, empreenderam consideráveis esforços no desenvolvimento de cursos de especialização e formação profissional em saúde pública, num contínuo que chegaria à criação da Escola Nacional de Saúde Pública (Castro Santos, Faria, 2006). Dedicção integral, especialização médica e carreira sanitária foram uma constante em seu pensamento:

O sanitarista [...] tem que ser considerado hoje um médico tão especializado como o cirurgião, o internista, o oftalmologista, o neurólogo, ou o obstetra. [...] De fato, cada vez se aprende menos higiene nas faculdades médicas do País [...]. Da mesma maneira que exigem os clientes bons especialistas para os seus males, não se compreende que o maior cliente, que é a população em massa, para cuidar de sua saúde coletiva, aceite médicos que não tenham para isto o preparo necessário (Barreto, 1937:361)

Mas, para ele, a “eficiência do serviço” dependia da qualificação em todos os níveis, pensando que o “pessoal auxiliar” se punha em contato mais direto com a população, em particular nas áreas rurais. Não se poderia prescindir mesmo das “‘matronas, aparadeiras ou curiosas’, como pitorescamente são chamadas” as parteiras; “mulheres leigas” a quem os serviços rurais deveriam mais “cuidar” e fornecer instruções básicas do que perseguir (Barreto, 1939:27). Progressivamente deveriam ser substituídas por enfermeiras, cuja raridade no país fez surgir a figura de “auxiliares para as enfermeiras – as atentendes”, cujo preparo técnico também

deveria ser observado¹⁶. Mas imprescindível era o papel daquelas na organização dos serviços e educação sanitária: “É tanto assim que, pedindo-se modernamente para os serviços de saúde pública, dois dólares anuais *per capita*, ou o seu equivalente em moeda nacional, metade dessa cota deve ser reservada aos serviços de enfermeiras (Barreto, 1939).

Com sua ascensão ao posto de diretor do DNS, além de reafirmar o conjunto dos princípios descritos como proposta de uniformização para todo o território nacional, e não seria demasiado enxergá-la como base na qual se assenta a cultura normativa que se cristalizou na saúde pública brasileira. Com isto aumenta a cobrança por dados estatísticos confiáveis, preocupação já demonstrada ao apresentar um modelo de anteprojeto de lei recomendado aos estados, recomendando a notificação de nascimento, doenças e óbitos (Barreto, 1937). Depreendeu também considerável esforço em instituir um boletim mensal de estatística sanitária do DNS, em que os CSs detinham a tarefa primordial na coleta dos dados (Barreto, 1937, 1938).¹⁷.

A universalidade da assistência marcava decisivamente seus primeiros passos: “Reconhecendo-se embora ser responsabilidade dos governos promover e proteger a saúde do povo, a verdade é que, em quasi todo o Brasil, está ainda longe o assunto de receber a devida atenção [...]” (Barreto, 1937). Afinado com o discurso varguista e ao estilo Capanema, mantém a defesa da saúde na construção e prosperidade nacional, o que incluía fortemente a idéia de interiorização. Mas a complexidade se anunciava:

¹⁶ A necessidade de visitadoras também impulsionou uma formação técnica mais rápida: “[...] um curso rápido, em que colaborariam médicos do serviço, possibilitaria um preparo imediato, embora rudimentar, dessas auxiliares, aprestando-as para uma tarefa que, não podendo comparar em qualidade, ao das enfermeiras de saúde pública, nem por isto deixa de ser digno de apreço [...]” (Barreto, 1937).

¹⁷ José Paranhos Fontenelle foi bolsista em Johns Hopkins entre 1925 e 1926 (Castro Santos, Faria, 2002). Entre outras atividades coordenou o Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal. Foi editor da Folha Médica e deixou uma das mais extensas obras publicadas no pensamento sanitário nacional.

[...] na realidade esse problema faz parte de um complexo de questões, com ele intimamente entrozadas, dos domínios da saúde pública, da economia, da sociologia, da agricultura e da educação, sem cuja concomitante solução não se conseguirá o almejado propósito de trazer, a essa gente do interior, o bem estar e progresso que lhe são devidos (Barreto, 1939).

Barreto foi partidário do “sistema dualista” de organização sanitária, mas atento às discussões internacionais e fortemente pragmático, reconhece que a separação entre atividades preventivas e curativas poderia não ser exequível para os poucos recursos rurais, localidades em que recomendou novamente uma “fórmula intermediária”, não sem a apreensão do inevitável desequilíbrio das atividades para a dominância curativa (Barreto, 1939). Ao problema se interpunha a seguinte indagação: qual deles, preventivo ou curativo, deveria ser primeiramente implementado? Nunca deixou dúvida de sua posição, mas admitia que o início pela medicina curativa agia inclusive como facilitadora da adesão popular a um programa sanitário. Mas não só, pois o problema se apresentava verdadeiramente salomônico:

Um dispensário de higiene infantil, que se instala, sem que haja próximo um ambulatório de correspondente de pediatria, dificilmente se inculcará como mais benéfico à mentalidade de uma mãe, que vê seu filho doente preterido por uma criança sã (Barreto, 1939).

Estava convencido de que “sem as facilidades de hospitalização, em estabelecimentos bem instalados, não poderá haver conveniente assistência médica em meios rurais”. Mesmo que superestimado em alguns pontos da medicina preventiva, porquanto o isolamento e a medicação em domicílio poderiam ser alternativas eficientes e distantes da “infecção secundária” presente no ambiente hospitalar, isto não era verdade “no campo da pura assistência médica”. Para uma grande parte de problemas que dependesse de equipamentos especiais e notadamente para as intervenções cirúrgicas, o hospital não poderia ser substituído. Um ganho que deveria ser levado em consideração era a capacidade do hospital “em drenar o corpo médico necessário, procurando afastar os profissionais das grandes cidades [...]”. Mas o sucesso se ligava de maneira imprescindível ao planejamento na escolha da

sede hospitalar, com variáveis econômicas, epidemiológicas e de facilidade de comunicação:

[...] construí-los sem plano harmônico, que atenda às necessidades de todo o país, ou ao menos, das regiões por onde se haja decidido iniciar ou ampliar a obra de saúde, pode resultar em trabalho pouco produtivo, em mau emprego de dinheiro e de esforços, sobretudo se nesse plano harmônico não figurar o desenvolvimento correspondente de serviços de saneamento, de higiene e de medicina preventiva [...] (Barreto, 1939)

Contrapondo a fluência internacional de suas leituras, ressalva a necessidade de se considerar as especificidades regionais na organização dos serviços¹⁸. Uma base mínima aceitável de 2 leitos por 1000 habitantes¹⁹, limite inicial de 30 leitos em núcleos populacionais acima de 5000 habitantes e médicos ambulatoriais na proporção de 1 para 2000 habitantes, orientava a idéia da construção de uma rede hospitalar regional, amparada por sua vez numa “rede de ambulatorios periféricos ou estações médicas”. Todo este conjunto deveria contar com a colaboração de especialistas dos grandes centros (Barreto, 1939).

Interessante notar que embora diga respeito à formação de uma rede coordenada de serviços assistenciais em meio rural, o sistema distrital dos centros de saúde recebem uma menção muito ligeira. Parece haver duas motivações para isto. Uma se evidencia no próprio título: “medicina curativa”; portanto, um assunto realmente paralelo para o modelo dualista preconizado. A segunda motivação está menos clara, mas a tendência para o “regime de medicina organizada” nos serviços de saúde pública não se escorava no mesmo esteio estatal que sustentava a proposta dos CSs:

¹⁸ O texto indica a grande repercussão de dois eventos internacionais acerca da assistência médica rural: a Conferência Européia de Higiene Rural de 1931, organizada em Genebra pela Organização de Higiene da Sociedade das Nações; e a Conferência inter-governamental dos países do Oriente – “Conferencia de Java” – realizada em 1937 (Barreto 1939).

¹⁹ Atenta que no Brasil somente São Paulo, Rio Grande do Sul e Mato Grosso tinham mais de dois leitos/1000 hab., além do Distrito Federal que contava com 7 leitos por 1000 habitantes (Barreto, 1939).

[...] o fato é que, sob a forma de medicina do Estado, de seguro contra a doença, facultativo ou obrigatório, de serviço empreendido por empresas agrícolas ou de comércio, por caixas, associações de previdência, mutualidades ou cooperativas, por vezes de iniciativa dos próprios profissionais – e não haverá tipo único ideal para todos os países – a medicina organizada vai aos poucos se implantando e é sem dúvidas o regime mais exequível em países ainda pobres e o que melhor satisfaz à maioria das regiões rurais (Barreto, 1939).

Em 1942 receberia o maior abalo para suas pretensões de organizar um serviço nacional de saúde coordenado pela instância federal: a criação do SESP, diretamente subordinada ao Ministro Capanema e, portanto, fora da alçada do DNS. Barreto acusou o golpe com um artigo anônimo no jornal *Correio da Manhã* em que deferia incisivas acusações de ingerência estrangeira (Campos, 2000, 2006). Não propriamente ao modelo pretendido de organização, muito próximo ao que defendia, mas relativo ao senso da unidade e coordenação dos serviços (certamente com um componente nacionalista). Apoiado pelos representantes de vários estados, também viria manifestar contundente oposição pública ao Decreto-lei 2.024 de 17 de fevereiro de 1940, que estabelecia a criação de uma repartição especializada na proteção à maternidade, infância e adolescência. Para Barreto não fazia sentido dissociar o problema da criança dos demais problemas sanitários, até porque a própria idéia do CS tinha tido origem na criança, o que fazia da idéia “um retrocesso incompreensível, a valer apenas como um capricho extravagante”. Entre os argumentos desfavoráveis elencavam-se a falta de justificativa técnica; dificuldades de articulação entre as repartições; duplicidade das ações, com “graves prejuízos” à unidade da visita domiciliar; aumento desnecessário das despesas relacionadas com novos cargos, equipamentos e edificações. Enfim: “Por que instituir num princípio que a técnica não justifica, a prática não abona, a lei não determina e a economia não endossa?”. Essa era uma questão repisada ao Ministro Capanema: “Êsse ponto de vista não difere na sua essência do que repetidas vezes tenho exposto a V. Excia. e que se consubstancia na carta que tive oportunidade de lhe dirigir em 1 de setembro de 1944 (Barreto, 1945:9-12).

Não foi leve outro dos fardos que Barreto teve que carregar – e se defender – até o final da carreira: aquele que, no dizer de Paula Souza, lhe acoimavam de estrangeirismos, mas agora em nível federal. Uma querela importante com o Ministro da Saúde Aramis de Athayde, e que muito provavelmente se remetia às opiniões de Mário Magalhães, foi respondida de forma contundente, detalhada e irônica, no que provavelmente foi seu último artigo:

Reputava mesmo S. Excia. altamente inconvenientes, ao lado dessa instituição de uma área de registro, outras normas norte-americanas, desajeitadas em face das nossas condições, e copiados pelos nossos administradores [...]. Quais sejam êsses problemas, assim descurados, é o que nem de leve foi focalizado por S. Ex. E quais os modelos americanos, que copiamos assim tão danosamente, é outra pergunta que fiz a mim mesmo e que, por mais que me esforçasse, também ficou até hoje sem resposta (Barreto, 1957)

Capítulo 6

Rodolfo Mascarenhas e os anos 1950: primazia política, racionalidade administrativa, sociologia funcional, educação médica e medicina integral

Pouco estudado, o anos 1950 configuraram uma vívida guinada no modo de pensar saúde pública, coincidindo paralelamente com novas estratégias de inclusão da higiene na educação médica sob o rótulo moderno da medicina preventiva, o que legou muito do discurso reformado dos anos 1920 o desvelo das prateleiras de livros históricos, particularmente naquela etiquetada com “Fundação Rockefeller”. Mas o posto da benemerência norte-americana na saúde brasileira não chegou a vagar, apenas se renovou pelas mãos da Fundação Kellogs¹.

O mundo experimentava uma polarização política sem precedentes entre EUA e União Soviética, para a qual não havia alternativas senão tomar partido, com tudo que isto significava. Mas a opressão engendrada pela polarização política não era nenhuma novidade para quem saía de um Estado Novo de inspiração fascista. Como bem coloca Karl Polanyi (2000:278) sobre esta “solução” que se espalhou pelos mais diversos países, sem limites que a definisse: “Muitas vezes as pessoas não estavam certas se um discurso político ou uma peça, um sermão ou uma parada pública, uma metafísica ou uma exposição artística, um poema ou um programa partidário, era fascista ou não”. Como tudo o mais, o discurso de abrangência política no campo da saúde pública estava também sujeito ao clima criado pela guerra fria, o que significa que se submetia a um crivo antecipado sobre o lugar que ocupava entre aqueles pólos, muitas vezes restando-lhe de antemão o rótulo do certo ou errado (situação reproduzida em graus variados nas recuperações históricas dessa época).

¹ “Na segunda metade do século XX, a Fundação W. K. Kellogg desempenhou, na educação médica e na saúde pública latino-americanas, um papel semelhante ao iniciado pela Fundação Rockefeller no começo do século [...]” (Cueto, 2007:103).

Por outro lado, o Brasil respirava um interlúdio democrático inédito desde meados da década anterior: “A saída de Getúlio em outubro teve o efeito libertador de uma catarse”, saltaria à lembrança quarenta anos passados (Furtado, 1985:39). Nesta aura ao mesmo tempo conflitante e esperançosa seriam revelados os inseticidas residuais, novas terapêuticas (antibióticos, sulfas, vacinas) e, justamente, Celso Furtado: inaugurava-se assim uma era de otimismo sanitário e desenvolvimentismo na saúde pública.

Se uma característica histórica deste campo foi preservada no país, esta diz respeito à contínua presença e renovação de grupos de vanguarda. Naquele momento, circunscritos a um mesmo universo no que diz respeito à idéia geral de organização dos serviços – mas com grande divergência ideológica e de prioridades –, é possível a visualização de pelo menos quatro grupos ocupados com o pensamento em saúde pública e construção nacional²: num primeiro, sanitaristas com envolvimento direto nas políticas de saúde, mas primariamente voltados para os princípios técnicos da organização dos serviços de saúde em torno dos CSs distritais, a exemplo da linhagem retratada neste estudo; em outro grupo, sanitaristas com experiências no combate seletivo de doenças endêmico-epidêmicas, tendo em Mário Pinotti uma representação simbólica de maior proximidade do plano político (particularmente depois de 1955); num terceiro, os sespianos, tão fortes tecnicamente quanto ariscos aos meandros políticos (conduta paradoxalmente sustentada por sua força política); por fim, na realidade mais um agrupamento eletivo de posições pessoais, sanitaristas influentes que buscavam perspectivas inovadoras e com traços variados de radicalidade em comum³.

Em 1948, no mesmo ano em que o Brasil tenta encampar sem maiores êxitos o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) no rastro da propalada ajuda

² Aqui observo somente o ramo da saúde pública derivada do MESP. Não será contemplado neste estudo o debate previdenciário, que já então incorpora as idéias da seguridade e socialização/universalidade (Borges, 1943, 1948)

³ Sobre estes últimos seria estruturada a visão do “sanitarismo desenvolvimentista” (Teixeira, 1988). Na realidade, essa visão que se reificou ora como “movimento” ora “modelo” e subentendida etérea na 3ª Conferência Nacional de Saúde, nunca deixou de se restringir aos nomes de Samuel Pessoa e Mário Magalhães, com espaço para Carlos Gentile de Mello; intelectuais que não se dedicaram exatamente a proposição de formas de organização dos serviços (abordados mais à frente no pensamento radical).

norte-americana à reconstrução da Europa (Plano Marshall), foi criada no Chile a Comissão Econômica para a América Latina – CEPAL (Barbosa, 2004). Entre as agências continentais criada pela Organização das Nações Unidas no pós-guerra seria esta uma das mais autênticas em subverter os axiomas econômicos vigentes, sopesando-os à realidade histórica latino-americana. Raul Prebisch, economista argentino, foi o maior responsável pela originalidade impressa às idéias ali nascentes, tendo por princípio a insuficiência da formação e diretrizes originárias nos países capitalistas centrais, como traçado em seu “manifesto”: “[...] uma das falhas mais sérias de que se padece a teoria econômica geral, contemplada da periferia, é seu falso sentido de universalidade” (Furtado, 1985:61); em frontal rejeição ao entendimento da economia latino-americana como galgando uma etapa natural do desenvolvimento: “a infância pobre dos países capitalistas” (Vieira, Carvalho, 2004).

Desabrochava no plano teórico a convicção sobre a necessidade de um planejamento comum no processo de industrialização continental, isto é, políticas de desenvolvimento complementares preocupadas em evitar a duplicidade ou escalada concorrencial entre os países (idéia que se mostrou completamente extravagante ao pensamento e exercício político firmado no continente; que, pelo contrário, se lançou a sucessão de golpes militares de direita que ensejaria a médio prazo o fortalecimento do ideário da desnacionalização). Os EUA, resistentes à CEPAL desde sua fase embrionária, forçavam-lhe a integração na Organização dos Estados Americanos – o que na prática significava sua dissolução, ou no mínimo a perda de autonomia intelectual – sob a ótica do malbaratado pan-americanismo (Furtado, 1985).

As idéias de Celso Furtado, o mais talentoso economista da primeira geração cepalina, foram também decisivas no corrompimento dos axiomas internacionais presentes na saúde pública brasileira; influência que tem origens na própria interface dos níveis de saúde de uma sociedade com as discussões originais sobre subdesenvolvimento. O ensaio de sua adaptação para o campo disciplinar primário da saúde pública brasileira ficou conhecido como “sanitarismo desenvolvimentista”. Antes de tudo foi necessária a visada de um posto externo e independente para que um filho da terra divisasse e reproduzisse com perplexidade o cotejo histórico brasileiro na realidade latino-americana, dominada então pela Argentina e Chile:

“Tudo isto que estava descobrindo chocava-me, mas não parecia surpreender de forma especial meus colegas. Só então me dei conta de quão pobre era a imagem de meu país no exterior. Controlava-me para não deixar transparecer meu sentimento de humilhação, que era também de revolta (Furtado, 1985:56).

Gunnar Myrdal, secretário executivo da Comissão Econômica para a Europa, teve apreciável influência no debate econômico do subdesenvolvimento, portanto em sua ampla interação com o problema sanitário, aqui de interesse específico o “princípio da causação circular e acumulativa”. Neste capítulo sua intenção era aprofundar e sistematizar uma visão prevalente sobre o “circulo vicioso” na economia, particularmente se opondo à “[...] hipótese do equilíbrio estável à realidade social” (Myrdal, 1968:33). Logo nas primeiras linhas procura ilustrar a difusão daquele raciocínio através dos argumentos de dois expoentes internacionais. Do admirado sanitário C-E A Winslow (1951) selecionou o seguinte trecho: “‘Era claro... que a pobreza e a doença formavam um círculo vicioso. Homens e mulheres eram doentes porque eram pobres; tornaram-se mais pobres porque eram doentes e mais doentes porque eram mais pobres’”⁴. Em seguida cita o economista Ragnar Nurkse, que “[...] quando proferiu, em 1952, no Cairo, as conferências comemorativas do aniversário do Banco Nacional do Egito, referiu-se ao ‘circulo vicioso da pobreza’ [...]”, explicado pela incapacidade de trabalho atribuída à pobreza e a debilidade física, definindo uma espiral social descendente (Myrdal, 1968:31-2).

Em 1951 Nurkse esteve no Brasil para um ciclo de conferências, sobre as quais Furtado teceu observações na forma de um artigo pouco pretensioso (sic), mas prontamente rebatido pelo eminente professor da Universidade de Columbia. Ao relembrar o caso, o brasileiro deixa evidente que partilhavam uma ampla base teórica comum, mas da qual discordava em alguns pontos importante, entre eles a capacidade de uma teoria econômica lidar com as transformações históricas de uma

⁴ Esta não é uma citação ao acaso. Em maio de 1952, na 5ª Assembléia Mundial da Saúde, Myrdal e Winslow foram convidados para debater o tema “The Economic Value of Preventive Medicine”, em sessão presidida pelo brasileiro José Manoel Ferreira, da Faculdade Fluminense de Medicina (Bonfim, 1998). Na ocasião Paulo de Assis Ribeiro, Manoel José Ferreira e Ernani Braga, “sob os auspícios do SESP”, apresentaram um belo ensaio intitulado “Economic value of health” (Ribeiro, Ferreira, Braga, 1998)

sociedade. Nesta lembrança, comenta: “Nurkse, parecia-me, raciocinava como se os países subdesenvolvidos estivessem estagnados, presos na armadilha do ‘circulo vicioso da miséria’. Esta situação poderia existir em algumas partes do mundo, mas não era o que nos preocupava” (Furtado, 1985:150)⁵.

Nesta extrema concisão o debate foi de modo significativo reificado no imaginário da saúde pública brasileira, reduzindo toda a originalidade daquela vasta discussão a um par de *slogans*⁶ – aqui assumindo que parte da memória deste período está ligada a uma história de transmissão oral, em que se destaca o discurso de Mário Magalhães no impactante I Simpósio de Política Nacional de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados em Brasília em 1979 (Silveira, 2005)⁷.

Não seria difícil a composição daquele pressuposto com a mentalidade vigente entre a sociedade formadora de opinião. Há muito prevalecia a visão de um país doente, que deveria ser contraposto pelo ideário de saúde e vigor a serviço da construção nacional. A proposta de sistematização dos serviços sob influência norte-americana viria reforçar esse imaginário eugênico, embora não se possa atribuir-lhe a origem. A extensão com que se proclamava esta idéia é vista em Morales (1942), ao justificar a necessidade do serviço de saúde integral de Porto Rico no início da década de 1930: “*Health citizens are the foundation of a strong nation*”.

Seguramente foi Mário Magalhães da Silveira quem mais lançou controvérsia sobre a relação entre saúde e desenvolvimento, provavelmente influenciado pela convivência profissional com Celso Furtado na Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE. Assim, defendia implacavelmente a tese de que a saúde dependia do desenvolvimento e não o inverso. Não desconhecia, por certo, a tragédia humana dos sertões brasileiros, para a qual um mínimo de intervenção médica seria

⁵ Situação em que o “círculo da pobreza” atingiria toda a extensão do país: “Uma situação dessas, aplicada a todo um país, pode reduzir-se a uma proposição truística: ‘um país é pobre porque é pobre’” (Myrdal, 1968:32).

⁶ Originalidade no sentido de que ali estavam os primórdios teóricos do desenvolvimentismo. Quanto à extensão do debate específico com Nurkse, ver Furtado (1985:147-51); Bastos (2007). Gunnar Myrdal representa bem a complexidade envolvida, para Celso Furtado (1985:50): “[...] o mais heterodoxo e imaginativo dos membros da grande escola sueca [de economia]”. De fato viria ser laureado com o Prêmio Nobel de economia em 1974.

⁷ “A conferência” (Silveira, 2005:79-98).

uma etapa anterior obrigatória para qualquer tentativa de desenvolvimento; mas, que numa análise global, o combate à pobreza seria a única forma de melhorar definitivamente a saúde coletiva. Levando a questão para o “círculo vicioso da pobreza e doença”, implicava dizer que o desenvolvimento poderia ser despertado pela interferência em qualquer dos fatores, mas somente a atuação sobre a pobreza seria efetiva no tempo (a impressão é que cada lado argumentava sob ótica própria, um olhando para a realidade imediata e outro para médio e longo prazo, cuja composição possivelmente era também obstada pela polarização política).

Neste campo de crítica o discurso registrado de Mário Magalhães ressentia-se da falta de um estilo acadêmico com referências específicas que pudessem ser contrapostas – sua principal interface são os escritos de Fontenelle na década de 1920 (Silveira, 2005). Mas, ao mirar Fontenelle e Candau⁸, absolutamente tinha consciência que acertaria em Barros Barreto e no SESP. Quanto ao primeiro, ao mesmo tempo em que mantinha relações pessoais e figurava-o entre os maiores nomes do sanitarismo brasileiro⁹, censurava-o profissionalmente através dos discursos do ministro Aramis de Athayde. Quanto ao SESP, era publicamente um de seus maiores opositores.

O SESP se desviava do enfrentamento político aberto, em sua cultura de se preservar do como órgão técnico e independente. Mas, em textos como “A saúde como um fator no desenvolvimento econômico do Brasil” pode-se notar um comportamento nitidamente defensivo sobre toda esta discussão:

Na previsão de que este relatório venha a ser interpretado como uma tentativa para colocar a saúde em lugar de preferência, desejamos desde logo afastar essa idéia. [...] Há numerosos exemplos bem estudados de medidas sanitárias adequadamente aplicadas entre certas populações cujo resultado foi apenas eliminar um problema para criar outro (Campbell, Morehead, 1952).

⁸ Ver, por exemplo, “A conferência”, (Silveira, 2005:79-98).

⁹ “[...] Dr. João de Barros Barreto, a quem, prazerosamente, rendo minhas homenagens, pelos extraordinários serviços que prestou ao Brasil, porquanto, incontestavelmente, foi ele quem deu amplitude nacional ao movimento sanitarista” (Silveira, 2005:39). As relações pessoais estão descritas em Escorel (2000).

Barros Barreto, mais contundente em suas manifestações, tece duras críticas ao Ministro Aramis Athayde em seu último escrito, rebatendo de modo sistemático e enérgico cada uma das censuras lhe imputadas. Porém, tendo a autoria dos discursos do ministro atribuída à Magalhães e indiretas de Barreto como “[...] elementos que, proclama-se oficialmente, disputam a liderança do movimento sanitário brasileiro [...]”, ditas à época em que aquele disputava a presidência da Sociedade Brasileira de Higiene, fica a nítida impressão de que as críticas efetivamente se direcionavam para Mário Magalhães:

E como há sempre, mesmo, em torno desses “grandes líderes”, certos espíritos mal formados, que encontram, nas críticas por eles feitas a sistemas e programas de trabalho, incentivos para a inércia [...] Mas quais são, afinal, as falhas e os erros imputados? [...] Será o erro de não se ficar como pretendem esses doutos, à espera da melhoria das condições econômico-sociais, para então dar combate à tuberculose?

Com outra frase de muito efeito, mas vasia como tudo o mais, propôs-se uma reforma de base, o que implicaria no arrasamento e completa reorganização dos nossos serviços sanitários; mas os princípios fundamentais dessa reorganização constituem até hoje segredo dos deuses e dos iluminados. [...] (Barreto, 1957)

Sem querer esgotar estas questões que me servem principalmente de contexto discursivo para o melhor entendimento da base clássica dos CSs, devo me deter por um instante sobre outro ponto histórico que se reporta ao período, naturalmente ligado ao primeiro: a primazia das políticas de saúde pública pelo que ficou conhecido como “sanitarismo campanhista”, em correspondência com a alegada disputa entre “modelos verticais” versus “horizontais”¹⁰. Com certa frequência esta visão se remete às reformas ocorridas no governo Vargas. Na reforma Capanema de

¹⁰ Por trás de uma aparência lógica que dispensa conceituações, a utilização dessas expressões na literatura brasileira usualmente apresenta inconsistência conceitual (seja como expressão, seja nos termos isoladamente). Como de fato ocorre com outros conceitos utilizados nestas últimas décadas de SUS, praticamente não se identificam suas raízes históricas, principalmente as internacionais. Jonh Grant, em 1953, já escrevia: “Joe Mountin’s chief characteristic was the embodiment in his philosophy of a comprehensive horizontal rather than a vertical specialized approach to problems of public health”.

1937 faria menos sentido, uma vez que das doenças transmissíveis apenas a malária mereceu um “serviço” próprio – executado pela Fundação Rockefeller – no Ministério da Educação e Saúde (DNS). Na reforma de 1941 a situação muda, quando são criados “serviços nacionais” para doenças transmissíveis específicas: febre amarela, lepra, malária, peste e tuberculose, além de um direcionado ao câncer e outro às doenças mentais.

Henrique Maia Penido (1958) nos fornece um bom retrato da “Estrutura Sanitária Brasileira” sob ponto de vista sespiano na década de 1950. O Ministério da Saúde tinha no Departamento Nacional de Endemias Rural (DNERu) seu órgão mais importante (figura 7) que, em par com o SESP, orientava a saúde pública em dois ramos principais: “1) o do estabelecimento de uma estrutura sanitária permanente, através da instalação de uma rede de unidades sanitárias nas sedes municipais; 2) o do combate intensivo a certas doenças, através de campanhas individualizadas”.

MINISTÉRIO DA SAÚDE		
ANO DE 1957		
DISTRIBUIÇÃO PARCIAL DAS DESPESAS		Cr\$
1	Departamento Nacional de Endemias Rurais	1.190.713.600
2	Departamento Nacional da Criança	
	Órgãos Centrais	279.026.400
	Delegacias	14.989.300
3	Departamento Nacional de Saúde	
	Órgãos Centrais	755.112.050
	Delegacias	28.888.700
	Serviço de Biometria Médica	16.618.100
	“ Federal de Bioestatística	6.023.200
	“ Nacional do Câncer	220.660.100
	“ “ de Doenças Mentais	420.838.500
	“ “ “ Educação Sanitária	11.154.700
	“ “ “ Fiscalização da Medicina	28.940.500
	“ “ “ Lepra	191.702.700
	“ “ “ Tuberculose	460.761.700
	“ de Saúde dos Portos	41.136.100
4	Instituto Oswaldo Cruz	143.523.000
5	Serviço Especial de Saúde Pública	200.000.000
6	Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado	337.699.000

Figura 7. Despesas do Ministério da Saúde em 1957 (Penido, 1958).

Sua análise dos principais motivos pelos quais a estrutura de uma rede sanitária permanente nos estados, contando com o auxílio federal, não se desenvolveu a contento é bastante pertinente. O primeiro deles, a orientação dualista inicialmente conferida aos CSs:

Apesar de bem intencionada, esta atitude provocou um certo desinteresse entre os médicos, pelo seu caráter exclusivamente preventivo, e criou reações desfavoráveis na parcela da população que, destituída de recursos e insuficientemente esclarecida, procurava os postos de saúde para solução de seus males, ali recebendo conselhos e vacinas em vez de tratamento para suas enfermidades (Penido, 1958).

Além disto, o impacto imediato das campanhas, que tinham um procedimento padronizado e não necessitavam de mão de obra especializada, eclipsava – e preteria – a estrutura permanente, que, por fim, encontrava seus limites também na péssima distribuição dos médicos no país (com relação de 1 médico para 2500 habitantes).

Na visão do representante do SESP as campanhas especializadas tinham “[...] inquestionavelmente, a sua razão de ser”, mas deveriam se restringir às possibilidades de resultados satisfatórios em curto prazo, senão sobrecarregariam os custos de manutenção de serviços especializados, em detrimento de uma estrutura sanitária de base permanente. Com atenta, o sucesso das campanhas em diminuir as doenças de alta transmissibilidade e evolução rápida paradoxalmente mostrava a premência de se investir numa rede de unidades sanitárias com técnicos diferenciados, capazes de realizar controle, diagnóstico e tratamento precoces sobre doenças contagiosas, de evolução lenta ou degenerativa. Insistir em “[...] campanhas especializadas (para cada doença uma organização) seria incidir em êrro imperdoável [...]. A conclusão da conferência, da qual resultou o artigo, é simbólica: “Êsse objetivo, apesar de menos espetacular que as campanhas, é, no entanto, essencial para o progresso da saúde pública no Brasil (Penido, 1958).

Diante disto, curiosa é a proposição do SESP como instituição simbólica das estratégias de campanha. Embora não reflita exatamente a visão do SESP no texto,

Sarah Escorel tem sido associada àquela idéia e a sua datação imprecisa¹¹. Provavelmente passagens como “Neste período o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, alcançou seu auge”, repercutem nessa associação – especialmente considerando que a afirmação se dá no contexto da relação pessoal entre Mário Magalhães e Barros Barreto (Escorel, 2000:80). Adiante, numa polarização que se reverberaria típica nas análises radicais, afirma:

Deu início assim uma disputa de poder: de um lado os ‘sespianos’ que se aliavam aos técnicos do Ministério da Saúde que defendiam o modelo de campanhas nacionais, verticais e não coordenadas entre si, e que garantiam para conjuntos de cargos técnicos e diretivos um pequeno feudo onde eram os senhores. De outra parte, aliavam-se os que queriam criar uma coordenação entre as campanhas e promover uma extensão de cobertura de saúde por meio de um ‘modelo’ nacional de assistência que estivesse apropriado às nossas necessidades e a municipalização dos serviços de saúde (Escorel, 2000:98).

André Campos, no único momento de fragilidade de seus dois textos sobre o SESP, ensaia brevemente contextualizar sua história na tipologia estabelecida dos “modelos de saúde pública em competição”, mas, como esperado, encaixando o SESP na sua perspectiva (Campos, 2000:213; 2006). Embora não fiquem claras as balizas do primeiro texto, têm em Merhy (2002) e Madel Luz (1986) os esteios do seguinte:

O modelo de saúde pública proposto pelo Sesp, ou seja, de uma rede integrada de unidades sanitárias locais, competia com os outros existentes na administração sanitária brasileira: o campanhismo e o movimento conhecido como “sanitarismo desenvolvimentista (Campos, 2000)

Neste texto o “modelo vertical” se associa à crescente centralização política ocorrida com Barros Barreto, avançando em 1937 e se definindo na reforma de 1941 com os “Serviços Nacionais”. O “modelo horizontal” estaria representado pelo SESP

¹¹ Por exemplo, em Faria (2007:62): “De modo geral, os estudiosos têm imputado à política varguista a verticalização das ações federais no campo da saúde pública (a exemplo de Merhy, 1992; Escorel, 2000)”, embora se mostre reticente sobre a precisão desta informação, ao lembrar as políticas dos CSs.

(Campos, 2006:258-9)¹². Neste raciocínio, “O campanhismo tem suas origens no início do século XX, com as campanhas periódicas contra epidemias, mas só veio institucionalizar-se na década de 1940, durante a administração de João de Barros Barreto como diretor do DNS (1938-45)”. O interessante é que “É possível detectar essa competição entre o SESP e o campanhismo pelo menos desde 1948”, apresentando um desencontro com as premissas do debate. Pouco à frente, fica claro como teve que se contorcer para ajustar sua belíssima análise a uma tipologia de construção inconsistente: “O sanitarismo desenvolvimentista, outra tendência a competir com o modelo do SESP, não chegou a ser exatamente um modelo de administração sanitária, e sim uma corrente de médicos sanitaristas identificados com o desenvolvimento da era Vargas” (Campos, 2000:214-5). Neste texto, fecha questão quanto as quatro estratégias de orientação sespiana:

1. treinar pessoal qualificado para trabalhar nas unidades e administrar o modelo
2. expandir a educação sanitária para o público em geral, com ênfase nas crianças
3. criar uma rede integrada de unidades de saúde organizadas num distrito sanitário
4. estender essa rede integrada aos municípios brasileiros

Como exposto anteriormente, Barros Barreto foi um notório defensor do “systema” de Centros de Saúde Distritais para todo o país, em articulação com hospitais regionais, o que em nada diferia dos objetivos sespianos. Mesmo assim foi abertamente discordante da criação de um serviço federal independente do DNS e, pior ainda, deixado sob liderança estrangeira. Também mostrou sérias divergências em relação à criação do Departamento Nacional da Criança, decisão que ia de encontro à unidade dos serviços de saúde pública (Barreto, 1945). Portanto, se de alguma maneira se pode apreciar a idéia de um “modelo horizontal”, ele teria que

¹² Certamente pelo critério da centralização política quase nada restaria à saúde pública no século XX que não fosse “vertical”. “Campanha” também suscita leituras imprecisas, como recobra Penido (1958): “Ao tratar do problema das campanhas sanitárias, é preciso não esquecer que, entre nós, a palavra campanha tem sido utilizada não somente para caracterizar o combate intensivo a determinada doença [...], mas também no sentido de focalizar a atenção do público para um determinado problema de importância sanitária, para o qual se deseja obter maiores recursos financeiros [...]”. Estão, portanto, sujeitas a sobreposições: reportado aos dias atuais, uma campanha nacional contra a dengue ou em favor do aleitamento materno, a ser conduzida pelos CSs e USFs, seria vertical ou horizontal?

estar diretamente ligado à Barros Barreto e ao SESP (indiretamente à Fundação Rockefeller).

Não teria sentido questionar certa continuidade das campanhas de combate a doenças transmissíveis na saúde pública brasileira, desde que esteja contextualizada *pari passu* às transformações sociais e tecnológicas – situações completamente diversas, por exemplo, entre o meio século que separa Oswaldo Cruz da criação do DNERu. A impressividade das primeiras campanhas do século XX sempre se conservou impregnada na memória da saúde pública brasileira e certamente foi o maior alento para o otimismo sanitário. Mas, a motivação agora era outra, e a principal delas respondia pelo nome de DDT, exalando tal clarividência sanitária que rendeu ao seu criador, o suíço Paul Hermann Müller, o Prêmio Nobel de Medicina de 1948. De fato, a experiência em campo elevou-lhe passageiramente à categoria das invenções fabulosas da história da humanidade, impulsionando a crença do domínio das doenças infecto-contagiosas ao ponto de estimular o então presidente Eurico Gaspar Dutra ao anúncio da erradicação da dengue no Brasil em 1950.

Mas há outras considerações essenciais no redirecionamento central do discurso da saúde pública neste período. Um passo marcante foi a instituição do Ministério da Saúde, que, se não altera de forma substancial a estrutura existente, simboliza de modo cabal o deslocamento da instância de decisão em saúde pública para a esfera política: os sanitaristas perdem espaço na pauta e definições (Hamilton, Fonseca, 2003).

O maior determinante, no entanto, foi a eleição do médico Juscelino Kubitschek para a presidência da República, desde o início comprometido com o combate das endemias rurais e eliminação da malária no país: “Mas, se fôr eleito, comprometo-me a erradicá-la completamente do país [...]” (Programa, 1955:17). Entrava em curso uma forte inflexão no discurso em favor das intervenções especializadas e de massa, especialmente enaltecida pelo malariologista Mário Pinotti, responsável pelo Serviço Nacional de Malária entre 1942 e 1956 e pelo DNERu nos dois anos seguintes, quando assume o Ministério da Saúde até 1960.

É de Pinotti o “Programa de Saúde Pública do candidato Juscelino Kubitschek” (Programa, 1955 - as páginas enumeradas à frente se referem a este texto). Suas pouco menos de sessenta páginas nos servem de parâmetro para a apreciação do discurso prioritário naquele momento e indiretamente fornecem indícios do panorama geral em relação a outros aspectos históricos. Um detalhe interessante é a vitalidade do “grito” de Miguel Pereira: “Já não somos mais, esta justiça deve ser feita, o vasto hospital da frase, que se tornou histórica porque verdadeira, da observação clarividente de Miguel Pereira” (p.53)¹³.

A diretriz fundamental do programa é exposta desde o início sobre a visão de três grandes grupos de doenças – pestilenciais, degenerativa e doenças de massa. Dado que Oswaldo Cruz já havia livrado o país do primeiro grupo e “Sem de modo algum desprezar ou diminuir os esforços já realizados contra as doenças degenerativas, como o câncer e os males cardíaco-vasculares, a verdade é que nós brasileiros, somos grandes vítimas principalmente das doenças de massa [...]” (p.4). Como explica, “passa em revista” às principais doenças de massa: tuberculose, boubá, lepra, malária, doença de Chagas, leishmaniose, verminoses, esquistossomose, tracoma e bócio; além do câncer e doenças mentais. Ou seja, com o inimigo identificado, a tecnologia de combate disponível e o uma vastidão territorial ocupada, o momento era de investimento concentrado para aniquilar cada um dos problemas através da técnica do assalto: as campanhas¹⁴.

Sua visão sobre a eficiência das campanhas era tão positiva que mesmo para doenças degenerativas como o câncer o programa pretendia “[...] promover inicialmente ampla campanha educativa, destinada a ensinar a todos noções fundamentais sobre o câncer”. Não seria desta vez que o CS participaria da campanha de educação sanitária:

¹³ Ver também Gilberto Hochman (2009)

¹⁴ Entre o conjunto de metas para qual presidenciável estava “absolutamente convencido”, previa-se: erradicar o tracoma e boubá; liquidar os resíduos da malária; eliminar o bócio endêmico; erradicar a doença de Chagas e leishmaniose (p.53).

“Para os bons resultados dessa campanha será preciso dotar o Brasil do aparelhamento necessário. Deverá haver centros de diagnósticos, localizados em pontos estratégicos de fácil acesso.[...] Os pacientes serão encaminhados aos dispensários por seus médicos particulares e os serviços prestados devem ser gratuitos” (p.29).

Nos casos para os quais o combate não se aplicava, prometia observar a proteção à maternidade e à infância, “saúde do trabalho”, proteção dos velhos. O estímulo saúde pelo esporte está presente, e neste caso salta à vista o argumento, então em desuso nos textos acadêmicos dos CSs: “Contamos realmente apenas com um esporte popular, o futebol, que não é seguramente o mais eugênico [...]” (p. 52). Não há menção à idéia da medicina integral que já então pairava sobre os ares acadêmicos, mas coincidência ou não, o programa se inicia pela ampla “defesa do homem”. O discurso traz para alçada da saúde pública além do abastecimento de água e saneamento básico, a responsabilidade sobre políticas de alimentação/combate à fome, política habitacional e questões de pensão e aposentadoria. Sem deixar explícito, o ideal desenvolvimentista expresso pelo círculo da pobreza se revela no barranqueiro do rio São Francisco – e depois no vaqueiro e no seringueiro: “herói magro e sêco” sem instrução e sem assistência técnica que lhe impedem de progredir no trabalho (p.8).

Sem chance a dúvidas, o texto do programa é quase que exclusivamente voltado para as campanhas, compatível com sua diretriz de priorizar o combate às doenças de massa¹⁵. Entretanto apresenta um descompasso muito aparente em sua visão histórica. Por se tratar de um plano de federal para a saúde pública, duas grandes ausências não passam despercebidas: o Centro de Saúde e Barros Barreto – também o SESP, embora surja em dois ou três instantâneos destituídos de qualquer importância no conteúdo do texto. Em todo o documento não há sequer um emprego da expressão “Centro de Saúde”, nem ao menos no tópico específico “Educação Sanitária”, ou ainda quando preconiza a provisão de assistência médica aos “dez milhões de brasileiros [que] povoam setecentos dos nossos municípios”. Sobre a

¹⁵ Em livro editado poucos anos depois, Mario Pinotti amplia uma estrutura próxima à do “Programa” de 1955. Nesle pouco se vê menção aos CSs ou referência a Barros Barreto e SESP (Pinotti, 1959).

proteção à maternidade e infância, aparece rapidamente no elenco de organizações como jardins de infância e escolas o termo “centros maternais” (p.35). No tema “defesa da criança”, restrito ao problema da desnutrição, preconiza-se pontualmente a ampliação dos “postos de puericultura”¹⁶. Na síntese final, depois de estabelecidas individualmente as dezoito “Metas da Saúde Pública”, surgem entre os “objetivos colimados” algumas informações que não apareceram no texto, entre elas duas menções a “Unidade Médico-Sanitárias”, muito provavelmente representando os CSs e unidades mistas:

[...] instaladas, em todos os municípios, e mesmo em alguns distritos mais populosos, Unidade Médico-Sanitárias, postos avançados da rede médica e hospitalar [...] (p.56)

É possível pensar que diante da diretriz do SESP em conformar uma rede de serviços com base nos CSs, submetida à esfera estadual, Pinotti tenha optado por se circunscrever exclusivamente às campanhas no plano nacional¹⁷.

Mas, no segundo caso não foram apenas Barros Barreto e o SESP que subsumiram na história, a despeito da presença de idéias próximas às que defendiam como educação sanitária, investimento na formação técnica, estatísticas e tempo integral. O que se observa é um completo silêncio sobre qualquer fato e personagem posterior aos anos 1920 que não diga respeito ao próprio Pinotti¹⁸. Antes disto, tem em Oswaldo Cruz, com Penna e Chagas de soslaio, as únicas referências (e reverências).

¹⁶ Interessante reproduzir o raciocínio: “É necessário a ampliação da rede de Postos de Puericultura, a fim de que as mães aprendam cada vez, em maior número, a arte de criar crianças. Essa arte, que foi tão difícil, no passado, muito se simplificou com o progresso tecnológico no setor dos alimentos infantis, especialmente o leite (p.45).

¹⁷ O clima percebido em Penido (1958) é de franca discordância quanto às prioridades políticas, mas não de animosidade, ou de rivalidade como se firmou na literatura: “O trabalho executado pelo Serviço Nacional de Malária foi dos mais brilhantes, pois em poucos anos de ação, pode reduzir em cerca de 90% o número anual de casos de malária. Vale ressaltar aqui a grande contribuição brasileira no combate a esta doença, conhecida mundialmente como “processo Mário Pinotti”. Hochman (2009) nos atenta também para o fato de que Samuel Pessoa tenha dedicado a Pinotti seu famoso livro “Ensaio Médico-Sociais”.

¹⁸ Pode ser que este “lapso” – quem sabe dentro da tendência de se renegar a herança de Vargas – tenha contribuído com o baixo reconhecimento histórico das políticas ligadas aos CSs, incluindo o SESP. Mesmo que Pinotti tenha focado exclusivamente nas campanhas, dificilmente justificaria versão tão seletiva. O fato é que a partir da década de 1970-80 de forma geral a história reproduz uma dicotomia da saúde pública nacional entre as “campanhas” e a “previdência”.

Não se pode desconsiderar alguma motivação pessoal nessa omissão, haja vista uma auto-veneração incutida que mal esconde a tentativa do autor em ser visto como sucessor da linhagem de Oswaldo Cruz:

Nem foi de outra maneira que, no começo deste século e ainda nos últimos anos, Oswaldo Cruz e as equipes dirigidas por Mário Pinotti conseguiram limpar a metrópole brasileira da vergonha da febre amarela [...]” (p.9)

As campanhas de Oswaldo Cruz, Belizário Pena e Mário Pinotti foram sob todos os aspectos admiráveis e afirmativas da nossa capacidade (p.12-3)

[explicando porque o Brasil não era mais um vasto hospital] No campo do sanitarismo, desde Oswaldo Cruz, através de Carlos Chagas, Belisário Pena e, nos últimos anos, Mario Pinotti, temos realizado conquistas notáveis (p.53)

Isoladamente, entretanto, a configuração interna da saúde pública brasileira não é o suficiente para a compreensão de todos os fatores envolvidos no redirecionamento daquelas políticas. Cada vez mais viria se tornar inevitável a atenção ao contexto pan-americano, cujos países experimentavam uma contínua aproximação de ideais através do intercâmbio em torno da Oficina Sanitária Panamericana/OPAS. Também sujeita às experiências internacionais, esta acompanha a Organização Mundial de Saúde no sentido de intensificar o discurso da “erradicação”, exemplificado pelo “Programa de erradicação da malária” lançado em 1955, e contra a varíola em 1962 (Cueto, 2007)¹⁹.

Mas, de qualquer forma a defesa dos serviços distritais integrados não era – como de fato ainda não é – incompatível com as campanhas. Reinaldo Ramos nos lembra que naquela época, para o desenvolvimento sanitário de locais muito precários²⁰, havia a preconização de intervenções em fases progressivas, nas quais se impunha

¹⁹ Ver “A erradicação como doutrina” (p.133)

²⁰ Por situação precária nesta época entenda-se ainda “para os lados da Avenida Central”. Mais um a relembrar “o imenso Hospital”, Samuel Pessoa complementa com Baeta Viana: “A doença incorporou-se organicamente ao individuo, que a exhibe como uma propriedade intrínseca. Sanear um desses lugares seria declará-lo, preliminarmente, um hospital de ponta a ponta” (Pessoa, 1960b:184).

campanhas de massa como medida preliminar: “[...] imunizações, controle de vetores, saneamento básico, etc. – destinada a remover os problemas mais agudos e preparar o terreno para um trabalho mais consistente junto à população” (Ramos, 1972:2). Outrossim, não havia ainda clareza científica sobre suas limitações, tanto que esta concepção continuaria sendo exportada pela OMS na década seguinte: “[...] parece inteiramente lícito que certos países dediquem uma parte considerável de seus recursos à execução de campanhas de massa, como primeiro passo para o estabelecimento de um programa nacional equilibrado [...] um sistema permanente de serviços gerais à saúde” (OMS, 1965, citado por Ramos, 1972:3)²¹.

Fechando esta introdução, se a década de 1950 conduziu o primeiro plano do discurso sanitário federal para o combate específico de doenças de massa, a lembrança de Oswaldo Cruz não o atesta como continuidade ou mesmo vitória de uma cultura institucional sistematizada ao longo de toda a primeira metade do século XX, e que teria se prolongado pela outra metade. Aquele foi um momento singular pautado pelas novas tecnologias disponíveis, dentro de um contexto internacional que o estimulava. Da mesma forma não fornece elementos suficientes para estabelecer uma relação inversa com o discurso do CS (que historicamente apresentou apenas um breve período de hegemonia discursiva em Barros Barreto). Como se verá no pensamento de Rodolfo Mascarenhas, e mais adiante no sespiano Reinaldo Ramos, embora não ocupasse o centro dos holofotes, a proposta da organização dos serviços através de redes distritais fortaleceu consideravelmente suas bases tanto no plano das idéias como no terreno das práticas (até porque este era o foco internacional).

A grande novidade esteve em sua inserção mais efetiva no campo do ensino médico, reforçada por conceitos de medicina integral, medicina preventiva e da “sociologia científica” (funcional), acompanhando as discussões internacionais.

²¹ OMS. Grupo de estudio sobre La integración de las campañas en masa contra enfermedades determinadas en los servicios generales de sanidad. Informa. Ginebra, 1965. (Sér. Inf. Téc., n. 294).

RODOLFO DOS SANTOS MASCARENHAS

“Somos pobres, ninguém nega, mas nos damos o luxo de sermos pobres perdulários”

Rodolfo Mascarenhas (1949:5)

Rodolfo Mascarenhas foi outra personalidade que rapidamente perdeu espaço na memória política da saúde pública com o decorrer dos anos. Formado em 1932 pela Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro, a exemplo de Paula Souza, de quem foi fiel seguidor, nos apresenta suas credenciais políticas já na primeira cena: ao invés da recém iniciada carreira privada em clínica geral e tuberculose, vê-se inopinadamente nomeado prefeito do Município de São José dos Campos em 1933. Nesta função descobre sua vocação para a saúde pública, que se seguiria até o final da carreira com passagem por diversos cargos nos serviços de saúde de São Paulo (Mascarenhas, 1949; Discurso, 1976, Ramos, 1979).

Sua formação acadêmica incluía a especialização em saúde pública pelo instituto de higiene em 1937; graduação pela Escola Livre de Sociologia e Política em 1940; e doutoramento em 1945 pela Universidade de Yale, de onde retornou para assumir, a convite de Paula Souza, a cadeira de Técnica de Saúde Pública da então Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo. Na sequência defendeu tese de livre-docência, e mais tarde tornou-se diretor daquela faculdade e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1966 a 1972, experiência sedimentada por inúmeras viagens profissionais ao exterior (Mascarenhas, 1949; Discurso, 1976, Ramos, 1979). Influência orgânica na saúde pública paulista por três décadas, assim Ramos (1979) define sua presença:

Pode-se afirmar, sem receio de exagero, que nada de importante ocorreu na saúde pública do Estado, nos últimos trinta anos, sem a participação e o testemunho de Mascarenhas – ora pessoalmente, no palco dos acontecimentos; ora na retaguarda, com suas palavras de estímulo e seu conselho avisado; ora indiretamente, através dos inúmeros técnicos que ele preparou e orientou.

Sua extraordinária “Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo” é *hors-concours* no quesito “referência omitida” na história da saúde pública paulista²², mesmo que também mostre grandes chances na categoria “obra mais prevalente na seção bibliográfica”. Embora nem sempre relevado os devidos créditos, não há análise histórica neste campo que não lhe seja profundamente tributária, direta – como em Blount (1971), Merhy (1987, 1992) e Iyda (1993) – ou indiretamente como todos que os citam, revisaram Paula Souza ou a legislação sanitária do estado de São Paulo.

Mascarenhas se dedicou a pensar a racionalidade da administração sanitária, a qual se traduz principalmente nos conceitos de “coordenação” e “integração” dos serviços. Quem sabe pela sua experiência executiva, o fez de uma maneira própria e insólita às tradições brasileiras, ao fundamentar os argumentos em vista de sua viabilidade econômica. Lembrando um pouco os esforços estatísticos de Barros Barreto, procura ao máximo elaborar a expressão de um raciocínio lógico em saúde. O primeiro passo foi conhecer todo o histórico paulista do orçamento estadual em saúde republicano (Mascarenhas, 1948). Sua produtividade acadêmica se robustece na década de 1950, amparada pelo conhecimento sistemático da história da administração sanitária de São Paulo, fruto da tese de livre-docência em que analisa criticamente as seis décadas de políticas sanitárias republicanas do estado (Mascarenhas, 1949).

Principia sua fase acadêmica reafirmando a cumplicidade com as idéias de seus mentores: “Como já afirmam os saudosos sanitaristas Profs. Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira, o ‘centro de saúde é o eixo da organização sanitária’” (Mascarenhas, 1954:5). Imprime uma releitura sumária do pensamento desses, quase que tópico a tópico, sem, no entanto, perder uma identidade própria. Assim, reforça a necessidade da abordagem familiar; o efeito negativo da desigualdade social na

²² Como exemplo trivial cito Telarolli Jr (1996:221): “[assistência infantil e amas-de-leite] Tendo uma atuação restrita à cidade de São Paulo, esse serviço fugiu ao padrão da ação estadual naquele período, surgindo como a primeira iniciativa do governo paulista para suprir setores da população com assistência médica individual”. Quando a li, essa descrição de um fato inaugural me chamou à atenção pela originalidade que representava. Posteriormente me surpreendi pelo seguinte comentário de Mascarenhas (1949:55) “Foi assim que, modestamente, Emílio Ribas criou o primeiro serviço de assistência à criança no Estado de São Paulo, dirigido pelo Dr. Clemente Ferreira. O primeiro serviço de assistência médico-sanitária foi iniciado fora do campo das doenças infecto-contagiosas.”

saúde pública – tratada desde aqueles em termos de “padrão de vida”²³; a rede de água e esgoto como cerne do problema sanitário; a conveniência de coordenação dos serviços orientada pela idéia dos CSs; a premência da carreira de sanitaria e do ensino da medicina preventiva de modo transversal na graduação²⁴; e, embora já letra morta como exclusividade, a importância da educação sanitária. A vigilância e educação sanitária se devem prioritariamente à atuação da visitadora sanitária: “A saúde pública, em seu aspecto dinâmico, só se realiza, em verdade, através da ação das visitadoras”, caso contrário, os serviços “[...] representam apenas ambulatórios estáticos à espera de sua clientela interessada. [...] “elas na linguagem de Bernard, são para a saúde pública, o que a sensibilidade tátil é para o cego (Mascarenhas, 1954:5).

Por outro lado, novos tempos são também revelados. Não mais fazia sentido a defesa da exclusividade de um sistema preventivo, isto é, do antigo debate unicista versus dualista. Como se viu, em nenhum momento esta foi uma idéia unânime, mas agora se observa uma nítida inversão da corrente preponderante no discurso: “já não mais existem limites nítidos entre a medicina preventiva [...] e a medicina curativa” (Mascarenhas, 1954). Mas de fato, na prática esta antiga separação manteria impressiva vitalidade até meados da década de 1980. Ocorreu que elas se mantiveram como alteridade, passaram a coexistir mais proximamente, mas ainda não em atitude clínica: “A medicina preventiva e a curativa atingiram um estágio de desenvolvimento que mister se torna, presentemente, conduzi-las lado a lado, tanto física como funcionalmente” (Mascarenhas, Castro, 1955a)²⁵. De qualquer forma, depois do SESP, havia pouco espaço para o questionamento da assistência médica integrando as funções dos CSs, até porque, retomando argumentação de Barreto, “a ação da medicina preventiva só é bem aceita pela população quando recebe o auxílio de uma aparelhagem básica da medicina curativa (Mascarenhas, 1954).

²³ Esta é uma idéia que deriva do pensamento original de Winslow, presente na sua clássica definição de saúde pública.

²⁴ Note-se que “higiene” cederia lugar para a moderna “medicina preventiva”.

²⁵ Transcrição de uma conhecida citação (Coördination, 1948).

Em seu propósito da racionalização administrativa, percebeu rapidamente o quanto isto dependia de uma sistematização das idéias, conceitos e propostas envolvidas, encargo que se incumbiu de uma maneira metódica não vista anteriormente. Sempre balizado pelo pensamento pan-americano, procura firmar posições, classificações, e sugerir normatização sobretudo naquilo que se referia aos CSs. Era comum que se iniciasse os artigos pelas conceituações devidas. Assim, “ambulatório” deveria ser referir a uma unidade especializada estática, e o “dispensário”, com visitadoras, uma unidade especializada dinâmica.

Para ele, o CS, um órgão “polivalente e dinâmico”, deveria ser a única unidade sanitária local, que além de permitir comando único e facilidade de acesso, ainda era mais barata. Na sua versão mais simples, deveriam ser classificadas como “subcentro de saúde”, “unidade sanitária-hospital” ou “hospital-sub-centro” (Mascarenhas, Castro, 1955a). Seria inesperado que não houvesse uma defesa imperiosa de um padrão normativo e racional de atividades obrigatórias e facultativas. Entre as primeiras dividiu-as em “básicas” e “outras obrigatórias” (Mascarenhas, 1955b):

Atividades obrigatórias

- Atividades básicas

Educação sanitária
Estatística
Epidemiologia e profilaxia
Saneamento
Visita domiciliar
Higiene materna e da criança
Higiene do adulto
Higiene dentária
Fichário central
Atividades administrativas

- Outras atividades obrigatórias

Laboratório
Educação sanitária
Enfermagem
Nutrição
Epidemiologia especializada
Tuberculose
Lepra
Sífilis e doenças venéreas
Clínica especializada
Oftalmologia
Otorrinolaringologia

Atividades facultativas dos CSs

Higiene do adulto
Higiene do trabalho
Higiene do mental
Fisioterapia
Assistência social
Assistência médica

Atividades facultativas dos Subcentros

Laboratório
Assistência médica

Diferente de Paula Souza, que exibe indisposição com qualquer ingerência política, reconhece a precedência da autoridade política sobre a técnica no lidar social: “Não existe país algum onde o governo seja exercido por técnicos. É utópico julgar que, só estes, agindo sem qualquer entrave, poderiam propiciar um bom governo”²⁶. No entanto, dirige ferrenha censura às trocas de favores, às obras eleitoreiras desnecessárias e à “politicalha”, que faz questão de opor à “Política” com maiúsculas (Mascarenhas, 1954). Adiante, com mais tempo e espaço, investe-se de repulsa para organizar um pequeno tratado de uma dezena de páginas sobre a politiquice na saúde pública paulista. Elenca uma gama de exemplos corriqueiros sobre interesses individuais e favorecimentos presentes na saúde pública paulista, que só perdia para o prejuízo do nepotismo, uma vez que “‘os olhos’ do parentesco são muito mais miúpes do que os da politicalha” (Mascarenhas, 1949:465). No futuro acrescentaria o tecnocrata ao rol dos funestos.

Uma década depois, reforçava o tom negativo sobre os interesses políticos na Secretaria da Saúde Pública do estado. Órgãos especializados criados em locais com pouco doentes; órgãos regionais para servindo apenas a um município; “oftalmologistas” dirigindo serviços de “malária” ou “pediatras” serviços de “tuberculose”; indicações de pessoas desqualificadas; dificuldades de afastamento de pessoas relapsas tanto por apadrinhamento, quanto por legislação paternalista etc. etc. Para ele, a função pública estadual teria se tornado “principalmente para o profissional com diploma de curso superior um ‘bico’ a auxiliá-lo na luta cotidiana”. Numa maneira característica, ao final pontua críticas e sugestões (Mascarenhas, 1964):

²⁶ Além de sua experiência como executivo, atravessava-se uma época em que os sanitaristas viam seu discurso técnico secundados no jogo político partidário, e também não mais restritos ao cenário estadual. Esta foi a tônica do debate em torno da criação do Ministério da Saúde (Hamilton, Fonseca, 2003).

Críticas

- Deficiência de pesquisas
- Deficiência de dados
- Falta de estruturação da Secretaria de Saúde Pública e da assistência Social
- Inexistência de planos gerais da Saúde Pública
- Inexistência quase total de coordenação das atividades
- Legislação inadequada
- Inexistência de carreira
- Atitude paternalista
- Intervenção da política

Sugestões

- Incentivo à pesquisa
- Melhoria da coleta de dados estatísticos
- Afastamento da ação negativa da política
- Legislação sanitária adequada
- Reorganização dos serviços estaduais de Saúde Pública
 - Conselho Superior de saúde
 - Separação da pesquisa em institutos
 - Descentralização de atividades técnicas e administrativas
 - Unidades locais polivalentes
 - Formação de pessoal
 - Criação de carreiras
 - Planejamento
 - Criação de um sistema de prioridades

FAZER SAÚDE PÚBLICA COM O POVO
(Frase final em destaque. Maiúsculas do autor)

Para este autor, a saúde pública paulista tinha em sua história um problema grave de descontinuidade das ações iniciadas. No que deve diferir pouco de outros estados, elenca cinco causas básicas:

- Personalismo de administradores públicos: ao qual denomina de “feudalismo administrativo”.
- Diretorias permanentes nos serviços
- Curta permanência dos Secretários de Educação e Saúde Pública
- Excesso de intervenção política na organização dos serviços
- Ausência de um Conselho de Saúde

Noutro momento especifica o sentido do primeiro tópico, sobre o que considerava uma “centralização administrativa exagerada”, de que se salvavam alguns verdadeiros sanitaristas: um misto de herança portuguesa com personalismo latino, percebia de um lado o “absolutismo administrativo”, reflexo de um setor administrativo exigente na cobrança dos mínimos detalhes burocráticos, “onde não pode faltar sequer as ‘vírgulas’”. No setor técnico, o contrário. Nenhuma cobrança, independência quase absoluta do diretor no que chama de “feudalismo técnico”: “O diretor técnico, tal como o senhor feudal é cioso, zeloso de seu feudo, procurando melhora-lo, amplia-lo. Mas essa melhoria, essa ampliação, se faz segundo sua

vontade e a sua capacidade. O único controle que existe não é o de seus superiores, mas sim das dotações orçamentárias [...] (Mascarenhas, 1949:209:469). Segue com exemplos concretos do desperdício de dinheiro público sem que qualquer cobrança tivesse sido realizada²⁷.

A defesa sistemática da formação específica para todos os níveis de profissionais envolvidos com a saúde pública e a idéia da inclusão da comunidade foi outra característica geneticamente herdada do movimento sanitarista. Mas, tanto o discurso da formação era pouco específico em conteúdo, quanto a participação comunitária desde muito cedo mostrou suas limitações (Stoeckle, Candib, 1969). Na década de 1950, esse discurso sofreria uma inflexão acentuada com os seminários internacionais promovidas pela OPAS sobre o ensino da medicina preventiva, com base na experiência das escolas norte-americanas. Contando com a adesão massiva dos países latino-americanos e organismos envolvidos, o primeiro seminário foi realizado em 1955, na cidade chilena de Viña Del Mar; e o segundo, no ano seguinte em Tehuacán, México. Mascarenhas, docente da Faculdade de Saúde Pública da USP, se lançou com entusiasmo neste debate, sistematizando o novo discurso para o cenário paulista/nacional. E é justamente esta reflexão que o aproxima e estende o seu discurso sobre as fronteiras que o pensamento radical buscava ressignificar.

Nesse discurso estão as bases de uma nova medicina integral, comunitária e voltada para o contexto familiar, cuja diferença essencial com o pensamento anterior foi trazer a dimensão da assistência clínica para o médico sanitarista. Uma síntese desta nova medicina preventiva que se molda sobre o antigo discurso da higiene, “baseada nas diretrizes estabelecidas nas conferências mencionadas, nos seus seis anos de experiência no ensino da matéria e no que observaram no exterior” é apresentada em Mascarenhas et al. (1961/62)²⁸:

²⁷ Não há qualquer menção a Oliveira Vianna no texto, mas o termo “politicalha” das páginas anteriores e principalmente a imagem de uma corruptela feudal imperando no cenário político do estado bem poderiam se remeter ao seu livro “Instituições Políticas Brasileiras”.

²⁸ Esta seleção é intencional e cumpre bem o papel de criar uma identificação com princípios envolvidos na medicina de família e comunidade e discurso geral do PSF.

As funções do médico na comunidade são:

- Cuidar de seus pacientes: [...] A missão do médico não se limita a tratar de uma doença; inclui, também, melhorar a sua saúde [...]
- Cuidar da família do seu paciente: [...] o paciente não é um ser humano que até o momento da consulta era são [...] e que, repentinamente adoeceu [...] As causas de sua doença podem encontrar-se no ambiente familiar [...]
- Funções comunitárias: [...] o médico precisa estar apto a integrar a equipe cuja função é cuidar dos problemas de saúde da comunidade [...]

Quanto aos objetivos do ensino:

- O ensino médico deve fornecer uma base sólida para o desenvolvimento do futuro profissional e não ter por meta a apresentação completa, detalhada e sistemática de cada disciplina médica ou correlata [...].

Quanto aos objetivos do ensino de medicina preventiva (selecionado quatro de oito tópicos):

- Auxiliar o estudante a compreender e aceitar o papel da medicina na sociedade [...]; encorajá-lo a adotar como princípio, que sua vocação requer, a responsabilidade pelo paciente e sua família, encarando-a como um serviço à comunidade.
- Introduzir a saúde, além da doença, no sistema de referências do médico, quando se trata de problemas individuais, familiares e comunitários.
- Orientar o estudante em atividades comunitárias relacionadas à saúde.
- Fornecer o conceito de Medicina Global (individual e familiar) e treinar o estudante em seus métodos, considerando sempre os fatores físicos, biológicos e sócio-econômicos do meio.

O envolvimento de Rodolfo Mascarenhas com o discurso da saúde comunitária seria perene e o faria aceitar o convite para assumir a Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretária da Saúde de São Paulo em 1973, exercício obstaculizado pelo início de um prolongado adoecimento que o vitimaria (Ramos, 1979).

O texto publicado em 1976, provavelmente o derradeiro, é um apreciável retrato da transição do discurso clássico para o radicalismo; da higiene e medicina preventiva para a saúde coletiva (Mascarenhas, 1976). Nele, na realidade em todo o conjunto de textos reunidos nesta coletânea, estão identificados elementos de uma cultura em transição, imagens espelhadas do passado e do futuro, mas que, sintomaticamente, é estranho tanto aos enunciados radicais contemporâneos (Paim, 1976; Arouca, Arouca, 1976, Arouca, 2003, Donnangelo, 1979), quanto ao fervilhante debate da atenção primária que logo em seguida culminaria em Alma-Ata.

Capítulo 7

Reinaldo Ramos e os anos de Guerra Fria: SESP, medicina comunitária, desenvolvimentismo e o ocaso da linhagem clássica.

Ninguém, além de nós, poderá dar vida a essas tentativas muitas vezes débeis, outras vezes fortes, sempre tocantes, em que os homens do passado, no fundo de uma terra inculta, em meio a uma aclimação penosa da cultura européia, procuravam estilizar para nós, seus descendentes, os sentimentos que experimentavam, as observações que faziam, – das quais se formaram os nossos

Antonio Candido¹.

No campo do conhecimento a saúde pública os anos 1960 produzem acúmulos sobre a estrutura de pensamento que vinha sendo construída desde a década anterior, muito particularmente sobre a visão de planejamento, idéia que migra do campo econômico para a saúde pública e centralizará o debate na década de 1970, respaldada pela crescente consolidação da autoridade continental da OPAS – designação oficial desde 1958. No cenário político aqueles seriam anos de grande turbulência provocada pelos ventos da revolução cubana, golpes militares e acirramento da guerra fria. No Brasil, o cruzamento da linha de financiamento da saúde pública com a previdenciária em 1966 (Possas, 1981; Braga, Paula, 1986) e o Plano Nacional de Saúde de 1968 (Apreciação, 1968) simbolizam bem a opção por seguir o ideário norte-americano de um sistema de proteção social de filosofia meritocrática e expansão privada da assistência médica sob regulação do mercado (opção que se mostraria desastrosa para o país).

¹ Citado por Brandão (2007:141): “Formação da literatura brasileira (momentos decisivos) (1957), Belo Horizonte, Itatiaia, 1997, vol I, 8ª ed., pp. 9-10”.

Logo no início da década, com o fim convênio de cooperação entre o governo brasileiro e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), o SESP é incorporado ao Ministério da Saúde, passando então a se denominar “Fundação Serviço Especial de Saúde Pública” – FSESP. No decorrer desta revisão, sobressai-se a impressão, sob nenhum ângulo sistemática, que a competência teórica sobre os CSs – também pautada nas unidades mistas – se tornou de forma mais perceptível referenciada a essa instituição, como se aquela transição tivesse operado em favor de seu maior reconhecimento político e acadêmico. Mas, por certo a década experimenta a busca de uma contrapartida liberal para a assistência às camadas pobres como enfrentamento do início da mitificação da saúde pública socialista cubana e chinesa, com seus médicos pés-descalços. Naquele momento a medicina preventiva estabelecia-se muito mais sobre os círculos acadêmicos do que no terreno das práticas. Portanto, o mais provável é que a visibilidade da FSESP tenha aumentado simplesmente por sua acumulação teórico-prática na organização de serviços sanitários locais coordenados e integrados em complexidade, ao mesmo tempo em que havia um aumento na procura por este tipo de tecnologia e as políticas ministeriais se orientavam precipuamente por ações específicas.

A medicina comunitária seria a vertente estratégica responsável pela materialização da medicina preventiva e integral. A OPAS foi a grande incentivadora da idéia, até porque se tornava cada vez mais clara a baixa eficácia dos programas verticais sem que se contasse com uma rede de serviços integrada. Este debate se agregava intimamente ao problema do subdesenvolvimento: “Duas grandes perspectivas [...] puderam ser distinguidas durante este período de vida da OPAS [1960-80]. A primeira foi a incorporação dos programas de saúde no desenvolvimento sócio econômico; a segunda, a participação comunitária nas atividades sanitárias (Cueto, 2007:147)².

Mais do que da percepção técnica sobre a efetividade relativa das campanhas, as origens destas opções e do aprofundamento do discurso pan-americano em saúde estão ligadas eminentemente aos desdobramentos da Guerra Fria na América Latina, assombrada pela revolução cubana. Diante do perigo comunista, em 1961 o

² Ver também Lima (2002).

presidente dos EUA John F. Kennedy expõe a necessidade de apoio ao desenvolvimento dos países americanos, na perspectiva de que o bem-estar norte-americano não poderia se desvincular da melhoria das condições sociais no resto do continente. Esta posição seria traduzida num programa de auxílio externo norte-americano lançado como “Aliança para o Progresso” na Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social da Organização dos Estados Americanos (OEA), em agosto daquele mesmo ano em Punta Del Este – Uruguai. Essa “Aliança” é marcada pela “Carta de Punta Del Este”, em que surgem as proposições do Plano Decenal de Educação da Aliança para o Progresso e Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso (OPAS, 1961). Um passo importante seria a criação, em novembro de 1961, da United States Agency for international Development – USAID.

Não cabe aqui detalhar esta política, mas sim apontar-lhe a importância no discurso da saúde pública nas décadas de 1960 e 1970. O Plano Decenal propunha resoluções em curto prazo sobre a questão da água potável; erradicação da malária; melhoria da alimentação/nutrição; incremento da cobertura dos serviços médicos; e aumento da expectativa de vida. Em longo prazo, da elaboração de planos nacionais de saúde; criação de áreas de planejamento nos Ministérios da Saúde; produção de estatísticas confiáveis; formação e capacitação técnica; organização de serviços de saúde locais; e cooperação técnica entre os países (OPAS, 1961).

Dentro do contexto cepalino e da Aliança para o Progresso, embora não como resposta direta segundo Mattos (1993), Abraham Horwitz, diretor da OPAS entre 1959 e 1975, buscava no economista e professor de planejamento econômico Jorge Ahumada, diretor do Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade central da Venezuela (Cendes-UCV), uma parceria para a formulação de um método de planejamento em saúde. Sobre uma idéia original de Mario Testa³, constitui-se com este um grupo cuja proposta final tornou-se o grande marco da planificação em saúde

³ Mario Testa teve passagens de exílio no Brasil em meados da década de 1970 e 1980, com notável influência sobre o pensamento sanitário. Segundo conta, como militante antiimperialista do movimento popular argentino que se somava na luta contra as ditaduras militares que assolaram a América Latina, se obrigaria a um esforço redobrado em propagar uma visão de planejamento contrária àquela proposta do Cendes/Opas que ajudara a elaborar, excessivamente normativa, tecnocrática e funcionalista (Testa, 1992:21 - “Autocrítica”).

na América Latina em 1965: o “método Cendes/Opas”. Para sua difusão, treinamento e capacitação a OPAS contou com a parceria do Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social – ILPES, órgão criado junto ao CEPAL em 1962⁴. A rigidez normativa em transpor a visão econômica de custo/benefício para a saúde e em desconsiderar a dimensão política do processo decisório do planejamento, entre outras limitações, o conduziria ao fracasso precoce método Cendes/Opas (Mattos, 1993; Giovanella, 1991). Mas, sua influência fincou raízes através de conceitos e principalmente da cultura em planejamento e programação em saúde.

Enfim, as atividades da OPAS impulsionadas pela política da Aliança para o Progresso e financiada de maneiras diversas, especialmente através do PNUD, USAID e Fundação Rockefeller, estariam na origem de grande parte do discurso reformador da saúde pública brasileira na década de 1970. No campo da formação e capacitação técnica pode ser destacado o “Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde” – PPREPS em 1976⁵, que viria estimular a idealização do Prev-Saúde e a necessidade de desenvolvimento dos serviços básicos; no campo das práticas, os projetos de saúde comunitária, em particular o Projeto Montes Claros, que desembocaria no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS⁶.

Mas, nem toda esta profusão intelectual e política estará refletida no plano acadêmico (contribuindo ainda mais para esmaecer a memória da saúde pública). Primeiro porque esta movimentação ficava encoberta pela primazia da política de saúde nacional que nitidamente se orientava em função da compra de serviços médicos

⁴ Em 1968 Carlos Matus era o diretor do Serviço de Assessoria do ILPES. Nesta época estabelece o Centro Pan-Americano de Planificação de Saúde, que funcionaria até 1975. De suas críticas à visão normativa iriam derivar a proposta do planejamento estratégico que tanto influiria nas décadas seguintes (Giovanella, 1991). Sua aproximação com a OPAS se fez através da Aliança para o Progresso, e o financiamento das ações pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, por sua vez tributário do USAID (Carlyle, 2005).

⁵ Ver “História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)”. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/> [acessado em 20/mar/2010]

⁶ Vários outros exemplos de instituições brasileiras formadas nesta parceria podem ser elencados, como a Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde (BIREME); Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (CLATES)/ Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (NUTES/UFRJ); ou, a Pós-graduação em Medicina Social da UERJ (Lima, 2002).

pelo setor previdenciário. Basta dizer que em meados da década de 1970, a divisão de gastos em saúde entre a previdência e Ministério da Saúde contabilizava mais de 90% para a primeira, sendo que seu orçamento só perdia para o da própria união (Escorel, 1999). O discurso se recolheria também porque, assim como de resto todo o discurso social, a saúde pública estava submetida ao patrulhamento, censura e repressão; tempo em que instituições da saúde pública sofriam intervenções, profissionais eram perseguidos e epidemias ocultadas⁷, naquele clima de que “falou, tá falado, não tem discussão; da minha gente que anda falando de lado e olhando pro chão”.

Voltando ao cenário paulista, Walter Leser⁸, Secretário Estadual de Saúde de São Paulo, promoveu em 1968 uma grande reforma na estrutura da secretaria – “reforma Leser” –, responsável também por atualizar uma legislação sanitária que em parte remontava ao código sanitário de 1918. Com este fim, no ano anterior fora estabelecido um Grupo Executivo da Reforma Administrativa (GERA) entre os sanitaristas da secretaria e professores da Faculdade de Saúde Pública da USP:

“houve uma descentralização técnico-administrativa em 10 Divisões Regionais. Cada um desses órgãos deveria funcionar como uma pequena Secretaria de Estado. Às Divisões Regionais de Saúde estão subordinados os Distritos Sanitários, estes sendo órgãos apenas de supervisão técnica;[...] as unidades locais de saúde são os centros de saúde escalonados segundo sua complexidade” (Mascarenhas, 1973)

⁷ Um dos eventos mais marcantes foi o denominado “massacre de Manguinhos”, com repercussões epidemiológicas drásticas. Ver Nara Azevedo, 2007. Sobre a censura à epidemia de meningite em São Paulo, ver Rita Barata, 1988.

⁸ Leser foi um dos sanitaristas mais importantes de São Paulo. Formado pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, doutorou-se em 1933 com a tese “Contribuição para o estudo dos métodos estatísticos aplicáveis à medicina e à higiene”, tema sugerido por Paula Souza. Seu registro no Conselho Regional de Medicina foi 0004. Começou a carreira nas análises clínicas, participando da fundação do conhecido Laboratório Fleury. Em 1940 assumiu por concurso a cadeira de Higiene da Escola Paulista de Medicina, mas seu interesse pela medicina preventiva viria exacerbar-se pela participação em 1955 no Seminário de Viña Del Mar, no Chile; quando apresentou relatório sugerindo a transformação da antiga Cadeira de Higiene em Departamento de Medicina Preventiva. No retorno, em 1956, criou o Departamento e Instituto de Medicina Preventiva (IMPEP) na Unifesp. Foi secretário da Saúde entre 1967-70 e 1975-79 (informações coligidas da internet; ver Magid Iunes s.d.: <http://www.obore.com.br/utilitarios/editor2.0/UserFiles/File/Texto-WalterSidney.pdf>; Cremesp, 2003: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=282>. Acessado em 10/fev/2010).

A reorganização concentrou todas as ações em quatro Coordenadorias: de Saúde da Comunidade; de Assistência Hospitalar; de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados. Para a coordenação da primeira, a maior delas, foi convidado o Prof. Rodolfo Mascarenhas que, como assinalado anteriormente, não viria de fato assumi-la em função de seu adoecimento (Ramos, 1979). O contexto da reforma na capital e entorno foi descrito por Yunes e Bromberg (1971), que ressaltaram uma situação de funcionamento deficiente das unidades, a “inexistência de critérios de localização racionais” para os equipamentos e insuficiência profissional; “A par dêste quadro carencial, observou-se falta de coordenação entre os poderes públicos responsáveis pelas unidades sanitárias, levando a supercobertura de algumas áreas e o total abandono de outras.

Antiga aspiração da área, a reforma deu ensejo à criação da carreira de médico sanitarista, com 622 cargos específicos e 208 de Inspetor de Saneamento, além de 856 cargos de direção e chefia técnica; demanda que levou à procura de alternativas para aumentar a capacidade de formação de sanitaristas. Com este objetivo, a Faculdade de Saúde Pública da USP reduziu a carga horária de 900 horas do curso, distribuídas em nove meses, para 770 horas, permitindo concentrá-la em cinco meses e, portanto, a realização de duas turmas por ano (Souza et al., 1975). Fruto da reforma, o “Modelo de Programação em Saúde” ou da “Ação Programática” seria implantado nos Centros de Saúde da rede estadual.

Em certo sentido pode-se dizer que conceitos surgidos nos anos 1950 foram amadurecidos nos contornos políticos da década de 1960 e modernamente reelaborados no campo das práticas da década seguinte. Mas não de modo homogêneo ou contínuo, e sequer, na maioria, reconhecido em sua paternidade, pois a saúde pública na década de 1970 mais uma vez testemunharia outras rupturas definitivas no discurso; processo com nuances que fazem lembrar a transição dos anos 1920.

Fechando simbolicamente a linhagem de pensamento clássico, o discurso do Prof. Reinaldo Ramos deixa claro o amadurecimento da idéia da organização sanitária em redes de unidades sanitárias coordenadas e integradas com serviços de maior complexidade, amparado na experiência pessoal com o SESP. Duas outras

características se fazem notar: a crescente distinção entre o discurso acadêmico e o político (mas que apresentaria nova confluência na próxima década); e a visão da responsabilidade da saúde pública em integrar o desenvolvimento sócio-econômico e tecnológico do país (idéia que se perderia nos anos 1980-90, seja pela desnacionalização da matriz neoliberal, seja pela perda do foco no pensamento radical).

REINALDO RAMOS

Concebemos o planejamento, em seu sentido mais amplo, como o meio de alcançar o desenvolvimento integral de uma comunidade nacional – ou seja, o planejamento econômico e social (Ramos, 1968)

Em Reinaldo Ramos encontramos uns dos últimos baluartes da dinastia intelectual clássica da saúde pública paulista. Sua tese de livre-docência foi um agradável e precioso achado das buscas nas prateleiras da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP. Trabalho que reafirma uma era de pensadores meticolosos e envolvidos organicamente no pan-americanismo da saúde, ao mesmo tempo marcado pela identidade do pensamento nacional⁹.

Na saúde pública, Ramos era acima de tudo um sespiano, com toda a experiência no campo das práticas e influência da objetividade anglo-saxônica que isto possa significar. Discípulo, a influência de Rodolfo Mascarenhas facilmente se identifica na estrutura de seus artigos iniciais, assim como se via Paula Souza nos textos iniciais de Mascarenhas. Assim sendo, a estrutura do texto “Considerações sobre o problema da assistência médica em áreas rurais” se inicia pelo problema da conceituação de área rural, segue pelo diagnóstico descritivo de questões sanitárias, tece “algumas sugestões para o problema”, e conclui por tópicos (Ramos, 1961).

⁹ A falta de referência de documento tão original e minuciosamente elaborado é sintomática da rapidez com que o pensamento radical abandonou os referenciais clássicos.

Nem Mascarenhas faria melhor¹⁰. De comum ainda a clareza, a sagacidade das observações e o afinho com que se dedicou ao estudo dos problemas de saúde pública, cujos pontos altos se referem às suas teses de doutoramento (Ramos, 1962) e livre-docência.

Neste texto de 1961 o autor chama à atenção para a dificuldade da fixação médica da assistência médica. Via nas dificuldades técnicas e isolamento social os maiores entraves à fixação do médico no interior, particularizando o que mais tarde seria tratado como problema de rotatividade profissional: “Numerosos médicos do S.E.S.P. permanecem neste órgão apenas o tempo suficiente para fazerem uma reserva monetária que lhes permitisse aventurar a clínica em centros maiores”. Mas não encerra a questão no médico, pois “estritamente associado e não menos importante [...] é o problema da enfermeira”. Em “bases realistas” faz uma leitura surpreendente para aquele momento, em que inverte em definitivo a idéia original do papel reservado ao médico nas unidades de saúde:

Sendo este o profissional mais caro e diferenciado da equipe, e tendo em vista sua má distribuição em nosso território, a organização de saúde deve de preferência aproveitá-lo naquilo que só elê, em razão de sua formação, seja capaz de fazer. Não basta, pois, aceitar a assistência médica com atividade básica de saúde pública – [...] – mas reconhecer nesta atividade a própria razão de ser da fixação do médico numa unidade sanitária (Ramos, 1961).

Idéia já presente no discurso anterior sobre os CSs, observa a assistência dentro de um trabalho de equipe e preconiza a transferência de atividades de prevenção para o pessoal auxiliar, como o cuidado com crianças e gestantes sadias (Ramos, 1961). Na verdade, acompanhava o discurso do SESP que, de certa forma, se impunha como original pela autoridade de quem conhecia como ninguém as necessidades rurais na prática, e nisso se embute o valor real do tempo de disponibilidade médica. Desde 1948 o SESP tinha plena noção do problema e assume “a primeira manifestação de um órgão oficial de saúde pública do país, aceitando a assistência médica curativa

¹⁰ A influência atravessa gerações e, embora num texto muito mais longo, aparece em Vieira (1945).

como atividade básica de seu programa de trabalho” (Ramos, 1972:289). Sespianos renomados, entre eles Marcolino Candau (futuro diretor geral da OMS), e Ernani Braga (futuro diretor do DNS) chancelavam este pensar (Candau, Braga, 1948).

Cumprindo o papel das novas gerações, o sanitarismo de Reinaldo Ramos não só redireciona idéias, como agrega elementos originais ao discurso político clássico em saúde pública. Opondo-se ao senso histórico que define uma ruptura estática e acabada entre o que tenho considerado pensamento clássico e aquele denominado sanitarismo desenvolvimentista, o discurso de Ramos é carregado daquele ideário. Não poderia ser diferente, uma vez que o próprio SESP tem sua sobrevivência ao final da guerra condicionada ao seu novo significado de expansão das fronteiras do desenvolvimento (Campos, 2000), justamente tendo em Vargas e Capanema seus fiadores.

Imiscuída no texto de 1961, encontra-se um indício da polêmica que versava naqueles idos, quando alude ao bordão de Mário Magalhães: “Não padece dúvida que os problemas de saúde – pelo menos os de natureza primária, como os que nos preocupam – são problemas de superestrutura” (Ramos, 1961). Mas pondera que “são causas profundas que escapam à ação da agência de saúde”, além do que a doença e a morte precoce não poderiam também ser dissociadas do empobrecimento, tirando a responsabilidade dos programas de saúde pública na influência dos níveis de saúde da população rural. A idéia de desenvolvimento com a participação objetiva do setor saúde prevalecerá no seu entender: “O planejamento – inclusive da saúde – é um meio para alcançar o desenvolvimento, e portanto as relações entre saúde e desenvolvimento devem ser identificadas com a possível precisão” (Ramos, 1968).

O que também se pode verificar na obra de Reinaldo Ramos é que o pensamento sanitarista acadêmico adquire paulatinamente uma especificidade em “planejamento” no mesmo ritmo em que se distancia do cotidiano inquietante dos serviços. Isto orienta de modo categórico o antigo Instituto de Higiene, agora Faculdade de Saúde Pública, para o que se lhe apontava desde o início: a aptidão educadora (e consultiva). No conteúdo dos programas a relação entre saúde e desenvolvimento social, racionalidade e integração intra-setorial davam a tônica do debate em temas de economia, sociologia da administração, desenvolvimento, metodologias de

planejamento, técnicas de articulação inter-setorial entre outros (Ramos, 1968; Ramos, Witt, 1974). Com carga horária de 480 horas, em sua descrição o curso de especialização recusava uma “finalidade meramente acadêmica ou especulativa”, direcionando-se para os profissionais com formação básica em saúde pública, com pelo menos dois anos de experiência e, principalmente, vínculo empregatício com alguma organização de saúde para garantia de aplicabilidade. Iniciava-se com um “programa introdutório” de cinco semanas¹¹ e (Ramos, 1968, Ramos, Witt 1974). Uma cultura de avaliação – e auto-avaliação – se esforçava por espaço ao sol (Ramos, Witt 1974; Ramos, 1974).

¹¹ “Introdutório” foi uma daquelas palavras estranhas, de origem incerta, que invadiu os primeiros anos do PSF como capacitação inicial das equipes, mas que caiu em franco desuso.

Capítulo 8

Temas e conceitos essenciais ao discurso clássico: coordenação, integração, descentralização, municipalismo e socialização da medicina

The first principle of good administration requires that when a special function is to be undertaken, it shall be undertaken by one governing body for the whole community needing the service, and not for different sections of the community by several governing bodies.

British Ministry of Reconstruction, 1919.

O DISCURSO DA INTEGRALIDADE NO PENSAMENTO CLÁSSICO

Poucas idéias estiveram tão presentes na organização dos serviços de saúde pública quanto aquelas que de um modo ou de outro se ligam ao discurso da integralidade. Antes de apresentá-las, porém, é preciso superar a provocação aqui instigada pelo emprego da palavra “integralidade”, uma vez que sabidamente sua expressão literal está ausente da maior parte deste percurso. A questão se resolve em parte justificando seu uso como um substantivo comum passível de representar a idéia de integração, integral, inteiro etc. Mas prosseguir nesta indevida simplificação equivaleria a refutar qualquer necessidade de observância aos métodos históricos. Esse não é um problema que se apresenta como mero detalhe, pois a história do discurso de um campo disciplinar específico não pode prescindir de um apanhado sobre os principais conceitos ou diretrizes que direcionaram e definiram seu discurso no tempo.

As observações sobre a demarcação conceitual levantadas no início para expressão “saúde pública” se aplicam amiúde para todo um campo conceitual que se dispõe atualmente na intimidade normativa do SUS/PSF, muitas vezes originários no debate

dos CSs, mas com elementos tão corriqueiros que chegam a passar por atemporais. Outros, tocados pelo viço do PSF, se libertaram do domínio dos exegetas, exalando renovado frescor. Seja qual for o caso, o prejuízo da compreensão histórica concorre para a circularidade – e superficialidade – das idéias, ou seja, protela o aprofundamento as questões essenciais ao debate contemporâneo (além das implicações gerais que o desconhecimento de sua história traz à sociedade).

Um bom exemplo pode ser a “novidade” da abordagem familiar, quando nada mais original do que o conúbio do CS com a família:

O Centro, como verdadeiro órgão de sondagem social, visa, sobretudo, a família, considerada como principal unidade. [...] Um inquerito preliminar, que fica consignado na ficha da matrícula, permite o estudo ulterior tanto do matriculado como dos demais membros de sua família (Souza, Vieira, 1936).

Desde os primórdios norte-americanos do CS já se tinha clareza da vantagem da assistência familiar no que concerne à vigilância e educação sanitária. No Brasil esteve sempre presente no discurso dos CSs, mas de modo mais sistematizado na organização administrativa do SESP (Campbell, 1948) e quando a medicina integral chega ao ensino médico em ventos soprados pelos seminários chilenos (Mascarenhas et al., 1961/62). Não se pode negar que da educação sanitária ao PSF há tal mudança de contexto que revigora todo o sentido da discussão, e nada mais potente para esta problematização do que o próprio conhecimento histórico. O mesmo se pode dizer para “visita domiciliária”; “pré-natal”; “puericultura”; “equipe de múltiplos profissionais”; “necessidades da população”; “conselhos de saúde”; descentralização etc. etc. Neste capítulo me ateei ao universo da “integração”.

Rigorosamente, o postulado do contextualismo histórico exige a apresentação dos fatos dentro do contexto sócio-cultural, político e lingüístico em que se inseriu no momento de sua enunciação; coerência que levada às últimas instâncias invalidaria o cotejo histórico de qualquer estudo conceitual. Esta discussão ganha contornos dramáticos em várias situações, como nos conceitos seculares que remontam, por exemplo, a Platão ou Aristóteles; ou naqueles em que o discurso nasce em um

contexto fortemente situado e datado, mas que se difunde e precisa ser atualizado no tempo e no espaço, como é o caso dos conceitos marxistas (Koselleck, 1992); ou, numa hipótese ainda mais remota, daquelas palavras que não mais pertencem aos léxicos contemporâneos, como na representação físico-química do conceito “flogístico” (Kuhn, 2006).

Reinhart Koselleck foi um dos que mais se ocupou desse conflito. Admite, no que o aproxima do pensamento de Skinner, a inverossimilhança da comparação direta: “[...] todo conceito só pode enquanto tal ser pensado e falado/expressado uma única vez. O que significa dizer que sua formulação teórica/abstrata relaciona-se a uma situação concreta que é única” (Koselleck, 1992).

Mas esta postura é relativizada ao entender que há coerência em se historiar um conceito, desde que isto se configure como um mapeamento dos vários instantes e interpretações que este adquiriu em sua trajetória, traçando como que seu desenvolvimento semântico: “O registro de como os seus usos foram subseqüentemente mantidos, alterados, ou transformados pode, propriamente, ser chamado de história dos conceitos” (Koselleck, 1992; 1996 citado por Jasmim, 2005)¹.

Em princípio, parafraseando Brandão, remeto-me à baixa condição arqueológica da história revisada. Logo, o conceito de integração/integralidade se estabelece como sucessivas aproximações semânticas relacionadas com a adjetivação do “integral” às idéias passadas. Aqui perquiro retrospectivamente provocado pelas doutrinas que deram conformação ao SUS, com especial relevo da “integralidade” (não exclusiva, pois praticamente todas as doutrinas administrativas estão envolvidas, além de fartas pitadas de equidade e universalidade); caminho inverso ao *télos* norteador que usualmente se apresenta em seu debate.

A abrangência conceitual fez com que o SUS didaticamente compreendesse a discussão da integralidade em três linhas de análise: a integração das partes

¹ Koselleck R. “A response to comments on the *Geschichtliche Grundbegriffe*”, in Hartmut Lehmann e Melvin Richter(eds.), *The meaning of historical terms and concepts: new studies on Begriffsgeschichte*, Washington, D.C., German Historical Institute. 1996.

autônomas características de um sistema; a integração das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde; e por fim, do olhar integrado bio-psico-social (espiritual?) sobre o indivíduo (Brasil, 1990). Assim a “integralidade” do SUS comporta-se como uma nova síntese conceitual de várias teses com origens distintas de cursos congruentes (nisto é muito mais rica do que a simples tradução do conceito *comprehensive* como se tornou lugar-comum).

O ramo “integração do sistema” transparece originar-se pela interpretação da linguagem dos “sistemas” e sua subordinação a um processo lógico de fluxos e comunicação. Ledo engano. Embora “sistema” estivesse conceitualmente indisponível no léxico de grande parte do pensamento clássico, a idéia de “coordenação” traduzindo a necessidade de uma “perfeita articulação” entre os componentes dos serviços sanitários, guarda correspondência com o que atualmente se expressa em fluxos e processo de informação e comunicação². Por outro lado, as idéias ligadas à integração aparecem numa época em que as ciências sociais se embebiam dos desejos naturalistas dos sistemas, com ampla influência do funcionalismo estrutural de Talcott Parsons nas interpretações da saúde pública e medicina integral. Mas, se esta primeira interpretação exige algum esforço semântico entre tempos epistemológicos distintos, a “integralidade da pessoa” e a “integralidade das ações”, não podem abjurar de seus laços com passado nos conceito de saúde bio-psico-social da OMS (1948), medicina preventiva, e proposições clássicas de Leavell e Clark (1976). A integralidade do SUS deve dar conta de um tanto de tudo isto.

Neste caso me inclino diante do problema maior colocado por Milton Santos em relação a magnitude do espaço. “Como, assim, enfrentar a árdua tarefa de entender a totalidade? A primeira noção a levar em conta é a de que o conhecimento pressupõe análise e a segunda noção essencial é a de que a análise pressupõe a divisão”. Mas seria exagerado simplismo pensar que o entendimento das partes nos faria conhecer o todo. Primeiro porque as partes a serem analisadas nunca se esgotarão e o processo de totalização é contínuo no tempo; depois, clivado pela dimensão ideológica, há um

² A expressão “perfeita articulação” aparece em (Barreto, 1939).

movimento dinâmico e infindo às partes e ao todo que precisa ser reconhecido em sua complexificação (Santos, 1999:75)³.

Esta passagem me serve de contraste para a clarear o objetivo de se registrar os instantes e a trajetória dos conceitos envolvidos, que absolutamente não serve à pretensão de conferir o significado ou o entendimento que a vida real lhe impõe neste instante. Tampouco se trata de uma revisão sistemática do conceito, senão um prelúdio centrado na antiga e obstinada idéia de “completude” dentro do caminhar do pensamento político da saúde pública brasileira⁴.

A INTEGRAÇÃO SANITÁRIA: COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO

Regionalization in its broadest concept
means much more than doctors and hospitals

John Grant (1955)

A admirável tese de Reinaldo Ramos “A integração sanitária” de 1972⁵, de quem aproveito o título deste tópico, cumpre com excelência o exame histórico nacional e internacional deste tema e dificilmente poderia ser superada em seus objetivos. Aos olhos de hoje, nos é permitido enxergar que esse campo teórico até então se pautava ainda por um conjunto de compreensões imaturas que somente ganhariam a clareza devida no mundo dos sistemas lógicos. A prioridade para os serviços básicos nas políticas da década de 1970 em diante, representados pelo ideário da atenção primária à saúde (WHO, 1978), funcionou como um estímulo muito poderoso para a definição e planejamento desse processo integrativo, com a promoção da saúde e a complexificação social interferindo fortemente neste decurso.

³ Capítulo 4: O espaço e a noção de totalidade” (Santos, 1999).

⁴ Não me deparei com qualquer explicação semântica específica, mas me chamou à atenção o fato de que “Serviço Sanitário”, como em São Paulo, grafava-se no singular, numa impressão de que já refletia a idéia de “unidade”, da reunião dos componentes em “todo”, e não como elementos autônomos.

⁵ Segundo informa, o tema de estudo foi uma sugestão do Prof. Rodolfo Mascarenhas (Ramos, 1972: Apresentação).

Mas, a idéia geral da articulação dos serviços não apenas nasce com os CSs, como lhe é, na realidade, a própria idéia de origem. Embora na Inglaterra fosse idéia bem estabelecida desde o Informe Dawson de 1920, sua menção passa despercebida no discurso dos CSs com origem norte-americana no mesmo período. Isto se explica talvez pela própria diferença na motivação de ambos, em que o primeiro, recém saído da guerra, estava preocupado diretamente com a o desenvolvimento de um esquema eficiente de provisão de “serviços médicos e afins” para todos os indivíduos e comunidades (figura 7) (Informe, 1964)⁶. Do outro lado do oceano, tanto não pensavam em universalizar a assistência médica quanto tinham ponto de vista bastante diverso para “comunidade”. As palavras de ordem eram as mesmas: eficiência e coordenação.

Nos EUA, a reunião de vários serviços de saúde em um mesmo local de atendimento parte dos princípios administrativos industriais, que naquele momento tinham nas lojas de departamento um modelo de eficiência e produtividade (Stoeckle, Candib, 1969; Ramos, 1972). Entendimento que naturalmente aporta no país com as propostas racionalizadoras exportadas por Johns Hopkins, chegando à São Paulo junto com as bagagens de Paula Souza e Borges Viera. Enunciados consistentes com esta idéia de interligação regional aparecem na década seguinte:

Muitos municípios teriam que ser agrupados, sob a centralização, no mais importante, no Centro-Séde, dispondo-se, em torno, pequenos centros satélites, daquelle dependentes (Souza, Vieira, 1936:45).

Na capital como no interior, o systema por assim dizer ganglionar das unidades sanitárias, sensíveis a todos os incidentes sanitários [...] (Vieira, 1936:12).

“É preciso que o Centro de Saúde seja, no distrito sanitário, um verdadeiro sistema solar em torno do qual girem todas as atividades de higiene” (Bannitz, 1942:18).

⁶ ““La medicina preventiva y la curativa no pueden separarse em virtud de ningún principio sólido, y en cualquier plan de servicios médicos, deben coordinarse estrechamente. Deben además colocarse dentro de la esfera del médico general, cuyas funciones deben abarcar la medicina tanto para el individuo como para la comunidad.” (Informe, 1964).

DIAGRAMA DE UN AREA MOSTRANDO TODOS LOS SERVICIOS

Figura 7. Organização proposta pelo Informe Dawson e 1920 (OPAS, 1964).

Assim, o conceito de coordenação das atividades se mostra presente desde o primeiro instante nos discurso brasileiro dos CSs, apregoando a economia de recursos administrativos e prevenindo a “[...] duplicidade inútil e antieconômica dos órgãos; desarticulação de funções [...]” (Vieira, 1936). Coordenar trazia inseparável o sentido da comunicação para a “entrosagem” das ações, pois na organização dos serviços era “[...] comum sua repartição em dispensários especializados, que nada ou pouco se comunicam entre si” (Souza, Vieira 1936:3). Como quem naquele tempo já experimentara resultados, não hesitavam afirmar:

A coordenação de serviços, não só de dispensários como de visitas, *de preferência oriundos do mesmo tecto*⁷, tornou os resultados muito mais apreciáveis, contínuos, efficientes e duradouros (Souza, Vieira , 1936:5, grifo original).

Como proposta de “rendimento máximo”, tinha um apelo mundial na organização da saúde pública, recebendo especial reforço na Conferência Européia de Higiene Rural em 1931 (Societe des Nations, 1931; Barros Barreto, 1939). “Harmonia⁸, articulação e entrosamento eram representações que bem simbolizavam o sentido impresso naquela idéia conceito: “[...] ou seja, com o máximo rendimento de seus recursos próprios – mister se faz um íntimo entrosamento de suas diferentes peças.” (Ramos, 1972:6). O Departamento Nacional de Saúde (DNS) de Barros Barreto foi o maior difusor dessa visão para todo o conjunto das relações nacionais no campo da saúde pública, expediente com visível enredo pan-americano:

Recomendou, muito de próximo, a Conferência Pan-Americana dos Diretores de Saúde, reunida em Washington, que se mantenha a tendência, não só de unificar tecnicamente a ação da Saúde Pública, mas também de coordenar, administrativamente, os seus programas e realizações (Barreto, 1938).

⁷ Qualquer semelhança com o “all-under-one-roof-principle” não é mera coincidência.

⁸ A idéia de “harmonia” dos serviços é uma constante na visão clássica, presente no desenvolvimento “harmônico” de Barros Barreto (1939), no “desempenho harmônico” de Borges Vieira (1945), ou no “todo harmônico” de Mascarenhas (1949:209).

Atestava reiteradamente a necessidade impreterível de um melhor gerenciamento das diversas atividades da saúde pública em todos os níveis – tendo ao fundo a construção nacional. Admitida como uma visão de organização administrativa, buscava resolver-se através da institucionalização normativa das ações a serem desempenhadas: “A entrosagem direta com a repartição de saúde pública, sob um comando único, facilita, mais do que qualquer outra formula, a desejada unidade de ação” (Barros Barreto, 1937). Mas teve que conviver com a constante obrigação em escusar-se do indicativo de pura centralização de autoridade política, denotando o tensionamento das alterações federativas com o centralismo varguista.

No contexto deste discurso, não custa frisar, a coordenação dos serviços e ações do pensamento circunscrevia-se meramente à questão da eficiência dos serviços e diminuição dos custos, cuidando de não confundi-lo com aquele mais moderno que se relaciona ao prejuízo resultante da fragmentação e especialização da assistência, que viria sobressair-se no discurso da integração (Stoeckle e Candib, 1969)⁹.

O conceito de integração tem uma origem mais ou menos precisa no discurso da educação médica que se segue à Segunda Guerra, numa tentativa de se valorizar um tipo de assistência mais compreensiva às pessoas: “After World War II, however, as a reaction against the growing tendency toward specialization in American medicine, a new emphasis appeared that was labelled “comprehensive care” (Reader, Soave, 1976)¹⁰. Esta proposição é corroborada por Rodolfo Mascarenhas (1972:2)¹¹, para quem a “fase da medicina integral” teve realmente “início teórico com a criação, em 1943, da UNRRA (Associação das Nações Unidas para Socorros e Reabilitação)”, voltada para a “assistência social global” dos países devastados pela guerra (na realidade a idéia é um pouco anterior. Conforme apontado anteriormente no capítulo 3, o termo já era usado desde a década de 1930, sendo que Garrido Morales descreve

⁹ Sobre a concepção mais recente de “coordenação”, ver, por exemplo, Starfield (2002), capítulo 11: “Coordenação da atenção: juntando tudo”.

¹⁰ Tradução livre: “Preocupação dos pacientes como indivíduos sempre foi parte integrante da formação médica. Após a II Guerra Mundial, entretanto, como uma reação contra a crescente tendência para a especialização na medicina norte-americana, surgiu uma nova ênfase que foi denominada de ‘cuidado integral’”.

¹¹ Interessante que em artigo de 1966, em co-autoria com Reinaldo Ramos, apresenta o mesmo marco de periodização com a criação da UNRRA em 1943, mas sob a denominação de “Fase social da saúde pública”, sem menção à medicina integral (Mascarenhas, Ramos, 1966).

a experiência de desenvolvimento de um “Comprehensive Health Service” em Porto Rico em 1942, sob a benemerência da Fundação Rockefeller.

Os primeiros projetos acadêmicos de medicina compreensiva não tardariam a ser descritos¹². Entre seus princípios estava a convicção da indissociabilidade entre medicina preventiva e curativa; a abrangência do olhar sobre a família, aspectos psíquicos da pessoa e emocionais do adoecer; continuidade da supervisão clínica nos ambientes ambulatorial, hospitalar e domiciliar (note-se a significação da variável temporal); além daqueles puramente subjetivos como compaixão e boa vontade. Entre as conclusões, uma inconteste: “As in all clinical teaching, practice must precede pedagogy [...]”. Em outras palavras o que se coloca é que o ensino do “cuidado centralizado, contínuo e humano” do paciente depende da coordenação de um serviço comunitário com um hospital de referência, e com as especialidades envolvidas (Reader, 1953)¹³. A antiga oposição entre medicina preventiva e curativa perde sentido discursivo e aquela indissociabilidade se remete agora à coordenação e continuidade do cuidado: “[...] it should result in coordinated medical care extending through time, and this may be denoted properly as ‘comprehensive’” (Reader, 1954)¹⁴. Mais especificamente, a expressão “Centro de Saúde Compreensivo, ou Integral” (*Comprehensive Health Center*) advogava a integração física entre CSs e recursos hospitalares (Terris, 1963), nos moldes em que seriam defendidas as unidades mistas pelo SESP no país (Ramos, 1972). Resumo da ópera, tinham como principal característica a assistência contínua e coordenada¹⁵.

Entretanto, a par de *comprehensive* a literatura norte-americana também já apresentava a idéia de “integração” através do termo *integration* (Pomeroy, 1929;

¹² Nas décadas de 1960-70 a expressão “medicina integral” cairia de moda em favor da medicina comunitária, medicina de família e atenção primária (Reader, Soave, 1976). No Brasil, o conceito *comprehensive* foi desde o início traduzido por “integral”, enquanto que em Portugal se optou por “abrangente/abrangência”. Em Starfield (2002), “comprehensive” é inicialmente traduzido por “abrangente” e depois de certo tempo por “integral” (a transição está nas páginas 46-47); o décimo capítulo do livro: “Integralidade da atenção”, aparece no original como “Comprehensiveness of care”.

¹³ Tradução livre: “Como em todo o ensino clínico, a prática deve preceder a pedagogia”.

¹⁴ Tradução livre: “isto deve resultar em cuidados médicos coordenados que se estendem através do tempo, e isso pode ser indicado adequadamente como ‘integral’”.

¹⁵ A abrangência do cuidado médico, portanto, poderia ser investigada, entre outras formas, através da continuidade e coordenação da assistência (Fletcher, 1984).

Mountin, 1949)¹⁶. Aqui e ali ele surge essencialmente atrelado à questão da regionalização dos serviços, como pano de fundo a integração dos princípios de saúde pública aos serviços assistenciais (Grant, 1953). Nessa sistematização, basicamente os conceitos de coordenação e integração confundem suas fronteiras, embora se veja uma tênue tendência do conceito de *integration* preponderar na prática e do *comprehensive* assumir a dianteira no ensino médico propriamente. De qualquer forma, não mais faria sentido qualquer iniciativa isolada entre ensino e serviço (Grant, 1955, 2008).

Nos anos 1950 a integração manteve-se ainda individualizada entre os países, mas na década seguinte, associada ao planejamento seria a tônica do pensamento pan-americano, a começar pelo debate da Reunião dos Ministros de Saúde das Américas em Washington (OPAS, 1963). A coordenação dos serviços foi tema central da XVII Conferência Sanitária Pan-Americana (OPAS, 1968)¹⁷. É importante observar que o conceito de regionalização, em última instância o objetivo da integração, guarda especificidades próprias de acordo com o tipo de sociedade em questão, neste caso, um debate voltado para as condições de pobreza latino-americanas.

Ficou uma impressão não aprofundada neste estudo de que a medicina integral possa ter sido um discurso mais precoce e identificado com a realidade pan-americana do que no âmbito do consumo interno dos EUA. Seus programas acadêmicos, embora vistos positivamente pelos idealizadores, não deixavam de ter um caráter exótico para os estudantes e para o currículo (Reader, 1956; Conwell et al., 1957). Na saúde pública os programas se direcionaram para a assistência de comunidades muito pobres – “slum environment and its problems” –, ainda assim fadados a resistências, intromissões políticas, e dificuldades conceituais – por exemplo, participação comunitária (Gordon, 1961). Uma avaliação de 25 grandes centros urbanos encontrou baixa efetividade real desses programas (Renthal, 1971).

¹⁶ Entretanto não parece ter sido um termo conceitualmente forte. Entre 1912 e 1950 surge apenas em nove títulos no *American Journal of Public Health*, nenhum específico.

¹⁷ O informe brasileiro descreveu a falta de coordenação entre o governo federal, os estados, os serviços paraestatais e privados; mais patente ainda entre o Ministério da Saúde e o INPS: “No existe coordinación entre lãs unidades sanitarias y los hospitales de lãs mismas zonas. Esa falta de coordinación no permite as lãs unidades sanitarias atender a los pacientes que necesitan hospitalización” (Opas, 1968:10).

Diante de sociedades paupérrimas, a idéia foi muito bem aceita e incentivada pelo discurso sanitário pan-americano. Mesmo numa época em que tinha pouca visibilidade na principal publicação especializada dos EUA¹⁸, tanto era defendido em nível nacional por Garrido (1943), quanto pelo sanitarista argentino Francisco Menchaca (1950):

“No escapará al lector nuestra tendencia hacia una asistencia más humanizada y más integral, y al mismo tiempo mejor organizada [...] el interés de destacar a la coordinación de la sanidad como función principal e imprescindible de lo que se da en llamar ‘Centro de Salud’. Alguno cree que sin tal coordinación no puede considerarse a un organismo ‘Centro de Salud’”.

O debate metódico sobre a medicina integral no Brasil ascende primordialmente ao SESP (Mello CG, 1960). É este serviço quem verdadeiramente propicia a consecução dos conceitos de coordenação e integração no terreno das práticas. Na verdade, sua própria condição de existência e subsistência, investido da criação de uma rede de unidades sanitárias interligadas – CSs, Unidades Mistas e pequenos hospitais e premido pela acentuada carência de recursos nos rincões em que atuava (Campbell et al., 1954; Franca, Fischer, 1955).

A autonomia financeira e política foram decisivas em preservá-la das constantes ingerências características da saúde pública, permitindo uma ação mais técnica¹⁹. Com isto pode adaptar e aplicar todo o campo conceitual que se fortalecia no cenário internacional. De fato, a efetividade em executar ações de saneamento em meio rural foi tão significativa que por solicitações dos próprios estados sua atuação, inicialmente restrita, terminou por se fazer presente em todas as unidades da federação (Ramos, 1972)²⁰. Além disto, sua filosofia e capacidade operativa

¹⁸ Do início da publicação do *American Journal of Public Health* em 1912 até dezembro de 1959 foram publicados apenas oito textos com o termo *comprehensive* no título. Destes, Garrido (1943) e Reader (1954) são os mais específicos.

¹⁹ A autonomia que foi também seu ônus, pois a dificuldade com o diálogo político da década de 1970-80 foi determinante em sua extinção.

²⁰ Ver o capítulo X: “a integração no Brasil” (Ramos, 1972).

discrepavam de tal monta que fora capaz de impressionar positivamente até radicais tenazes como Gentile de Mello (1960).

Ao serviço o conceito soava forte o suficiente para que Reinaldo Ramos não titubeasse em definir três períodos da saúde pública no Brasil, tendo como centro a “evolução das idéias e realizações no campo da integração”: a criação do primeiro CS em 1923 separaria o primeiro período do segundo; e 1942 o terceiro, “caracterizado pela fundação do SESP e o desenvolvimento da administração hospitalar em bases científicas” (Ramos, 1972:320).

Como ocorre com frequência, esses conceitos foram naturalizados na prática sem maiores preocupações com a elaboração conceitual. Ao leitor contemporâneo nem sempre é fácil discernir o sentido principal em que foram empregados pelo SESP: integração como indicativo de proximidade física das ações; e coordenação apenas ao processo comunicativo: “Não podem mais existir, separadamente, serviços de medicina curativa e preventiva. Ambos se **coordenam** intimamente e mesmo se **integram**, conforme as condições diversas” (Mascarenhas, Castro, 1955a; grifo meu). Neste texto, coordenação se refere à necessidade de planejamento comum entre CSs e hospitais no tocante aos exames de laboratório, Raio-X, pessoal, fichário etc.; e integração corresponde à idéia das ações concentradas no mesmo local, no caso as unidades mistas.

A rede médico-assistencial desenhada para o novo Distrito Federal em Brasília, enunciada em termos de unidades “em cadeia radical”, é o maior símbolo no país do modelo racional de integração regionalizada em torno de um hospital de especialidades, então denominado de “Hospital de Base” (Mello HB, 1960) (figura 8). Apesar de refletir a proposta de organização feita por Dawson, aqui é nítida a influência norte-americana: “Outra não é a orientação do Serviço Americano de Saúde Pública, ao preconizar a integração de hospitais e centros de saúde, numa rede coordenada, compostas de hospitais de base, hospitais distritais, hospitais rurais e centros de saúde⁽⁶⁾” (Karman, 1962)²¹.

²¹ “(6)” se refere a: “U. S. Public Health Services – Health Services Areas – Requirements for General Hospitals and Health Centers - Public Health Bulletin n. 292, 1945, Washington.”

O texto desse autor é duplamente interessante: pela propriedade da revisão e por se tratar, de um arquiteto. Em seu intento de contribuir com a sistematização e racionalização da arquitetura das “Unidades Sanitárias”, revisou todo um conjunto de elementos do discurso clássico: da defesa do CS como unidade mais apropriada à “execução prática ao moderno conceito de *medicina integral*”; passando pela necessidade de que “hospitais e serviços de saúde devem coordenar seus esforços e integrar as suas funções”; do “homem uno e indivisível, e a família substituindo o indivíduo no conceito de unidade de vida”; até a defesa das peculiaridades do projeto brasileiro contrapondo as influências norte-americanas. Sua leitura chega a pormenores como a previsão do número de consultas e visitas estimadas ao atendimento de toda a população distrital (Karman, 1962, grifo original).

Rodolfo Mascarenhas, definitivamente concentrado no ensino médico e bem ao seu estilo de buscar aprimoramentos conceituais, incorpora de maneira precursora o olhar sobre a pessoa ao conceito de integração, mais focado até então no plano administrativo. Preocupado com a fragmentação do conhecimento científico, discorre sobre o que intitula “esforço para uma filosofia do conhecimento integrado, na medicina e saúde pública”.

A seu ver, a excessiva “quebra da unidade” promovida pelo olhar científico tinha repercussões importantes. Individualmente, uma fragmentação do cuidado pela falta de coordenação entre as especialidades médicas; e isto em essência fruto de um ensino plenamente curativo em ambiente e “situação absolutamente artificial”. Na saúde pública, o problema se revelava na dificuldade do trabalho em “equipe integrada com vários tipos de profissionais”; na manutenção da dicotomia entre medicina preventiva versus curativa; na falta de participação ativa da população; e principalmente no “tecnicismo sanitário” que, operando em favor do paternalismo, se contrapunha ao estímulo de uma “ideologia ativadora da população”. Entre as soluções: a necessidade da integração curricular entre as disciplinas da medicina, de preferência também com outras áreas do saber; mas sobretudo a imperiosa percepção do “homem como unidade integrada” (Mascarenhas, Piovesan, 1961). Nunca seria demais repetir: “Uma das características da Saúde Pública é a sua aplicação integral a

uma comunidade, sem a separação artificial entre medidas preventivas e medidas curativas” (Mascarenhas, 1964)²².

Nesta época o discurso do “homem como um ser integral”, dependente de um “sanitarismo integral” já se mostrava comodamente inserido no senso técnico comum da saúde (Prado, 1962), mas possivelmente bem antes disso. Nos meandros políticos da criação do Ministério da Saúde em 1953, Hamilton e Fonseca (2003) citam um parecer de Miguel Couto Filho – em breve o primeiro a ocupar o cargo de Ministro –, em defesa da atuação rural da nova pasta, enquanto que a medicina urbana seria operada pela previdência: “Cooperando com o pequeno hospital bem equipado e assistido, devem as vilas ter seu posto médico-social eficiente, integral, para o atendimento indiscriminado aos doentes, com assistência médica efetiva praticada por médicos bem remunerados” (veja-se que a adjetivação integral conserva o olhar original voltado ao combate à pobreza)²³.

O estudo de Reinaldo Ramos, aqui simbolicamente representado como a seqüência conclusiva de uma era de pensamento, avança sobre o compilado intelectual anterior tanto pela profundidade da revisão, quanto pelo senso desenvolvimentista que “integra” o setor saúde como elemento tecnológico do próprio desenvolvimento econômico e social do Estado nacional, denominado “integração intersetorial”, para a qual via quatro áreas principais de articulação (Ramos, 1972:5):

- produção de seus insumos fundamentais por outros setores (“trata-se, em última análise, de um problema de compatibilização de metas”);
- determinação de sua contribuição para o produto interno bruto, isto é, seu impacto sobre a economia;
- participação em bens ou serviços de interesses comuns com outras áreas;
- participação como setor de infra-estrutura em projetos regionais (sobretudo de natureza agro-industrial).

²² Na verdade já era letra morta no discurso acadêmico desde a década anterior. No 8º Congresso Brasileiro de Higiene, em 1950, uma das comissões técnicas concluía: “A assistência médica deve fazer parte integrante dos programas de saúde pública [...]” (Oitavo, 1950:31).

²³ “Miguel Couto Filho (1953). Parecer sobre o setor saúde e previdência social da reforma administrativa’ (Arquivo Capanema, série Líder da Maioria, CPDOC/FGV [GC 52.08.05], p. 2)”.

Contudo, a “integração intersetorial” é precedida pela necessária articulação interna da saúde pública. Sobre essa capacidade de se organizar em “íntimo entrosamento” incide o conceito “mais limitado” de “integração intra-setorial”; tema ao qual se dedica no estudo (a tese caminharia com celeridade para as prateleiras, não só pela resistência radical daqueles tempos, mas também por ter em seu núcleo uma idéia que já se fazia unissonante, a integração; e outra que seria atropelada pelo ideal de atenção primária à saúde: as unidades mistas: “A integração no campo específico da saúde encontra justificativa conceitual na impossibilidade de dissociar o binômio saúde-doença, e expressão administrativa na unificação física e/ou funcional dos serviços preventivos e curativos” (Ramos, 1972: 317)).

Nos anos 1970 a idéia já se dimensionava numa abrangência tal que pouco poderia lhe escapar nos limites da saúde pública²⁴. Mascarenhas (1972) esclarece seus principais campos conceituais:

- A integração do homem;
- A integração da saúde do homem;
- A integração do binômio saúde-doença;
- A integração da medicina preventiva e curativa;
- A integração da saúde pública;
- A integração em saúde pública ao nível local (em que passa subordinar a idéia da coordenação);
- A integração em saúde pública ao nível local distrital;
- A integração em saúde pública ao nível regional;

Enfim, a integração já se apresentava numa elaboração indubitavelmente próxima daquela que chegaria às diretrizes do SUS:

A medicina e a Saúde Pública devem ser aplicadas de modo global, integral, sem divisão rígida entre atividades preventivas e curativas. O indivíduo, doente ou sadio, não pode ser observado com exclusão de seu meio físico, biológico e social. Os problemas de saúde pública devem ser estudados de

²⁴ Como diz Wolf Jr (1964): “the term ‘comprehensive’ as applied to medicine is too comprehensive as a word”.

modo integral, em contato com outros problemas não sanitários [...]. Surge o direito à saúde, extensivo a todos os cidadãos. (Mascarenhas, 1972:2-3)

O natimorto Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), divulgado em 1980 durante a 7ª CNS, foi talvez a primeira elaboração teórica consistente de origem governamental com respeito à integração das ações do campo da saúde pública e previdência (isto é, preventivas e curativas). A idéia apresentada no tocante à “integralização das ações de saúde” mostra como a base geral em que se assentaria a integralidade do SUS já se encontrava mais ou menos definida – e oficializada; contanto que se considere sua responsabilidade restringida aos serviços básicos (sempre o manto da conquista indeterminando o olhar de classe):

A compreensão global do homem em suas dimensões biológica, psíquica e social concretiza-se na prática dos serviços de saúde, através da prestação de ações integrais de saúde. Entende-se por ações integrais de saúde o conjunto articulado das medidas prestadas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação (Brasil, s.d.:14)

Mas se a visão “dualista” há muito já estava ultrapassada, e essa própria expressão desaparecida, na prática a separação seria reforçada pelas opções políticas do regime militar em privilegiar a assistência previdenciária privada. Um “grupo de docentes da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP” – denominação genérica indicativa da violência institucionalizada – fizera o alerta sobre o Plano Nacional de Saúde de 1968: “[implicará] no agravamento da injustificável e obsoleta dicotomia entre as atividades de medicina preventiva e curativa.” (Apreciação, 1968). Não seria outra a situação, prolongada depois pelo Sistema Nacional de Saúde de 1975 (Brasil, 1975). Assim, por muito tempo a motivação principal desta batalha conceitual permaneceria na linha de frente do discurso: “A chamada integralização, como já referimos anteriormente significa a não separação das medidas preventivas e curativas” (Bodstein, Fonseca, 1989). Com o conceito no próprio nome, as Ações Integrais em Saúde – AIS deveriam enfim romper “[...] com a concepção dominante de dicotomia entre os serviços e ações preventivas e curativas, abrindo alas para as modernas

concepções de integralidade [...]” (Bertone et al., 1989)²⁵. Mas, tal longevidade seria interrompida apenas pela incisividade discursiva da 8ª CNS (Escorel, 2005), embora na prática, somente com o SUS.

Duas perdas podem ser notadas neste processo. A integração quando chega ao SUS não mais apresenta resquícios daquela dimensão intersetorial a que se refere Ramos (1972), e o sistema de saúde passa a concentrar de vez sua preocupação no limite “intra-setorial” (se há alguma interação com o “sistema” econômico, o passa a fazer fundamentalmente pela via do *input*)²⁶. A ausência de estratégia setorial na indução da ciência, tecnologia e inovação, foi notada no discurso da reforma sanitária recente (Guimarães, 2005; Viana, Elias, 2007). No âmbito intra-setorial, foram esquecidas a continuidade e a coordenação do cuidado, importantes elementos conceituais da integralidade, relegando-a exclusivamente a meritórias, mas insuficientes reflexões subjetivas (daí talvez o motivo de não ter surgido um único estudo importante no SUS que buscasse a objetivação de parâmetros comparativos de integralidade, a despeito do prestígio deste discurso em todos os seus espaços).

DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALISMO

A tutela prolongada produz infalivelmente
uma certa incapacidade

Tavares Bastos

Desde o início a “descentralização” foi um dos principais trunfos atribuídos aos CSs. Pode-se dizer que este conceito tem mais de uma sua raiz, em que uma delas exprimia a aspiração da proximidade física dos serviços com a população servida, representado pela idéia da distritalização (Stoeckle, Candib, 1969). Seguramente foi uma das concepções vistas entre nossos pioneiros:

²⁵ Esta citação me foi chamada à atenção primeiramente em Hésio Cordeiro (2005).

²⁶ O paradoxo é que, com o conceito ampliado de saúde, os limites deste intra-setorial acabam expandidos virtualmente para todos os espaços sociais, dando impulso a uma tendência da saúde pública querer e colocar como centro da intersectorialidade de qualquer campo de abrangência da vida.

A divisão por funções foi substituída pela divisão por districtos, permitindo, com diz Jansen de Mello (29)²⁷, uma verdadeira descentralização (Souza, Vieira, 1936:31)

Neste caso, “divisão por funções” referia-se à atuação isolada dos diversos serviços especializados no município. Descentralizar, sob este referencial, significava também encarar os CSs do sistema distrital como mini-departamentos de saúde, podendo abarcar vários municípios circunvizinhos²⁸. Depreende-se que em determinada direção este temário retorna aos princípios conceituais da coordenação e integração.

O problema é que o campo geral das discussões envolvendo a descentralização não girava apenas em torno da racionalidade integrativa, pois em sua perspectiva geográfica confluíam-se as idéias da distritalização, coordenação e integração com aquelas próprias da autonomia estadual e municipal, tão caras ao debate federalista. Em conhecido artigo de 1927, Michael Davis já dizia não fazer sentido questionar o que se entende por coordenação. Para ele o problema havia se deslocado para um terreno mais específico: “Até que ponto a coordenação significa administração centralizada? A questão que os Estados Unidos tiveram por cento e cinquenta anos, entre o governo federal e os estados, o centro de saúde tem hoje entre si e as suas agências constituinte”.

É exatamente o que se reproduziria por aqui, pois na verdade neste contexto estive presente na saúde pública brasileira bem antes da perspectiva da descentralização distrital advinda com os CSs. Revisando a formação do serviço de saúde em São Paulo entre o início da República e a reforma de 1911, Rodolpho Telaaroli mostra como essa antiga questão imperial mobiliza o debate republicano da saúde pública desde suas origens: “O princípio da autonomia municipal esteve no centro das discussões parlamentares que acompanharam a tramitação do projeto de reforma do serviço sanitário de 1893[...]” (Telaaroli, 1996:200). O estudo observa a orientação estadualizante do código de 1892 e das sucessivas reformas, em particular a de 1896,

²⁷ “Departamento de saúde Pública de Pernambuco – Separata da Revista de Hygiene e Saúde Pública, Rio, 1932, pag. 8.”

²⁸ A imagem do CS como um “pequeno Departamento de Saúde” (Britto, 1929); de “departamento de saúde em miniatura” (Gayotto, 1942), é bastante comum no pensamento clássico.

justificada paradoxalmente pela retórica da autonomia municipal. O discurso municipalista funcionava mais nas aparências do que nas ações, pois a saúde não se furtava à dinâmica do “pacto coronelista” em reforçar continuamente a dependência municipal do governo do estado através de fragilidade financeira dos municípios, reproduzindo, ao seu modo, a “política dos governadores” na esfera federal.

Mesmo o grande ícone do sanitarismo de São Paulo da época não se isentava desta dubiedade, frente à necessidade do enfrentamento das epidemias regionais:

Emílio Ribas, republicano desde o final da monarquia [...] era mais um dos que defendiam o princípio da autonomia municipal exclusivamente no campo da retórica. [...] Em sua opinião, as “excessivas” prerrogativas municipais em saúde e saneamento eram a principal dificuldade a ser removida, através da criação de mecanismos que facilitassem a intervenção estadual nos problemas de saúde e saneamento dos municípios. (Telarolli, 1996:226)

Princípio federativo constitucional, a estadualização não era de fato discutida, apenas reafirmada; mas na esfera estadual a defesa da municipalização era menos tenaz, um horizonte a ser contemplado; debate que de forma alguma se restringia à São Paulo (Hochman 1998; Fonseca, 2007). Amaury de Medeiros, por exemplo, ao reorganizar o serviço sanitário de Recife-PE em 1923, se posiciona de uma maneira espantosamente clara para os ouvidos contemporâneos²⁹:

Sou radicalmente contrário á substituição das instituições estaduaes pelas federaes. Deve ser transitoria a interferencia das autoridades sanitarias federaes no Estado, como transitória deve ser a acção das autoridades sanitárias estaduaes nos municípios. Tão transitoria como o dominio do pae sobre o filho. A hygiene permanente do Estado e dos Municípios deve ser custeada e mantida com os próprios elementos locaes. Os serviços locais precisam sêr, cada vez mais, municipalizados (Medeiros, s.d.:4).

²⁹ Embora tenha o patrocínio da Fundação Rockefeller, a reorganização dos serviços não faz menção aos CSs. Mas, estavam programadas bolsas de estudos para sanitaristas locais estudarem nos EUA, onde fatalmente se uniriam à idéia (Medeiros, s.d.).

Nesta mesma época Samuel Libânio (1923:241) reproduz no primeiro Congresso Brasileiro de Higiene o que parece ser uma cultura com certa prevalência: “Ao município, unidade política e administrativa da federação, que goza de uma autonomia que lhe confere as mais largas perspectivas de acção, deve caber na diffusão dos serviços sanitarios uma função de primeira plana”.

Até o advento dos CSs, a questão municipalista na saúde se referenciava mais pela antonímia da idéia de “unificação” ou “centralização”, visto, por exemplo, em Amaury Medeiros e Carlos Chagas (apesar que nesta época estes autores já se contaminavam pelo discurso roquefeleriano)³⁰ do que pelo conceito literal de “descentralização”. Mas se em sua especificidade é a questão dos CSs distritais que efetivamente desencadeia a “descentralização” como movimento conceitual da saúde pública, no Brasil ela aporta em tal momento de efervescência, que não mais poderia se ver completamente desvinculada da questão federalista. Sem surpresa, esta organicidade é acentuada na era Vargas com seu contraditório empenho na valorização do municipalismo como estratégia de *nation-building*, especialmente no Estado Novo³¹. As bases já estavam definidas em Oliveira Vianna:

[...] a única solução, que pode conciliar o princípio da unidade e da autoridade política nacional com o imperativo da *descentralização administrativa*, imposta pela nossa desmedida extensão territorial, é – não a descentralização *política* (*municipalismo, Federação ou Confederação*); mas, pura e simplesmente aquilo que os tratadistas chamam “desconcentração” (Vianna, 1999:477, grifo original)

Como visto, Barros Barreto foi o grande artesão na costura das propostas de Johns Hopkins com o ideário varguista. De seu porvir normativo não haveria como escapar a idéia de descentralização na saúde pública:

³⁰ Em Chagas a idéia aparecia antes mesmo, como retratado em entrevista em 1916: “A ausencia de centralisação dos serviços de hygiene, muito bem o accentuou o nosso eminente director da Saude Publica, constitue obstaculo a uma acção intelligente de conjunto, capaz de resolver o grande problema de prophylaxia rural.” (Como se formam, 1916)

³¹ Marcus André Melo (1993) mostra como o “municipalismo” serviu a dois senhores. Conta, por exemplo, que Juarez Tavora – ex-tenente, ministro e então presidente da Sociedade de Amigos de Alberto Torres – propõe na Constituinte de 1934 a reorganização política do Brasil em uma “federação municipalista”. No Estado Novo, se por um lado a Constituição de 1937 é centralizadora, por outro, “elege o município ‘como órgão constituinte dos poderes’”.

Representava, até bem pouco tempo, um dos mais debatidos problemas de administração sanitária, para o Rio de Janeiro, decidir entre o systema de organização centralizada e o outro, o descentralizado ou da divisão districtal. Avaliados inconvenientes e vantagens, patenteou-se, [...] dever tocar a preferencia a uma formula mixta, a da descentralização sem excesso (Barreto, Fontenelle, 1935).

No comando do DNS defendeu a imperiosa necessidade de “[...] unificação técnica e da coordenação administrativa dos serviços de saúde pública em todo o país”. Embora imputasse responsabilidades à “[...] displicência, à falta de orientação dos dirigentes estaduais, à falta de técnicos especializados e à carência de recursos financeiros [...]”, sua análise era de que maior parte da culpa da desorganização sanitária dos estados se devia à escassez de um papel incisivo e orientador do Governo Federal (Barreto, 1937:339).

A idéia de uma hierarquia coordenada pela esfera federal fazia eco em São Paulo entre os partidários de Paula Souza, ora com mais, ora com menos sutileza: “A tendência, no Brasil, é da centralização, a partir do governo atual, pois, desde o primeiro império nada prosperou em nossa terra que não fosse centralizado” (Bannitz, 1942:21). No plano estadual, o Serviço de Centro de Saúde da Capital respondia a sua própria pergunta sobre o que seria o CS: “No consenso geral dos técnicos, é a unidade ‘eixo’ de uma organização sanitária” (São Paulo, 1946). Pensando mais amplamente Borges Vieira era favorável à desconcentração administrativa:

Para este fim, faz-se mister uma congregação de esforços coordenados e contínuos, entre todas as unidades da Federação, sob a égide do governo da União a atuar quando necessário e a orientar e coadjuvar as atividades estaduais e municipais. (Vieira, 1945)

Mas, os “esforços coordenados e contínuos” tinham uma tradução mais clara para o debate federativo: a perda de poder regional. Ocorre que por detrás daqueles posicionamentos estava a desconfiança para com as intenções políticas locais. Oliveira Viana, segundo Brandão, via nos municípios brasileiros uma completa

ausência dos elementos regionais que produziam democracia em outros países, especialmente a pequena propriedade rural, de modo que o poder local seria “efetivo apenas enquanto expressão do domínio fazendeiro”. O raciocínio se guiava pelo seguinte princípio geral:

Nessa terra de barões onde manda quem pode e obedece quem tem juízo, o homem comum só conseguia encontrar alguma garantia de vida, liberdade e relativa dignidade se estivesse a serviço de algum senhor. Fora disto estava inteiramente desprotegido – a não ser que o estado interviesse. Aqui, ao contrário da Europa e dos Estados Unidos, o Estado não deveria ser tomado como principal ameaça à liberdade civil, mas como sua única garantia (Brandão, 2007:101).

No período de redemocratização que se seguiu a 1945 o municipalismo adquire renovado vigor e apelo doutrinário como pauta para a Constituição de 1946: “Não seria exagerado supor que se buscou, em larga medida, convertê-lo em mito *fundador* da segunda República” (Melo, 1993, grifo original). No nível nacional o municipalismo se estrutura numa vertente política que se comportaria como uma frente nacional de prefeitos através da Associação Brasileira de Municípios (ABM) e outra de cunho tecnocrático com o Instituto de Administração Municipal (IBAM). Dentro do contexto deste estudo, cabe notar que a aproximação do IBAM com a Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas (EBAP) se fez dentro de um programa de cooperação técnica subsidiário do *Point Four*/USAID, responsável pela criação da EBAP (Melo, 1993).

Este clima político pró-municipalismo se revelaria na 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963, na qual a participação de Mário Magalhães ganharia novamente as páginas históricas da saúde pública. Entretanto, uma leitura pormenorizada revelará um equívoco central na interpretação corrente acerca daquele encontro, sobre a qual aproveitamos o dizer de Magalhães (Brasil, 1992:193)³² “É por todos estes motivos, que parece indispensável procurar nova estrutura para a organização da Saúde Nacional”. Genericamente esta era uma fala que caberia a qualquer corrente participante, mas

³² Texto reproduzido em Silveira (2005:135).

em sua especificidade estava embutida particularmente a questão municipalista pautada pela noção de equidade (não nesta forma conceitual), reconhecimento regional dos problemas, operacionalidade dos serviços e menor normatividade. Mais concreto, a transferência dos serviços do SESP para as um municipalidades. Salvo a reordenação dos poderes políticos, o que não é pouco, e que de modo finalístico pode ser considerado um “novo modelo”, não se pode dizer que a 3ª CNS efetivamente tenha chegado a concepções diferentes das que se já se apresentavam no discurso da saúde pública (Brasil, 1992).

Convergia-se aí os primórdios de uma controvérsia que atravessaria gerações, alcançando o SUS na forma de suas normas operacionais. Tecnicamente a questão que se interpunha – e ainda o faz – concernia à incerteza de como descentralizar as decisões políticas da saúde sem comprometer os princípios normativos de coordenação e integração de uma rede permanente de serviços. Politicamente, as décadas futuras se encarregariam de confirmar, um quase insolúvel problema de redistribuição de poderes.

Mascarenhas (1963) assinala o debate da época:

Há os que propugnam pela federalização da saúde pública, apontando a incapacidade financeira da maioria dos Estados e da quase totalidade dos governos municipais. Outros defendem a necessidade de reforçar a descentralização já existente, melhorando os serviços de saúde pública nos Estados. Ainda há os municipalistas, que desejam dar muito mais responsabilidades, em matéria de saúde, aos governos locais.

Este autor lhe provê o argumento técnico central: o sistema tributário vigente no país impedia qualquer possibilidade dos municípios gerirem os serviços locais. De maneira indubitável, e pouco afeita à lide da época, ampara suas argumentações em extensas análises financeiras (Mascarenhas, 1948, 1949; Mascarenhas, Ferreira, 1950)³³. Mesmo uma década depois manteria a opinião de que “Os governos municipais não estão, financeira, técnica e politicamente capacitados para a direção

³³ Em seu texto apresentado na 3ª CNS, Mário Magalhães afirma que “a incapacidade financeira dos municípios é um mito”, mas a fundamentação econômica que apresenta é demasiadamente simplista para suportar o argumento (Silveira, 2005:135; Brasil, 1992:187).

integral das unidades sanitárias locais”; mas não que desaprovasse a idéia, era apenas um diagnóstico. Para ele os serviços realmente deveriam caber à municipalidade, transferência obrigatoriamente condicionada a algumas condições mínimas alcançadas pelos municípios pleiteantes (Mascarenhas, 1963):

- rede de água e esgotos mantidas em condições satisfatórias;
- capacidade comprovada de direção nos serviços de higiene de habitação e alimentos, da assistência médico-social ao doente crônico; à gestante e à criança;
- condições de financiar pelo menos 50% do custo de manutenção dos órgãos;
- convênio com previsão da contribuição financeira do Estado e da União (seguido do acordo de supervisão técnica estadual).

Mas se os argumentos davam conta do problema financeiro e técnico, a questão política sobre o papel das esferas centrais regia-se por ditames diversos que transparecem sem rodeios nos discursos da época. A par do argumento financeiro, assegura que “[...] outros motivos desaconselham a entrega das unidades locais de saúde aos governos municipais [...]: a influencia nefasta da politicagem municipal em atividades técnicas dos governos locais” (Mascarenhas, 1963). Barros Barreto (1939) já considerava assim:

Contribuição [financeira] local não é, porém, sinônimo de serviço descentralizado [...]. Se o sistema da descentralização permite amoldar-se talvez melhormente o serviço às exigências locais, arregimentarem-se para sua execução, com maior facilidade, elementos mais conhecedores dos costumes e hábitos da população, obtendo-se, assim, possivelmente, boas vantagens com menores despesas, tem por outro lado os inconvenientes de mais se poder furtar a normas e preceitos básicos gerais, de escapar menos facilmente às exigências nefastas da política, de regra mais ativa, mais acesa e mais recalcitrante nos municípios.

O mesmo prolongado descompasso entre o discurso e as práticas no que tange à integração da medicina preventiva e curativa, se reproduzirá na descentralização. Muito antes do SUS apregoar o planejamento ascendente, o Prev-Saúde, marco institucional da reordenação do sistema de saúde, já o pressupunha: “A

regionalização dos serviços de saúde deve compreender a desconcentração de atividades e funções administrativas e a descentralização do processo de tomada de decisão” (Brasil, s.d.:17). Os anos passariam sem uma resolução que satisfizesse todas as partes para o problema da descentralização política versus administrativa/desconcentração, esta última quando desacompanhada do poder político decisório viria ser representar-se na idéia de “desconcentração” (Viana et al., 2002).

Sobre o municipalismo vale uma última consideração, sobre a qual aventei alguma analogia no final do capítulo sobre os anos 1920, considerando a ocorrência de um movimento espontâneo em favor dos CSs ocorridos em São Paulo na década de 1930, independente das orientações políticas. Foi o que de certa maneira se repetiu no final da década de 1970, quando por iniciativa própria se iniciou um movimento de base entre os secretários municipais de saúde no país. Este movimento promoveu reuniões regionais e nacionais principiadas em 1978 em Teresina, Campinas, seguido de Niterói etc., culminando com a construção coletiva de uma cultura de organização de serviços em que as prefeituras utilizavam recursos do tesouro municipal para instalação de postos e CSs nas periferias, sem depender das orientações políticas centrais³⁴.

SOCIALIZAÇÃO E UNIVERSALIDADE

“Cada hora tem sua verdade” e nossa verdade, no momento, é encarar o exercício da profissão médica sob duas formas: a liberal e a socializada

Durval Borges, 1951.

Sem a pretensão de aprofundar seu significado contextual, neste tópico procuro apenas fornecer alguns elementos iniciais que me afluíram no acompanhamento do debate dos CSs, e que porventura possam ter alguma utilidade para investigações específicas sobre o tema. Inopinadamente esta questão surge desde o início desta

³⁴ Até onde consegui revisar, esta passagem histórica me pareceu que ainda está por merecer um estudo mais concentrado. Revela-se principalmente em publicações históricas ligadas ao Conasems, em particular nas entrevistas do eminente professor Nelson Rodrigues dos Santos (2006, 2008b); Goulart (1996); Brasil (2007c).

revisão, assinalada pelo curso inalterável da socialização da medicina Brasil: “No seu conjunto, o terreno começava a ser desbravado, para enfrentar a inevitável socialização, para qual caminha a medicina” (Souza,Vieira,1936:33); discurso que se afinaria de maneira progressiva como direito social: “Todos têm direito à saúde e os doentes e desvalidos, têm direito à assistência. A socialização da medicina cada vez mais se afirma [...]”(Vieira,1945:4).

Antevendo a influência de Beveridge sobre a previdência brasileira, Durval Rosa Borges (1943, 1948)³⁵ foi quem de modo mais precoce e específico se ocupou em problematizar a alternativa liberal diante da “inevitável socialização da medicina”. Dotado de notável tino do porvir, conclama à medicina liberal assumir as rédeas dessa socialização premente no seguro previdenciário: “Só assim, não teremos surpresas, nem decepções, quando forem adotadas medidas, que atinjam a Medicina e os médicos. **Que estas sejam ditadas e orientadas pela própria classe**” (Borges, 1943:10; grifo original). Mantinha-se a preocupação essencial:

Poderá a carreira médica profissional vencer este novo desequilíbrio e conservar a sua feição liberal? Ou os médicos-funcionários, pela enorme massa de povo que atenderão, roubarão a clínica privada? A Medicina Liberal subsistirá, ou será substituída pela medicina de Estado, completamente socializada? Estes quesitos, atingem agora, justamente nestes anos em que a nossa previdência Social terá que se unificar e tomar rumos definitivos [...] (Borges, 1943:77)

Não que antipatizasse com o andar da carruagem, pelo contrário: “Na verdade, não podemos e ninguém poderá negar, que a socialização da Medicina, é a única solução idônea para atender aos reclamos, inconscientes alguns, da nossa gente” (Borges, 1943:126). O que se punha em questão era a circunstância em que se daria a participação médica, ou seja, os valores envolvidos. O ideal é que o assalariamento dos médicos-funcionários ficasse concentrado nos sanitaristas em funções de

³⁵ Durval Borges foi mais uma daquelas interessantes figuras que se perderam no tempo. Médico com extensiva formação cultural, além das obras citadas, escreveu livros que retratavam seu espírito aventureiro: “Amanhã Pode Chover”; “9 histórias fantásticas e 1 verdadeira”; “O voo da paz”; e “Rio Araguaia - Corpo e Alma”, estudo antropológico com prefácio de Gilberto Freyre. Membro da Sociedade Geográfica Brasileira, foi o primeiro brasileiro a pisar no continente gelado em 1958, descrito em seu “Um brasileiro na Antártica”.

controle, avaliação e prevenção social, pois assim “[...] a clínica privada ficaria livre e a filosofia liberal, salva”. Em suma: “Medicina Preventiva para o Estado, e Medicina Liberal para o artesão médico” (Borges, 1943:79, 84).

A atmosfera da inevitabilidade daquele fantasma se manifesta no comentário de Mascarenhas ao enfatizar que a problemática social envolvida no debate norte-americano do *medical care* equivaleria entre nós “a tão discutida, a tão temida ‘socialização da medicina’” (Mascarenhas, 1949:16). Não passariam dois anos para que ao assunto se reservasse um dos cinco temas do III Congresso da Associação Paulista de Medicina. Estavam lá dignos representantes do pensamento médico paulistano, entre outros, Humberto Pascale, Samuel Pessoa e Durval Borges.

Em um mundo polarizado, restava equacionar de que forma essa solidariedade e “dever” médico se harmonizaria com a doutrina maior do estado, discussão em que pairava invariável a sombra do exemplo soviético. Quanto ao direito de todos à assistência médica já não se perdia tempo de discussão, e neste ponto, ao apertarmos os olhos, ali veremos um darwinismo social sub-reptício um tanto complacente com a “evolução” da sociedade, mas outro tanto resignado: “A socialização da medicina em nosso meio é uma realidade. Atingiu capital e interior. Não adianta desejá-la ou não. Cumpre aceitá-la e batalhar para que se torne justa e útil” (Benevides, 1951:481).

Este debate ajuda a compreender a alternativa histórica da universalidade assistencial brasileira através das políticas previdenciárias. A idéia geral que se repete nas 130 páginas dedicadas ao assunto nesses anais era a de que não se poderia haver uma universalização completa da medicina em um país que não se orientasse pela doutrina socialista, representada pela imagem da socialização “unilateral” da medicina. Portanto havia dois universos a se considerar:

[...] a) o da socialização total, onde ao lado da medicina, seriam socializados todos os meios de produção e de atividade humana; b) o da socialização parcial, no qual a medicina seria socializada, apesar do regime vigente no país, com o objetivo de estender a toda comunidade os benefícios da assistência médica mantida pelo estado” (Silveira, 1951:485).

Enquanto a sociedade brasileira mantivesse seu alinhamento ao capitalismo, a segunda opção era naturalmente a única aceitável, e o seguro social previdenciário tido como o melhor caminho para a medicina assistencial. Mas, como sabemos bem, isto significaria uma insuperável intermediação histórica pelo significado de “público”, que, neste caso, não se poderia confundir com estatal, ou como se colocava à época, como “nacionalização dos serviços” – e como tal implicava em condições associadas:

Socialização é um processo mais amplo, em que os serviços pertencem à coletividade e a ela são prestados sem pagamento, o Estado não o explorando em seu benefício, nem em benefício de outrem. [...] ou seja, a chegada até o povo de assistência médica, como um serviço público. [...] um serviço público, oferecido a todos independentemente de suas posses, não sendo o médico pago diretamente pelo cliente, mas pelo Estado ou instituições assistenciais. A livre escolha do médico geralmente desaparece, embora existam importantes exceções, como na Inglaterra, onde a escolha pode ser feita, até certo limite (Borges, 1951:448).

Samuel Pessoa, notório comunista, não deixava de ver coerência com tal pressuposto de que a total “[...] transformação do médico artesão em funcionário” do Estado ou de empresas não era o caminho imediato, seja pela impossibilidade operacional, seja por que o assalariamento contribuiria apenas para “[...] aumentar a classe dos explorados”:

Desde que a Medicina, bem como toda a sociedade, marcha incontestavelmente para um regime socialista, o médico deve lutar para que a socialização de sua classe só se processe no conjunto da socialização de todos os meios de produção e de distribuição (sociedade socializada) e não como fato isolado numa sociedade capitalista (Pessoa, 1951:517)³⁶.

Convicto do andar nacional rumo ao socialismo, via algumas prioridades no campo da saúde para a consecução do desenvolvimento econômico-social. Em primeiro

³⁶ Em Pessoa (1960) encontra-se uma reprodução deste texto, mas que foi suprimido na versão do CEBES/Hucitec (Pessoa, 1978).

lugar, uma impreterível reforma agrária. Em segundo lugar, “[...] organizar os Postos de Higiene e Centros de Saúde de modo a torná-los de fato eficientes, eixo que serão, no futuro, da assistência médico-sanitária socializada (Pessoa, 1951:519).

O caminho percorrido pela “socialização” através das políticas previdenciárias está sobejamente descrito³⁷ e é em grande parte contemporâneo a vários sanitaristas ainda na ativa. Entre seus marcos discursivos dos anos 1970 estão os Programas de Extensão de Cobertura – PEC (VI CNS) e o infortunado “Prev-Saúde” (VII CNS)³⁸. A “universalização do atendimento”, ainda que garantida apenas aos serviços básicos, embutia-se de modo indelével como elemento apriorístico do discurso da saúde pública (que de igual modo não mais deixaria de se impregnar pelo conceito de cidadania).

No frigidir dos ovos, Rodolfo Mascarenhas, denunciando a ingrata condição humana de que mesmo os vanguardistas um dia envelhecem, em tempos de universalidade, respondia ao seu próprio questionamento, claramente fora de moda: “A socialização dos serviços médicos é inevitável? Podemos afirmar que sim, principalmente nos países em desenvolvimento, onde a grande maioria da população sobrevive com salários anelásticos muito baixos” (Mascarenhas, 1976:114).

³⁷ Ver Cohn (1981); Possas (1980) entre outros.

³⁸ A abertura da conferência contou com a participação de ninguém menos do que Halfdan T. Mahler, o grande ícone de Alma-Ata: “Discurso do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde” (Brasil, 1980)

Capítulo 9

Os anos 1970 e o pensamento sanitário em transição: sistemas, atenção primária, saúde coletiva e Sérgio Arouca

A crise consiste precisamente no fato de que o velho está morrendo e o novo ainda não pode nascer. Nesse interregno, uma grande variedade de sintomas mórbidos aparecem.

Antonio Gramsci

Chegando à década de 1970, o pensamento clássico não teve como prosseguir sua acumulação¹, pelo menos não como linhagem. Na realidade, dificilmente se poderia sustentar a ocorrência de uma ruptura técnica setorial – ou “científica” – externa aos círculos clássicos e suficientemente importante para que se configurasse como ruptura paradigmática ou especiação disciplinar, e isto é particularmente verdadeiro em relação aos serviços básicos/CSs.

É bem verdade que rupturas paradigmáticas originárias em outros campos do saber desembarcam na saúde pública naquele momento. Na principal delas, o discurso foi solapado pela cibernética e sistêmica. De súbito a organização dos serviços passou a ser vista na ótica dos “sistemas” (de saúde), com seus subsistemas “abertos” e “fechados” como entes autônomos que deveriam se integrar através um grande mecanismo dominado por entradas/*inputs*, variáveis, estruturas de processamento e saídas/*outputs*. O fluxograma soçobrou os textos de planejamento e a regulação e controle passaram a depender dos “fluxos”: de pacientes, de informações, comunicações inter e intra-institucionais etc. (Chaves, 1972; Tinoco, 1972)². Como

¹ No sentido empregado por Thomas Khun em sua reorientação de paradigma para especiação científica (Khun, 2006).

² A palavra “sistema” pode ser vista em textos antigos como Vieira (1935) ou Barreto (1937), mas claramente sem a conotação contemporânea da sistêmica/cibernética. O texto acadêmico com críticas

ocorre de tempos em tempos, catalisados por novas tecnologias ou mesmo por mero sentido de modernidade, termos novos afloram enquanto que outros são aposentados. Esta fase enterra para sempre o “serviço sanitário” e a “socialização da saúde”. Equidade, integralidade, universalidade e atenção básica/primária são alguns dos novos conceitos que se consolidam no senso comum da área. O grito do Ipiranga sanitário há algum tempo deixara de reverberar (talvez por que o Brasil já não fosse aquele “vasto hospital”). A integralidade encobre de vez a integração.

Mas, passado o choque inicial e naturalizado os novos termos, os “sistemas” não chegaram a quebrar os alicerces do pensamento clássico, inclusive já afeitos à idéia de “programação” há tempo difundida pela OPAS. A nova corrente radical que se iniciava acusaria mais desconforto com a sistêmica, suspeita de reavivar o antigo fantasma da funcionalidade social. Por conseguinte, pode se dizer que a dinastia clássica é interrompida principalmente porque não mais encontrou pensadores importantes que se apossassem de seu espólio e lhe cultivasse a memória; seu ocaso se deve em parte à ausência da sensação de pertencimento (o que nos remete à percepção de Renato Janine sobre uma característica social descrita como “nossa difícil relação com o passado”; nossa dificuldade em reconhecer raízes, de estabelecer a continuidade, enfim, de nosso “eterno recomeço” histórico)³.

Sem ter quem assumisse a acumulação do discurso clássico dos CSs, criou-se um vácuo histórico essencial para outro “recomeço”. E com isto a percepção de que naqueles anos brotava uma história quase que completamente nova na saúde pública (no sentido em que a literatura mediana atual tem seu ponto de fuga mais longínquo na 8ª CNS, quando muito retroagndo aos anos 70, quase sempre para citar Alma-Ata). Mas, este “vácuo” teria sido muito improvável se realmente não tivesse ocorrido rupturas incisivas, como de fato se deu em duas grandes direções.

ao “Plano Nacional de Saúde” de 1968 faz um uso tímido e pouco contextualizado da expressão, mas sem que se possa afirmar que já denota a transição do “serviço” para “sistema” (Apreciação, 1968). Descrevendo a “rede pública de assistência médico-sanitária” na reforma Leser de 1968, Yunes e Bromberg (1975) não a vêem na ótica do sistema.

³ Ilustra, entre outros, com o interessante exemplo de nossos vizinhos argentinos, onde seus peronistas ferrenhos contrastam com a ausência absoluta de qualquer movimento varguista entre nós (Ribeiro, 2000:97).

A mais original delas, o amadurecimento das idéias de esquerda⁴ no campo da saúde. Mais compelida, a ressignificação do discurso sobre os serviços básicos no ideário da atenção primária à saúde (APS) de Alma-Ata. Não querendo negar-lhe a originalidade de sua “Declaração”, o que não teria sentido ante a singularidade do evento, seja no tema, em sua dimensão planetária, no instante histórico, ou mesmo no exotismo do anfitrião. O que quero dizer é que ambas as rupturas foram disparadas pela intencionalidade política, e não precipuamente pela dimensão técnica. E que esta intencionalidade política estava imbuída do desejo de se apresentar como originalidade técnica/científica, ao mesmo tempo em que ativa ou passivamente negava o passado. No caso da APS, em nenhum momento, pré ou pós-conferência, foi possível discernir em que ela diferia efetivamente da antiga idéia de “serviços básicos” (Litsios, 2002; Mello et al., 2009). Retomando uma discussão inicial, no fiel da balança os novos termos surgem muito mais “puxados” por um *télos* político, do que “impelidos” pelo esgotamento do léxico científico clássico.

De qualquer forma, desde que o pensamento roquefeleriano roubou a cena não se vislumbravam correntes de pensamento tão francamente antagônicas na saúde pública brasileira⁵. Mas deve ser pesado que a aparência deste antagonismo ganhou um tanto em magnitude pelo simples fato delas operaram em dimensões distintas. Enquanto a APS caminhou na dimensão setorial e focada nos serviços, o pensamento de esquerda esteve cada vez mais ocupado com elaborações teóricas (produção e difusão de material ideológico) e com a dimensão do papel da saúde na marcha para o socialismo, como diria Samuel Pessoa. Quando se inverte os focos prioritários de cada corrente a diferença entre elas diminui, isto é, a organização dos serviços básicos para o discurso de esquerda e a dimensão social para a APS.

O fato de se proporem ao novo, da aura socialista de Alma-Ata e, é claro, lidarem com o mesmo campo conceitual, fez com que os discursos se aproximassem em vários pontos. Dois traços intelectuais contribuíram sobremaneira nessa costura.

⁴ Não faz mal reafirmar que de forma nenhuma advogo aqui maniqueísmos políticos; apenas observo uma expressão que empresta mais clareza ao texto, no sentido apresentado por Bobbio (2001).

⁵ Houve antagonismos antes dos anos 1970, como se deu com o SESP. Mas neste caso, esteve mais ligado à rejeição de sua autonomia política do que propriamente aos seus conceitos. Com relação às campanhas, o contexto era mais de oposição ao enfoque, às prioridades, do que de disputa em si.

Primeiro, a matriz clássica comum camuflada pela sensação de que negar o passado era o suficiente para garantir uma ruptura essencial⁶. Segundo, pelo fatídico conceito de cidadania e seus pressupostos liberais.

Neste capítulo discorro sobre convergências e divergências no pensamento da saúde pública nos anos 1970. Conforme se depreende acima, a confluência é mais inicial e no terreno das práticas, ao passo que a reafirmação das diferenças se estabelece no decorrer dos anos. Por sua maior originalidade, neste capítulo e na primeira parte do próximo me concentro no discurso esquerdista que amadurece em direção ao que proponho inicialmente como a definição de um pensamento radical dos anos 1980. Pelo exposto, naturalmente o texto perderá o foco nos CSs, retornando na recuperação do pensamento clássico, mesmo que despercebida em grande parte, através do pensamento comunitário, que fecha este estudo.

RADICALIZANDO O DISCURSO NA PRÁTICA

O hiato democrático que antecedeu o golpe de 1964 proporcionou uma movimentação radical de base nos ambientes universitários, encontrando na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP um ambiente propício para se afirmar a partir da década de 1950. Este pensamento se articulava em torno da rejeição de um projeto universitário nascido com o objetivo precípua da reciclagem intelectual das elites paulistas (Fernandes, 1984).

Reunida como um conglomerado de faculdades autônomas e isoladas, sem um projeto de integração consistente e sem referencial comum de transformação social, reproduzia-se na USP todos os vícios comuns à sociedade, tendo por referência a dinâmica política de sua Congregação. Neste ambiente se precipitou uma consciência radical reformista e revolucionária que fermentada pela participação de jovens estudantes adentrou a década de 1960 de peito aberto ao enfrentamento. A violência da reação que se seguiu no regime militar é conhecida: desmobilização, medo, opressão, abatimento moral e perseguição em todos os níveis. A Faculdade de

⁶ Entre elas a opção de oficializar a expressão “Atenção Básica” para a política de saúde nacional em detrimento à “Atenção Primária”.

Medicina viria a se notabilizar negativamente com o episódio em que sua Congregação “[...] exigiu do Governador Ademar de Barros a punição e exclusão de seus professores arrolados naquela lista” (Fernandes, 1984:50).

Como objeto específico da saúde a movimentação universitária de esquerda definiria-se principalmente na década de 1970. Os primeiros anos se caracterizaram pela assimilação das ciências sociais ao pensamento em saúde, acentuando-se a rejeição da “[...] idéia de equilíbrio universal da dominante corrente do funcionalismo, a neutralidade da ciência do positivismo e assumindo a sociedade como composta por classes em conflito e luta” (Escorel, 1999). Esse discurso nasce portanto com um caráter de denúncia e mobilização impulsionado pelos movimentos revolucionários latino-americanos e pelo calor do antagonismo, resistência e luta contra o regime militar de direita. Ligada aos partidos comunistas, principalmente ao “partidão”, derrubar a ditadura se tornou o objetivo precípua de sua militância, condição obrigatória para abrir espaço à inculcação de novos ideais de saúde e reformulação do sistema (Sérgio, 2002).

A história desta movimentação, suas origens e idéias ainda carece ser esmiuçada, mas, alguns bons trabalhos com foco específico diverso nos fornecem fragmentos que funcionam como indícios realistas destes micro-poderes que foram se estabelecendo até ganharem um corpo discursivo coeso e original. Entre eles vale a descrição apresentada por Santos sobre a situação em Minas Gerais (1995: 35 e 39)

“Eu acho que, em muitos lugares se tinha essas idéias, mesmo quando eu era estudante, em 1963, na época das lutas pela Reforma Universitária, tinha gente da JUC, da POLOP, do Partidão, todos com o objetivo de transformar o ensino médico, de voltá-lo para a realidade” (entrevista com José T. Ferreira)

“O internato rural era basicamente composto de militantes de partidos como o PT, PC do B, MR-8, PCB, e setores do MDB. Nós estávamos mais interessados em trabalhar o movimento de base, em formar sindicatos, em mobilizar o povo” (entrevista com Apolo H. Lisboa)

Esse período coincide com a criação dos departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS) nas universidades paulistas, iniciado em Ribeirão Preto, depois na Escola Paulista (1960), Unicamp (1964), Santa Casa (1965) e USP (1967-8); quando a Reforma Universitária de 1968 institui um currículo mínimo que prevê a criação destes departamentos e disciplinas nos cursos (Paim, 1986)⁷, ainda como desdobramento dos seminários promovidos pela OPAS em meados da década de 1950⁸.

Nos anos 1970 o discurso preventivista formatado na medicina integral começa a se orientar para a questão estrutural do processo saúde-doença. Inicialmente propondo-se a integrar as “condutas preventivistas” ao ensino médico para que não ficassem circunscritas como prerrogativas de uma área; justamente o inverso, fazendo perceber a “[...] responsabilidade de cada um dos departamentos clínicos, sem o que dificilmente se alcança o objetivo central do ensino médico que é a formação de um profissional capaz de aplicá-las”, acentuando ainda de maneira acanhada a primazia do “modelo de medicina social” sobre o de “medicina preventiva” (Silva, 1973).

Geograficamente, pode-se dizer o sujeito coletivo responsável pelo primado do discurso acadêmico-político da saúde pública paulistana atravessava a Rua Teodoro Sampaio, saindo da Faculdade de Saúde Pública para se instalar no segundo andar da Faculdade de Medicina, isto é, no DMPS.

Um médico argentino se interpôs como uma referência intelectual basilar neste processo: Juan César García, um dos mais importantes intelectuais do pensamento radical na saúde latino-americana. Pioneiro, estudou com profundidade temas relativos à educação médica, medicina social, medicina comunitária e o papel social da prática clínica no continente. Sob enfoque estruturalista buscou divisar estratégias de estruturação de políticas de hegemonia ideológica no campo da saúde pública e educação médica latino-americana, que para ele amoldava-se furtivamente em conformidade com a transição dos discursos, na extensão universitária e inclusão da

⁷ Esta obra reúne textos originalmente publicados em outros periódicos ou proferidos como palestras, vários relacionados ao surgimento da medicina preventiva no país. Ver, por exemplo, o capítulo 2: “Medicina Preventiva e Social no Brasil”.

⁸ Abordados anteriormente em Rodolfo Mascarenhas. Para uma crítica radical, ver Arouca (2003).

assistência médica individual diferenciada por classes. Conclui sobre a desigualdade entre as forças: “[...] os intelectuais da América Latina lutam, geralmente, em campos de batalha fixados pelos grupos dominantes e, por conseguinte, em posição de desvantagem” (García, 1989)⁹.

Essa consciência fez com que aproveitasse ao máximo sua posição como funcionário da OPAS para pesquisar, instigar e difundir a análise das determinações sociais no campo da saúde, inspirado no correr do tempo pelo referencial de Gramsci, que lhe parecia “tão refrescante e livre quando se comparado aos althusserianos” (Nunes, 1989:15). A troca intelectual com sua rede de relações era intensa e a divulgação e intercâmbio de saberes se concretizavam por meios que iam desde correspondências pessoais e textos, à organização de reuniões e seminários. Entre estes, os dois realizados em Cuenca (Equador) nos anos de 1972 e 1983 “[...] se destacaram pelas repercussões que tiveram no campo das ciências sociais em saúde” (Nunes, 1989:13). O primeiro figura como um dos grandes marcos difusores do radicalismo continental: “[...] quando emerge com força o paradigma marxista de análise, especialmente na vertente trazida por Althusser. [...] não se esquecendo, também, da importância que passaria a ter a corrente estruturalista, via Foucault e Levi-Strauss” (Nunes, 1994). Organizava-se uma escola de pensamento radical pan-americano. Um pormenor brasileiro dessa influência é narrado por Regina Célia Santos (1995:38), que nos apresenta a seguinte passagem:

O Juan César Garcia tinha aqui no Brasil, na verdade, quatro ou cinco “filhos”,... que foram as pessoas que fizeram Medicina Social no Brasil. Essas pessoas quem foram? Sérgio Arouca, um rapaz jovem de Campinas, a Cecília Donnangelo, o Hésio Cordeiro e o Domingos Gandra. Ele identificou também, no México, a Cristina Laurell, e no equador, o Edmundo Gandra e o Jaime Breilh. Ele teve essa percepção e articulou organicamente um projeto de Medicina Social, sendo que as estruturas reprodutoras desse projeto são basicamente, o mestrado da UERJ, que teve uma importância fundamental na formação da maioria dos quadros da Reforma Sanitária Brasileira [...] (entrevista com Francisco Eduardo de Campos, em 29/06/93)

⁹ Ver o capítulo 9: “A articulação da medicina e da educação na estrutura social”.

Garcia acabou se comportando como o próprio nó central de uma rede radical na saúde pública latino-americana, coligindo, processando e promovendo, através da organização de congressos, encontros e produção técnica, a difusão de novos referenciais entre os pontos periféricos (subestações representadas por Arouca, Asa Laurell etc.). Como disse Everardo Nunes em entrevista a Sarah Escorel (1999:111):

[havia um] ‘animador’ cultural desse projeto: Garcia. Como estava em Washington, tinha acesso à toda produção teórica. Talvez, por este motivo, o movimento sanitarista dos anos 70 tenha sido um dos poucos movimentos de idéias deste País que tem um *aggiornamento* com o que está se processando nos centros tradicionais da reflexão. Foi um dos poucos em que não houve uma grande defasagem entre a produção pela vanguarda e a incorporação pela periferia porque tinha o Garcia como mediador de *aggiornamento* do conhecimento.

Em 1972, nessa atmosfera discursiva ainda em maturação, iniciavam-se os preparativos para a mais ambiciosa aposta na materialização de um serviço de saúde regional e socializado com base no ideal da saúde comunitária, o Projeto Montes Claros. Outros projetos menores na mesma linha da medicina simplificada se organizavam em Nova Iguaçu - RJ, Londrina - PR, Paulínea - SP, Vitória de Santo Antão - PE e Vale do Ribeira-SP (Santos, 1995). A expectativa era que a participação popular setorial, mas como ponta-de-lança para uma transformação socialista ampla; projetos ao quais Arouca aludiria por “prática empírica experimental” (Arouca, 2003). Partia-se sem medo de uma posição claramente reformista, haja vista a necessidade de articulações e financiamento que só poderiam provir de parceiros conflitantes como as fundações Kellogs, Ford, Rockefeller, USAID e, Banco Mundial, integrados sob a regência da OPAS e SUDENE.

Segundo sua principal liderança local, o vultoso influxo financeiro era “[...] suficiente para se construir ou reformar e equipar mais ou menos 55 Centros e 190 Postos de Saúde” em dezenas de municípios, além de formação profissional e manutenção das equipes, não poderia servir ao desmerecimento da capacidade da equipe e das propostas e soluções nascidas do projeto, pelo contrário, deveria atestar sua competência gerencial e de planejamento (Machado, 1995). Estava tudo ali: entre

tantos, planejamento local e estratégico; descentralização regionalização; hierarquização; horizontalidade; programação em saúde; integração docente-assistencial, sistema de informações; treinamento em serviço; extensão de cobertura; valorização de saberes; e, fundamentalmente, a participação comunitária.

Mas, os relatos reunidos por Sônia Fleury Teixeira (1995) mostram que o sonho que durou de 1975 a 1979 acabou vitimado por incoerências, especialmente externas em função de um jogo intransponível de articulações que se viam reféns de políticas clientelistas, resistências ideológicas, vícios corporativos, interesses privados e enfim na capacidade organizativa, mas não sem ter experimentado novidades e ousadas no gerenciamento participativo, visão clínica e instrumentos técnicos utilizados. Apesar do esforço, não conseguiu se tornar modelo de gestão municipalizada, impactar fortemente nos indicadores de saúde locais ou gerar a mobilização social que esperava. Francisco Machado, o “Chicão”, quadro do PCB, sairia de Montes Claros em 1977 para a organização do PIASS, num enredo bem conhecido: Prev-Saúde, AIS, SUDS e SUS (Cordeiro, 2005; Paim, 2008).

Se a radicalidade na área da saúde já era uma realidade contundente e manifesta à época de Montes Claros, ainda carecia de uma identidade coletiva setorial, uma matriz discursiva comum:

A proposta de democracia com a qual se trabalhava nos anos 70 tinha um forte conteúdo anárquico e contra-cultural, na medida em que se rebelava contra todo processo de normalização e institucionalização do poder [...]. O mecanismo que permitiria esta passagem seria a participação popular, mística do desvendamento das estruturas da dominação e da criação de uma nova lógica de ordenação das relações de poder, marca que pode ser encontrada em situação tão paradigmática como foi o Projeto Montes Claros (Fleury, 1997:27).

Vários outros movimentos, de certo modo com alguma interligação, contribuíram para identidade e capacidade organizativa de um discurso radical que se pôs em deslocamento como reforma sanitária. A trajetória do Movimento Popular em Saúde (Mops) e do Movimento de Renovação Médica (Reme) estão descritas em

Gerschman (2004). Uma base setorial importante também foi desencadeada por estudantes nas Semanas de Estudo sobre Saúde Comunitária (Sesac) iniciadas na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1974, como contraponto à baixa politização dos habituais encontros estudantis (Escorel, 1999).

O tempo convergia o discurso radical para as idéias de Arouca e muito especificamente para as categorias analíticas de Gramsci: “Progressivamente, o movimento sanitário foi abandonado as referências a Illich e Foucault em busca de uma perspectiva mais orgânica, na qual o conflito, ainda que reconhecido, dá, no entanto, origem à negociação e a busca da governança” (Teixeira, 1995:254-5)¹⁰. Aquele pensamento esquerdista principiante e difuso é admiravelmente enunciado por Dêlcio da Fonseca Sobrinho (1995:240):

[sobre auxiliares comunitários de saúde] Habilidades técnicas em cuidados de saúde? Sim, mas em segundo lugar. Ouvi aquilo como se a revolução socialista se anunciasse a mim, nos interstícios de uma instituição governamental. Naquele momento buscava um caminho que me permitisse viver, na prática, convicções nascidas no terreno da Teologia da Libertação. Pois vinha daí o leite que mamava.: Padre João Batista Libânio, Frei Beto, Frei Leonardo Boff, Dom Pedro Casaldáliga, Gustavo Gutierrez. Tudo isto misturado com Che Guevara, José Carlos Mariategui, Marx, Lênin e Gregório Bezerra. E também uma forte dose de Ivan Illich e Paulo Freire.

RAÍZES DE UM PENSAMENTO RADICAL

Na medida em que a radicalidade ia se definindo como forma discursiva, é natural que se empenhasse em recuperar suas raízes mais remotas. No plano discursivo Sergio Arouca se encarregou da arqueologia da medicina preventiva em “O Dilema Preventivista”, uma daquelas teses invejáveis¹¹ que se mantêm atuais através das

¹⁰ Pouco presente nas referências que utilizei, acabei encontrando esta preciosa coletânea em um de meus inúmeros passeios pelas estantes da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP. Apesar da qualidade dos relatos, penso que é importante notar que o referencial gramscista que baliza boa parte da leitura política que os próprios partícipes realizam duas décadas depois, não era usado naquele momento.

¹¹ Comentário da professora Donnangelo na banca da tese de Arouca, segundo relato do professor Everardo Duarte Nunes em “Por uma arqueologia da medicina preventiva” (in Arouca, 2003).

gerações; obra que também se tornou em marco epistemológico do pensamento radical na saúde pública brasileira.

Mas os anos 1970 não se chegaram a constituir uma historiografia significativa neste campo. O momento foi muito mais de desconstruir o passado e buscar novos instrumentais teóricos, entre os quais se destacam o materialismo histórico e dialético e as categorias analíticas de Gramsci, que permeariam boa parte da produção bibliográfica radical na década seguinte.

Entre os novos referenciais teóricos, a idéia de reconformação de bloco histórico ideológico seria aquela com maior implicação sobre o passado¹²; ao reforçar uma estrutura discursiva então já amparada em um processo de referenciação seletiva¹³. Não raro os relatos históricos derivados se puseram como literatura militante, no que se poderia considerar como “enclausurar a pesquisa científica em compartimentos estanques habitados por especialistas que tomam seus objetos de estudo como auto-referentes e perdem de vista sua conexão com o resto” (Brandão, 2007:160). Para Castro-Santos (2006), nesta direção, se perde profundidade ao se adotar “[...] não raro uma postura quase servil, de adesão sectária em relação a esta ou aquela dentre as correntes teóricas utilizadas pelas ciências humanas”, corroborando opinião manifestada dez anos antes: “Mas incluem-se, sobretudo, estudos que tomam a medicina e a saúde como epifenômenos de relações de produção, e textos que interpretam as assistências médica, sanitária e social como estratégias estatais de ‘colonização’ e medicalização dos corpos” (Castro Santos, 1997).

Mas, deve-se dizer, naquela época o patrulhamento da ditadura pespegou como que uma “dialética da sobrevivência” na produção acadêmica, cada vez mais representada pela assepsia dos números e tabelas, e cada vez menos crítica e opinativa, numa nítida estratégia de se evitar exposições políticas pessoais:

¹² Gramsci vê uma identificação orgânica entre ideologia, história e filosofia. Concepção mais elaborada de mundo, a filosofia é vista como o nível mais alto da ideologia e, por ser determinante na percepção da realidade de uma época, não poderia ser distinguida da própria história daquele período (Portelli, 1977).

¹³ Algumas citações obrigatórias passaram a representar verdadeiros incômodos.: “Parte do primeiro problema pode ser equacionada com base na análise de Marshall sobre o desenvolvimento dos direitos de cidadania, sem que o recurso à tipologia por ele elaborada represente um compromisso com suas concepções teóricas e metodológicas.” (Donnangelo, 1975:4)

Enquanto os relatórios e as atas da Congregação e do Conselho Técnico-Administrativo tornam-se cada vez mais ‘lacônicos’ até transformarem-se em meras listas de cursos e atividades realizados, os artigos em sua maioria, substituem as análises por relatos, enquetes e uma sucessão de quadros e tabelas com dados quantitativos, com abordagens extremamente tecnicistas e com ênfase em temas como demografia, estatísticas de mortalidade e informatização da saúde pública, entre outros” (Vasconcelos: 1995:88).

Com o tempo, este desconforto levou ao estabelecimento de algum grau de oposição entre os grupos de estudos de acordo com o método utilizado, algo que pode ser visualizado melhor na caricatura de qualitativo como progressista e quantitativo como reacionário. Desta quimera, numérico por ofício, o campo disciplinar da epidemiologia não passaria ileso, chegando ao ponto de Paim (2008:168) citar o “[...] ‘epistemicídio’ (Breilh, 2002)¹⁴ sofrido pela *epidemiologia crítica* no Brasil”¹⁵.

Ainda como influência na leitura histórica radical, Marcos Antônio Coimbra chama à atenção para o fato de que Marx embora pensasse no “atacado” não desprezava o papel das políticas sociais em forçar alguma melhoria nas condições sociais no interior do capitalismo¹⁶; ao contrário da versão marxista que teria prevalecido entre nós na década de 1970:

[...] o que surgia era a imagem de uma burguesia infinitamente ardilosa, capaz de desconfiar com espantosa exatidão toda a utilidade que para ela estava presente nas políticas sociais. Resolvia-se sobre a mágica do argumento da funcionalidade todo o problema da política social: na sociedade capitalista, esta política existia porque servia aos interesses econômicos e/ou políticos do capital (Coimbra, 1989:91).

¹⁴ Refere-se a “Breilh J. *Epidemiologia nueva: Construcción de Outro Paradigma e de la Ciência*. Salvador, 2002. 226p. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.”

¹⁵ Numa observação ligeira, é possível que este fato tenha exercido algum papel na supremacia do método qualitativo que se observa nos estudos da saúde pública brasileira.

¹⁶ “[...] não apenas isso era possível, como era também possível que o estado burguês legislasse a favor dos trabalhadores e contra os capitalistas [...]”; ainda que “problemática”, pois não é espontânea, e “limitada” na conquistas e no espaço abrangido (Coimbra, 1989:88).

Associado a este universo ideológico, um genuíno sentimento de violenta rejeição a toda uma cultura política e social que se vivia no regime militar do qual o ambiente acadêmico não se eximia (lembrando que Rodolfo Mascarenhas exerceu a diretoria da Faculdade de Saúde Pública da USP entre 1966 a 1972, época de graves conflitos políticos internos). O momento era também de radicalidade internacional, cuja repulsa à expropriação industrial da saúde denunciada por Illich se tornou o grande símbolo. Revisando o movimento sanitário na segunda metade daquela década, não seria outra a impressão de Escorel (1999:27, nota 8):

A crítica foi extremamente radical. Nada servia; tudo era instrumento de dominação da burguesia.[...] Fechada em ‘guetos pensantes’, a crítica ao modelo anterior chegava a extremos: tudo foi jogado no lixo. Posteriormente, a partir da necessidade de intervenção nas práticas assistenciais e institucionais, uma parte de sua base instrumental seria recuperada [...]

No que tem maior interesse aqui, todo este universo cultural definiu o último suspiro da memória do pensamento clássico, especialmente em sua fase da educação sanitária (então Barros Barreto já pertencia à pré-história)¹⁷. Certamente com largo componente de histórica oral, pouco a pouco foram se fixando identificações em torno de novas figuras que de uma forma ou de outra representavam resistências ao discurso prevalente nas décadas predecessoras: “Ainda que heterogêneo internamente, esse ‘novo sanitarismo’ integrava a corrente nacional-desenvolvimentista e se expressaria com mais vigor no processo de radicalização política que marcou o início da década de 1960” (Lima et al., 2005:49). Como estes mesmos autores salientam, rotineiramente são três os nomes associados às origens de um discurso de oposição na saúde pública: os médicos Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Mello e Mário Magalhães. Os dois primeiros teriam livros editados pela CEBES/Hucitec¹⁸.

¹⁷ Na verdade, entre todos os sanitaristas, apenas a memória Oswaldo Cruz se provaria imune ao tempo e às versões históricas. Chagas é mais lembrado pelo êxito científico do que como sanitarista.

¹⁸ A reedição do livro “Ensaio médico-sociais” pelo CEBES-Hucitec é ampliada com depoimentos e bibliografia completa de Samuel Pessoa, o que lhe tomou espaço de alguns capítulos. Entre os preteridos estão justamente os capítulos “IX: “Educação Sanitária” e “XIV: Medicina Rural e

Nos anos 1990 assim seria contada esta história:

[...] é interessante constatar que, durante todo este período, que compreende mais de trinta anos, não se registra o aparecimento de grupos significativos de intelectuais, que, pensando a saúde pública de forma crítica, criativa e inovadora, ao mesmo tempo tivessem a responsabilidade de direção dos organismos deste setor e fossem capazes de difundir, para o conjunto de técnicos ou até para amplos setores da sociedade civil, uma determinada “ideologia sanitária”. Não... Este é o tempo de medíocres repetidores de fórmulas gastas, é o tempo de homens médios, que tratavam de adaptar-se às limitações impostas pelas circunstâncias. [...] destacam-se, deste pântano teórico, Samuel Pessoa e Mário Magalhães da Silveira” (Campos, 1994:46-7)

CARLOS GENTILE DE MELLO E MÁRIO MAGALHÃES DA SILVEIRA

Este tópico serve essencialmente como distinção à singularidade destes sanitaristas no pensamento da saúde pública nacional, mas de forma breve porquanto não se ocuparam de forma sistemática com a organização dos serviços de saúde e CSs.

Gentile de Mello (1920-1982), junto com Mario Magalhães, era tido por comunista pelo regime militar, o que lhe valeu algumas dificuldades na carreira, mas nada que o impedisse de cumprir seus desígnios¹⁹. Foi autor de uma vasta bibliografia, com mais de uma centena de artigos em periódicos especializados e outras centenas em publicações abertas, particularmente em coluna assinada no jornal “Folha de São Paulo”. Seus textos analisavam a estrutura e conjuntura da saúde no país, na qual tecia críticas e resenhava estudos sobre as dificuldades, equívocos e mazelas enfrentadas nas mais diversas áreas relacionadas à saúde pública, entre os quais as políticas previdenciárias e formação profissional foram temas privilegiados. Sua radicalidade se atinha especialmente à crítica política incisiva, freqüentemente em tom denunciatório, mas outras identificações revolucionárias. Em reconhecimento ao

Socialização da Medicina”; aqueles que mais lhe contextualizam no pensamento clássico (Pessoa, 1960, 1978).

¹⁹ Ver o prefácio de Eduardo Kértész (Mello, 1981).

seu papel no pensamento sanitário e em levar o debate para o público geral, o CEBES editou duas coletâneas com seleções de seus textos (Mello, 1977, 1981).

Gentile figura entre os sanitaristas tidos como “desenvolvimentistas”. Embora este qualificativo ainda esteja por merecer uma definição conceitual mais apropriada, o sentido geral se revela em seu artigo “Saúde e desenvolvimento”, cujas conclusões mostram ampla interseção com a fala de Magalhães: “[4] Os padrões de saúde da coletividade só se elevam em escala significativa na medida em que se processa o desenvolvimento econômico”; e “[5] Para fins de planejamento, em princípio, a assistência médica deve ser antes considerada como bem de consumo do que um bem de produção” (Mello, 1977). Sem qualquer chance de concordância entre eles seria a boa impressão e elogio de Gentile sobre a organização de um serviço do SESP (Mello CG, 1960).

Mário Magalhães, Adão Pereira Nunes e Valério Konder foram motivos de um estudo de Sarah Escorel sobre personalidades radicais que influenciaram o campo do movimento sanitário nacional (Escorel, 2000), entre os quais Magalhães era o único que não pertencia aos quadros do PCB²⁰. A autora contudo não deixa claro os motivos que a levaram delimitar seu romance histórico a estes três médicos. Mas, como aparece aqui e ali, provavelmente por ter sido uma daquelas figuras irresistíveis de uma época²¹.

Na continuação de suas lembranças, Celso Furtado revisa um elenco de nomes que o acompanharam na “Operação Nordeste”, três décadas antes. Sobre o “médico sanitarista e demógrafo” se estende:

Um companheiro já falecido, Mário Magalhães da Silveira, de alguma forma simboliza o espírito de toda uma equipe que cresceu com o correr dos anos sem nada perder de sua coesão. Reunia ele dedicação sem falha à coisa

²⁰ Numa citação pontual, revela-se que provavelmente ele nunca tenha lido Gramsci, intelectual que se tornaria obrigatório no radicalismo das décadas seguintes (Escorel, 2000:117).

²¹ É possível que isto venha contribuindo para alçá-lo à galeria dos mitos. Entre os indícios, por exemplo, quando Silva e Morell, organizadoras de sua coletânea, posicionam Celso Furtado como “seu amigo e discípulo” (Silveira, 2005:10). Mais significativo, porém, é que a menção ao seu nome parece ser considerada como suficiente em si, pois raramente se acompanha de alguma referência específica.

pública e o desprendimento pessoal de um anacoreta. Possuía excepcional acuidade para captar o caráter das pessoas, como se dispusesse de uma lanterna mágica que lhe permitia ler no rosto o espírito de um interlocutor. Não lhe escapavam, nos textos que lia, as falácias mais astuciosas nem os sofismas mais sutis. Sua valiosa contribuição no campo da medicina sanitária e da demografia dissolveu-se no anonimato. Mas a exigência que tinha consigo mesmo e sua generosidade estabeleceram a pauta de comportamento de toda a equipe que construiu e defendeu a SUDENE na dura procéla que nos coube enfrentar (Furtado, 1989:12-3)

O trabalho junto à SUDENE na década de 1960 dar-lhe-ia ensejo ao refinamento de suas idéias desenvolvimentistas. Como sanitarista teve destaque nacional ao eleger-se presidente da Sociedade Brasileira de Higiene à época do XV congresso em 1962 e como secretário-geral da III Conferência Nacional de Saúde em julho do ano seguinte. Três de suas principais bandeiras: o desenvolvimentismo, a municipalização da saúde e a mais profunda aversão ao SESP. A principal delas defendia a idéia de que o desenvolvimento determinava o nível de saúde da população e não o inverso.

A sua produção teórica se concentra no que se denominava de demografia sanitária, com pouca especificidade sobre a organização dos serviços, sendo que somente a pouco seus principais textos foram coligidos em um volume (Silveira, 2005). Entre as idéias mais difundidas por Magalhães uma das principais deixava crer tratar-se de um pensamento francamente de esquerda: “[...] a saúde do homem, no seu conjunto, é um problema de superestrutura” (Silveira, 2005:45,107,112). Entretanto, até onde foi possível revisar, não chegou a uma elaboração conceitual mais precisa como fundamento dessa idéia, pelo menos não diretamente embasada no referencial marxista, assim como não fazia um uso mais coeso de suas categorias analíticas.

Como notado no capítulo anterior, duas características ressaltavam no seu pensamento sobre a organização dos serviços sanitários: a municipalização e a flexibilidade normativa. Mas, *grosso modo* a atuação do serviço municipal de saúde que descreve no painel sobre municipalização dos serviços da 3ª CNS (“Tema C”) e reproduzida nas recomendações de seu relatório, não divergem das idéias prevalentes

da época. Na realidade, em função do próprio objetivo da conferência, apresenta-se apenas na forma de diretrizes gerais (Brasil, 1992:240).

- a) medidas elementares de saneamento do meio;
- b) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;
- c) imunização contra as doenças transmissíveis;
- d) prestação dos primeiros atendimentos de assistência a doentes;
- e) programas de proteção à maternidade e infância;
- f) educação sanitária;
- g) levantamento dos dados de estatísticas vital.

SAMUEL PESSOA

Conto os que morrem de boubá
De tifo, de verminose;
Conto os que morrem de crupe,
De câncer e xistosomose.
Mas todos estes defuntos,
Morrem de fato é de fome,
Quer chamemos de febre,
Ou de qualquer outro nome.

Ferreira Gullar

Samuel Pessoa parece ter sido um daqueles seres humanos especiais. Os que o tiveram na convivência não hesitam nos adjetivos, lembrando-se de uma “pessoa” bondosa, de personalidade forte e caráter ilibado, amigo fiel, apaixonado, curioso, bem humorado, generoso, inteligente e companheiro. Como catedrático era visto como um cientista disciplinado e incansável, com as melhores qualidades de um humanista e pedagogo; enfim “um mestre” na acepção mais sábia da palavra:

Em suma, foi um laborioso operário da messe de Deus que cumpriu integralmente sua missão neste mundo, apóstolo que foi do amor ao próximo traduzido por sua imensa atividade como professor universitário de

tantas Faculdades, pesquisador emérito de múltiplas facetas das doenças parasitárias de nossos irmãos de todo este imenso país, e cidadão brasileiro exemplar (depoimento de Marcelo OA Corrêa - Pessoa, 1978:47)

Pessoa foi o único bolsista brasileiro da Fundação Rockefeller que não se formou nos EUA, iniciando seu trabalho de auxiliar acadêmico com o Dr. Samuel Taylor Darling e doutorando sob a orientação do Dr. Wilson Smillie no Laboratório de Higiene em 1922, aos quais não deixava de externar admiração e consideração (Pessoa, 1978²²; Castro Santos, Faria, 2002). Seus inúmeros títulos honoríficos, livros e textos agregam números frios que isolados provavelmente apenas contribuiria para reduzi-lo a um grande cientista. Não foi pouco. Somente textos científicos foram mais de 350. Seu tema quase absoluto: parasitologia; mas não como o estudo de parasitas e suas doenças e sim como o conhecimento sistemático dos problemas do homem rural.

De todos os grandes sanitaristas, dificilmente algum o poderia superar como clínico, cientista e testemunha das péssimas condições de vida e higiene da população rural do país. Essa crueza inevitavelmente o levou a radicalizar o discurso contra a colonização cultural, entendendo que a melhoria da saúde da população rural estava coligada antes de tudo à necessidade da reforma agrária²³. Na abertura democrática de 1945 candidatou-se sem sucesso ao cargo de deputado pelo PCB²⁴:

Se não é possível uma revolução burguesa no Brasil, pois revolução significaria a ascensão ao poder da classe burguesa, e se ela está no poder, só restaria única revolução possível, que é a revolução socialista. Mas a esta não se refere o Presidente Goulart.

Devem os estudantes tomar cuidado quanto às reformas universitárias no Brasil, pois as nações imperialistas tentam por todos os meios, nos inculcar suas idéias e seus ideais; [...] O ideal para o imperialismo americano (vemos isso nas programações feitas por eles ou por seus agentes, nos jornais,

²² Ver o capítulo XV: “Conferência de agradecimento ao título de Professor Honoris Causa da Universidade Federal de Goiás (Pessoa, 1978).

²³ Usa duas citações interessantes

²⁴ Ver depoimento do eminente prof. Luís Hildebrando Pereira da Silva (Pessoa, 1978:23).

entrevistas e conferências, dentro e fora da universidade), seria transformar o estudante brasileiro em um “técnico”, desligado do mundo em que vive, tal como se passa com o estudante norte-americano (Pessoa, 1978)²⁵.

Embora a organização dos serviços de saúde não fosse seu objeto de reflexão sistemática, suas palavras provinham da autoridade de quem acompanhou as discussões desde a sua origem e do alto da experiência de quem assumiu a direção do Serviço Sanitário de São Paulo entre 03/12/42 e 04/02/1944. No final desta década escreve o livro “Problemas Brasileiros De Higiene Rural”, no qual demonstra seu completo domínio cultural e técnico sobre o tema (Pessoa, 1949). Na terceira parte, “O problema e a Organização” se debruça sobre a questão da organização sanitária. O grande problema: a falta de educação sanitária do povo. Não por sua própria culpa, mas por um problema da mentalidade política, social e dos fazendeiros: “Como dissemos em 1944, os serviços de saúde no Brasil ainda são destinados a uma elite, a uma classe privilegiada da população, vivendo afastados do povo e até hoje não servindo ao povo” (Pessoa, 1949:543). Desperta à atenção a autenticidade cultural com que analisa as situações de higiene popular:

[...] estamos de pleno acordo, quanto aos ensinamentos aos escolares, de hábitos de limpeza, incluindo o uso de privadas e o perigo que representa a poluição do solo, semelhantes lições não terão nenhum valor prático e não convencerão nenhum escolar, desde que ministradas em escolas desprovidas de privadas ou que as possua em condições anti-higiênicas. (Pessoa, 1949:529)

Com respeito, citaria a opinião do “ilustre higienista Prof. Paula Sousa” de que a melhor medida que poderia ser tomada para melhorar as condições de saúde de uma comunidade seria “[...] o aumento dos vencimentos para todas as classes assalariadas da comunidade em apreço”. Sempre ficaria na retórica, com a questão pairando no ar: “[...] o problema da educação sanitária é dar mais saúde sem cogitar no aumento dos salários [...]”. Poderia lhe perguntar ainda: Mas que vencimentos? A quem se refere? O mundo real do sertão era de uma brutalidade inalcançável para cidadãos da elite

²⁵ Ver o capítulo XIII: “A realidade médico-social e o ensino médico no Brasil”.

médica, como narra em relação às orientações que forneciam para pacientes no Nordeste usarem a medicação na hora do almoço e jantar. Mas que hora mesmo? “Eram tão pobres que, à medida que conseguiam qualquer coisa para comer, voltavam para a casa e após a decocção apropriada a ingeriam. [...] nunca souberam em que consistia a hora do almoço ou do jantar”. Quem de jaleco branco poderia então se preocupar com tal fato de que “[...] até hoje, não se fizeram inquéritos intensivos ou estudos rigorosos, sôbre os hábitos de defecação dos habitantes de tais áreas, no Brasil” (Pessoa, 1960:123). É que conhecia de perto como ninguém dois problemas caros à educação sanitária: a alimentação e o tratamento dos dejetos humanos (dependentes primariamente do aumento da riqueza). Riqueza rural que para ele significava principalmente a defesa da reforma agrária e o combate ao latifúndio.

Pessoa tinha uma compreensão técnica clara dos problemas e obstáculos que se interpunham à organização dos serviços sanitários, e nisto acompanhava de modo geral o pensamento mais avançado da época. Como relatado no tópico sobre a socialização, acreditava nos CSs como a base desta organização: “Cremos ser quase unânime a opinião dos sanitaristas de que os Centros de Saúde ou Postos de Higiene são o ‘eixo’ da organização sanitária, como escreveram Paula Souza e Vieira (1936.)” (Pessoa, 1949:559). Suas funções não fogem ao ideário geral, mas naquela época já era de opinião geral a nítida insuficiência do funcionamento dos CSs. Os motivos: falta de especialização médica, falta de transporte para deslocamento do sanitarista, excesso de burocracia no preenchimento de papeis no CS, baixos vencimentos, precariedade material, excesso de atribuições, falta de conhecimento epidemiológico local etc. “Finalmente causa preponderante, na desorganização dos Centros de Saúde, é a interferência política, principalmente quanto às nomeações ou remoções de pessoal técnico [...] (Pessoa, 1949:562).

Naquele momento já não se aceitava a visão dualista para os CSs. Para Pessoa não poderia se separar Higéia de Panacéia, as duas filhas de Esculápio, entretanto, em São Paulo “[...] divorciaram-se completamente as atividades hospitalares das de saúde pública”. Via como indispensável este entrosamento, e “[..] nessa finalidade, ambos se completem, porque o programa de saúde pública começa antes do

nascimento do indivíduo, continua durante a vida e vai até depois da morte” (Pessoa, 1949:554).

O diferencial da visão de Pessoa sobre a organização sanitária era justamente o contexto cultural que a envolvia. A diferença não se encontra nos signos, mas nos significantes, na subjetividade de suas palavras, repletas de imagens dinâmicas, recendidas de sons, cheiros, choros e sorrisos. Quando em 1944 falava que “[...] a organização da higiene deve vir do povo para o governo, e não das classes dirigentes para o povo [...]”, sua vivacidade nada tinha a ver com a “organização ascendente” da retórica, ou com os “conselhos comunitários” idealizados. Para ele a palavra “povo” não flutuava nas reminiscências abstratas do pensamento, tinha sentido de vida; humanidade revelada a cada oração, a cada serena preocupação com aqueles que tradicionalmente estão fora das preocupações:

As Irmandades das Santas Casas são instituições de caridade e por conseguinte limitadas a uma face do problema que é o da assistência hospitalar aos indigentes. Somos ainda da opinião que a assistência social é atualmente dever do Estado e não pode ficar inteiramente entregue aos sentimentos de generosidade (Pessoa, 1949:556).

Não era o sobejo intelectual da técnica e do conhecimento que lhe estimulava a alma, seu problema era mais profundo, da natureza como se estruturava o social e o político no país, porque isto se traduzia na vida das pessoas. Vê-lo como um proeminente cientista não é errado, mas ficar nisto é reduzi-lo ao microscópio e à caneta. Foi antes de tudo um sanitarista de pessoas.

O “DILEMA PREVENTIVISTA”: MARCO DE COESÃO DA SAÚDE COLETIVA

Apesar da resistência ao discurso clássico da medicina preventiva, da desconfiança com a medicina comunitária e não obstante o surgimento de referências como Cesar García – Guilherme da Silva (1973) e Donnangelo (1975, 1979) em São Paulo –,

faltava ao pensamento radical um marco teórico definitivo para o movimento ideológico da saúde pública brasileira.

A tese de doutoramento de Sérgio Arouca defendida junto ao DMPS da Unicamp seria este divisor de águas. Nesta, que foi sem dúvida sua contribuição teórica essencial, ocupou-se em mapear as matrizes discursivas da medicina preventiva, obstinado a fundamentar uma nova identidade neste campo, sobriamente pontuado, em seus dizeres, como uma esperança em contribuir com a “teoria social da medicina como prática social” (Arouca, 2003:250).

Virtualmente não há chance de puxar qualquer ponta do novelo historiográfico do pensamento radical em saúde sem que se deixe de alcançar Arouca. Intelectual perspicaz e político arguto, integrou movimentos sociais no Brasil e exterior; liderou a Oitava Conferência Nacional de Saúde e ajudou a consolidar a condição de destaque internacional da Fundação Oswaldo Cruz na inovação tecnológica em saúde, produção de conhecimento e formação profissional.

Sua recusa em reduzir a prática da medicina preventiva às “condutas” – diagnóstica, preventivas, terapêuticas e de reabilitação –, idéia remanescente dos seminários de Viña Del Mar e Tehuacán²⁶, foi o grande salto na libertação da área das amarras impostas pela busca de normativas para o ensino médico. Nesta subjetividade sem precedentes, a medicina preventiva deixa de ser vista como “conduta” para se tornar antes de tudo uma “atitude”. Entretanto, sempre com a intenção de incitá-la à prática extra-discursiva (práxis): operacionalização de uma nova atitude clínica que ao longo do tempo deveria perder sua adjetivação ao se equivaler ao próprio conceito de “medicina”. Esta atitude deveria impregnar-se de uma nova positividade do conceito de saúde, opondo-se à doença como entidade “ontológica do mal” e à saúde como estado de equilíbrio na luta contra agentes externos (Arouca, 2003:157). Uma práxis sintetizada na surpreendente proposta da “atitude ausente”:

Entendemos a Medicina Preventiva como lugar institucional que gera um novo discurso no interior da medicina, visando a transformação de sua

²⁶ Para uma síntese das idéias presentes naqueles seminários, ver o capítulo III: “A emergência da Medicina Preventiva” em Arouca (2003:143-5).

prática através da difusão de uma “atitude ausente”, porém possível, diante dos conhecimentos atuais entre seus praticantes, o que seria realizado através da transformação do ensino médico (Arouca, 2003:46).

Sua obra tem um propósito claramente pedagógico, em contraste com o hermetismo dos textos iniciais que se propuseram a traduzir para a saúde os conceitos marxistas. Apresenta com leveza os principais elementos conceituais da formação discursiva, das categorias específicas da área e do campo político, separados didaticamente em “básicos” e “estratégicos”. Instigado pela frequência à lingüística durante a elaboração da tese e fundamentalmente por Foucault, percebe e acentua o papel que a formação discursiva, em última análise da origem e do emprego de palavras, na percepção do mundo concreto. Este seria o discernimento que liberta os sentidos para a compreensão das estratégias de conformação ideológica:

A instância normativa do nível internacional se faz na composição de uma formação discursiva, que é prescritiva por excelência, na transformação do discurso em Parecer, que fala sobre um ‘que-fazer’, sobre uma prática que existe antes do discurso do que no mundo concreto. Discurso que se afirma causal em relação à prática, pois que a antecede no mundo da consciência e a cria abstratamente no seu enunciado, na linha direta da ideologia criada após a ‘Grande Depressão’ e reforçada no pós-guerra, de que a história precisa ser dirigida [...]” (Arouca, 2003:211, grifos originais).

Em seu diagnóstico assume que para uma nova práxis em saúde a medicina preventiva brasileira já contava com a presença de “intelectuais orgânicos”, de “práticas ideológicas” e de alguma experiência concreta, isto é, de “prática empírica experimental”, referindo-se aos projetos de medicina comunitária (Sérgio, 2002; Arouca 2003). Entretanto, até aquele ponto não havia ainda se frutificado na necessária produção de conhecimento como “prática teórica”, ou se viabilizado em “prática política”²⁷. Soou como uma convocação geral:

²⁷ Ver no capítulo VII: “Medicina preventiva e sociedade”, mais especificamente o tópico “A viabilidade do projeto preventivista” (Arouca, 2003).

Entre 1975 e 1979 essa vertente apresentou grande desenvolvimento. Aumentaram numericamente as instituições que incorporaram a abordagem médico-social para a análise dos problemas de saúde passando de um enfoque até então restrito principalmente à Região Sudeste para um pensamento que [já] tinha expressão nacional. E também experimentou a expansão de seu objeto de estudo, a diversificação dos temas pesquisados e analisados. Foi um período de grande produção intelectual concomitante à incorporação do político nas propostas de atuação da medicina social [...] (Silva, 2003)²⁸

OS INTELECTUAIS COLETIVOS

Nos anos 1970 a idéia de reforma sanitária contou com pelo menos três “movimentos de opinião” mais definidos atuando como interlocutores políticos na organização de um sistema de saúde universal. Se não cabe historiá-los aqui, quer porque já contam com estudos de qualidade, quer pela necessidade de uma investigação mais específica do que seria possível neste momento, vale registrá-los pela importância de suas idéias para a saúde pública e construção do SUS.

O “primeiro protagonista institucionalizado” ou, sob referencial próximo, o primeiro “intelectual coletivo” orgânico a participar do debate sanitário nessa transição surge em 1976 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES²⁹. Este nasce da necessidade de um canal formalizado para produção, organização, divulgação das idéias nascentes comuns, o que se fez principalmente através da revista Saúde em Debate; potencializando a interlocução política desse grupo e forçando o curso da reforma sanitária. O CEBES teve papel central na conformação do SUS ao defender no I Simpósio de Política Nacional de Saúde, realizado na

²⁸ O colchete “[já]” é original.

²⁹ Nesta citação estão embutidas formulações de Eleutério Rodrigues Neto, Jairnilson Paim e José Gomes Temporão (Paim, 2007:82). Não há uma publicação específica sobre a história do CEBES, mas a edição organizada por Sônia Fleury (ver, Fleury1997) e a recente coletânea “20 anos de SUS” (2009) buscam relevar um conjunto representativo das discussões ocorridas nesse espaço. Ver também: “O nascimento do CEBES” em Paim (2007:77).

Câmara dos Deputados em Brasília em 1979, a criação de um “Sistema Único de Saúde”, com base no texto “A questão democrática na saúde” de Hésio Cordeiro, José Luiz Fiori e Reinaldo Guimarães (Cordeiro, 2004; Paim, 2008), posteriormente adotado como documento nacional (CEBES, 1980). Em seu texto final esse simpósio aprova como princípios o direito universal e inalienável à saúde; a intersetorialidade dos determinantes da saúde; papel da regulação do estado no sistema; descentralização, regionalização e hierarquização; e participação popular e controle democrático (Cordeiro, 2004).

Muito embora abrigasse diferentes visões críticas que iriam realmente se distar no tempo, seu juízo como espaço suprapartidário de formulação de idéias e lutas pela reforma sanitária – condição também atribuída ao “movimento” mais aberto –, merece maior relativização do que apenas: “Não se pode, no entanto, deixar de referir a grande influência inicial de militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB) então na clandestinidade” (Rodrigues Neto, 2003:35 Paim, 2008). Assim como observado em outros coletivos políticos na saúde, o CEBES também experimentou uma dicotomia entre um grupo de visão mais política e outro mais pragmático voltado para o desenvolvimento de atividades em saúde com as comunidades, descrito como orientações “institucional” e “movimentista” (Fleury, 1997:27)³⁰.

Pouco tempo depois foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, que a exemplo do CEBES se propugna a pensar saúde como política. Embora estabelecida como um fórum de pós-graduação, acabou assumindo o espaço de um segundo intelectual coletivo da reforma sanitária. Concretizada no final de 1979, foi o fruto do debate envolvendo instituições formadoras em nível de pós-graduação, OPAS e ALESP (Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud

³⁰ Neste caso teria sido possível harmonizar as “duas concepções de atuação” sem rupturas definitivas (Escorel, 1999:78). Outros coletivos políticos em saúde mostraram tendência semelhante. Segundo Silvia Gerschman, o movimento popular em saúde experimentou 3 fases: uma primeira reivindicativa, seguida da maior politização e, por fim, das “formas orgânicas da política”. Este amadurecimento culminou em rupturas internas em duas direções: uma mais radical, autonomista, com sentido reformista revolucionário; e outra mais pragmática, interessada na pressão por conquistas sociais. O confronto ideológico derivado acabaria transformando a antiga atuação política voltada “para fora”, em disputas internas que esvaziaram o movimento (Gerschman, 2004:70). Abordada no último capítulo, a oposição médica às políticas sociais da década de 1970 afluiria nas correntes radicais (medicina preventiva) e comunitária (medicina de família e comunidade).

Pública), nas quais se alentava a necessidade de um fórum agregador “[...] num momento em que se sentia o esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública clássica e a da medicina social” (Nunes, 1994).

Como sujeito coletivo a Abrasco nasce sob o signo do multiprofissionalismo, intersetorialidade e premência da dimensão coletiva como referencial político na qual deveria se inserir toda dimensão individual, inclusive a prática clínica (Cohn, s.d apud Nunes, 1994)³¹. Para Rodrigues Neto (2003) a atuação da Abrasco na 8ª CNS teria sido tão fundamental quanto à participação do CEBES no simpósio da Câmara dos Deputados de 1979, inclusive para que os Ministérios envolvidos enfim convocassem a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (Rodríguez Neto, 2003). Ao sedimentar a expressão “saúde coletiva” a Abrasco contribui também para a resolução de um incômodo dilema preventivista que Arouca não se propôs a resolver, mesmo trabalhando sob referencial lingüístico: a manutenção do signo icônico macartista e restrito – medicina preventiva – quando já lhe creditavam significação política diversa. Uma revisão histórica sobre a Abrasco pode ser encontrada em Fonseca (2006). Testemunha ocular do processo, Rodríguez Neto (2003) apresenta uma boa versão do envolvimento inicial do CEBES e Abrasco com a institucionalização da reforma sanitária; amplamente estendido por Paim (2008).

Uma história menos conhecida, rapidamente abordada no debate da descentralização, se deu pela mobilização voluntária dos secretários municipais de saúde no final da década, iniciativa que culminaria com a formação do Conasems (Goulart, 1996). Segundo um de seus próceres, Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, “Foram nascimentos paralelos [ao CEBES e Abrasco], não articulados entre si naquela época, mas ambos no bojo do movimento maior que se ampliava em toda a sociedade, os das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura” (Santos, 2008b). Este movimento foi menos ativo no sentido da produção intelectual no estilo acadêmico, mas teve um papel essencial na conformação do ideário sobre os “postos” e CSs, ao idealizar uma rede própria destas unidades com recursos do tesouro municipal. Sua legitimidade provocou a elevação das doze vagas iniciais reservadas aos municípios na 8ª CNS para uma representação de 80 delegados (Santos, 2008b).

³¹ Amélia Cohn. O social e sua incorporação no conhecimento e na prática médica. s.d. [mimeo].

Parte III

As linhagens radical e comunitária em saúde em saúde pública: subsídios para história

Capítulo 10

Os anos 1980-90: reforma sanitária e PSF

A crise consiste precisamente no fato de que o velho está morrendo e o novo ainda não pode nascer. Nesse interregno, uma grande variedade de sintomas mórbidos aparecem.

Antonio Gramsci

Neste capítulo entro no terreno mais delicado do estudo, porquanto contemporâneo e imerso em domínio de experiência pessoal. Mas, o sentido de continuidade no olhar impresso rejeita o desígnio de quem só enxerga o tradicional no moderno, recusando-se a enxergar belezas e originalidades. Também se escusa da linearidade ou olhar teleológico que prima pela história sequencial determinada, exclusiva ou que emerge e se formata em função restrita do imediatamente anterior. Aqui vale o raciocínio de Brandão (2005) “[...] não apenas o objeto a ser investigado não é uma preciosidade arqueológica, mas também sua exposição não pode ser dissociada do debate contemporâneo que lhe é momento e parte constitutiva”. De qualquer forma, aceito que o ofício refina quantas vezes se faz necessário, mas a subjetividade sempre encontra ardis por onde manifestar seus sentidos etnocêntricos (sempre polares), de sorte que considero esta parte apenas como mais um subsídio para resolução em uma distância histórica mais confortável.

No plano geral, os anos 1980 deram maior individualidade às duas correntes de pensamento em saúde pública que se sobrelevaram na década anterior com seus desejos de originalidade e mudanças. Uma tendência mais à esquerda aprofundou seus referenciais marxistas e inquietude nos propósitos de transformação social a partir desse campo: o “pensamento radical em saúde pública”. De outro lado, um discurso pragmático condicionado pela real necessidade de operacionalizar as políticas sociais na saúde: o “pensamento social comunitário”.

No Brasil, por vários motivos não é tarefa simples sugerir uma linhagens sobre o pensamento político-social. Primeiro porque de uma maneira ou de outra as idéias políticas usualmente têm o social como objeto de interface; e de uma forma ou de outra, independente das correntes políticas, toda a saúde pública sempre pertenceu àquele campo disciplinar historicamente identificado com a “medicina social”, mais modernamente assentada no discurso da sociologia médica (Rosen, 1979, 1983)¹. Por outro lado, como assinala Wanderley Guilherme dos Santos (1989), qualquer tentativa de precisar o conceito de “política social” é tarefa bastante desanimadora²; o mesmo se diga à “comunidade”, que particularmente no Brasil se apresenta usualmente não mais do que como o *alter ego* de favela.

Entre nós essas definições de correntes de pensamento se tornam um desafio particular. Terra do ecletismo por excelência, não seria a política a desacompanhar a música, a religiosidade ou a culinária. Acerca disto Brandão (2007) comenta sobre a impossibilidade de se mapear no país qualquer tradição política arraigada em que gerações defendam com paixão as posições políticas tradicionais da família, como se pode encontrar em países europeus.

“[...] nossas linhagens não são do tipo que podem ser assumidas orgulhosamente. Fazendo uma comparação, o senador Giorgio Amendola disse uma vez no senado italiano: ‘meu bisavô era mazziniano, meu avô era garibaldino, meu pai antifacista, eu sou comunista [...] o ponto é que continuidade espiritual deste tipo jamais pôde ser estabelecida para o Brasil [...]’ (Brandão, 2007: 62)

Ribeiro (2000) vai mais longe, sugerindo que temos uma cultura coletiva de negação do passado, certo envergonhamento ancestral que dificulta nossa relação com a própria história, diferente de culturas tão próximas quanto a argentina, motivo por não termos militantes varguistas entre nós, em contraposição ao orgulho dos peronistas daquele país.

¹ Ver o capítulo IV: “O que é a medicina social?” (Rosen, 1979:77); e “A evolução da medicina social (Rosen, 1983:25)

² Com a ressalva de que “Tal como ocorre em relação a outras matérias controversas, apenas os marxistas e paramarxistas mantêm-se intocados por qualquer tipo de dúvida” (Santos, 1999:35).

Aproveitando o foco paulista, não seria de estranhar que políticos que moldaram seu discurso na esquerda, como Fernando Henrique Cardoso, se coligasse solidamente com o que há de mais conservador e oligárquico na política nacional, no caso do PFL (e vice-versa). Ou, que a auto-imagem de bastião da ética política do partido dos trabalhadores não resistisse à tentação episódica de coligar Marta Suplicy com Paulo Maluf em sua eleição como prefeita, a quem a própria tratava por “nefasto”; ou ainda, nacionalmente com Lula na defesa contundente do uso do senado como propriedade familiar, sob o argumento que o ex-presidente José Sarney não poderia ser visto como uma “pessoa comum”³.

Refaço então algumas observações no intuito de minorar interpretações equivocadas. Ao visualizar linhas gerais do pensamento recente em saúde pública, o faço apenas com o sentido de generalizar matrizes discursivas. Como é verdade para toda e qualquer generalização, a supressão das características particulares em busca da correspondência entre o conjunto resulta na incapacidade de se definir precisamente qualquer identidade individual⁴. Muito menos está em jogo a tentativa insana de eugenia político-social, mas apenas de afinidades eletivas.

No caso em questão neste capítulo, ocorre que pensamento radical em saúde pública há muito se reconhece reformista e por conseguinte em prolongada luta pelas transformações sociais. Também que não pode prescindir da assistência médica para a população marginalizada; para a qual tanto não é apropriadamente equipado quanto não há alternativa sistemática conhecida à medicina comunitária. Por sua vez o pensamento comunitário não necessariamente se opõe à idéia de transformação social, em que pese a diferença neste entendimento e o solidário sobrepujando o combativo⁵. Portanto, mais do que uma oposição, há no fundo um verdadeiro paradoxo de “dissonância sinérgica” entre eles.

³ Amplamente divulgado na mídia, durante uma visita ao Cazaquistão, em 17 de junho de 2009, o presidente Lula fez uma defesa do senador José Sarney (PMDB-AP) contra denúncias do uso privado da máquina pública, sob a alegação de que o “Sarney não pode ser tratado como uma pessoa comum.”

⁴ Tome-se, por exemplo, uma conceituação de “onda”. Entre as incontáveis ondas que se quebram a cada instante nas praias, tal conceito não corresponderá exatamente a nenhuma única isolada, e assim indefinidamente.

⁵ Quem sabe o radicalismo burguês Florestan Fernandes (1984).

Por fim novamente me recolho à clareza dos argumentos de Brandão (2005):

Nem todos os "pensadores político-sociais" se enquadram nesta ou naquela linhagem, em vários convivem almas contrapostas e nem sempre a proclamada é a real; e, como ocorre em toda família, por vezes os mais próximos são os mais distantes, e ninguém pode impedir que um Montecchio se apaixone por uma Capuleto. Sem falar que há sempre figuras marginais, independentes ou bizarras. Mas é aí, felizmente, que está a beleza da análise concreta. Podemos ver em situações como estas misturas menos ou mais consistentes de "ética" de esquerda com "epistemologias" de direita, e vice-versa, polarizações ambíguas ou conciliações produtivas, sublimes coerências ou ecletismos mal temperados, mas o importante é não transformar as "afinidades eletivas" entre idealismo orgânico e conservadorismo, entre idealismo constitucional e liberalismo, entre materialismo histórico e socialismo, em vias de mão única [...].

O PENSAMENTO RADICAL EM SAÚDE PÚBLICA

A análise concreta da situação concreta
é a alma viva, a essência do marxismo.

Lênin

Sob a moldura de uma linhagem radical pretendo reunir um conjunto heterogêneo de posicionamentos que se identificam pela contraposição ao pensamento de origem liberal. A reflexão sobre um pensamento político radical na cultura brasileira foi inicialmente realizada por Antonio Candido:

Gerado na classe média e em setores esclarecidos das classes dominantes, ele não é um pensamento revolucionário, e, embora seja fermento transformador, não se identifica senão em parte com os interesses específicos das classes trabalhadoras, que são o segmento potencialmente revolucionário da sociedade (Candido, 1988).

Esta radicalidade confere especial relevo à presença vivaz do “povo” no discurso. É bem verdade que circunscrito à saúde pública brasileira, o pensamento radical de classe média nos moldes percorridos por Antonio Candido (1988) traz a possibilidade de que o radicalismo possa ser atribuído a períodos bem mais remotos do que aquele que proponho neste trabalho, e pelo menos uma deferência deve ser feita ao relatório Penna e Neiva de 1916. Também não seria justo relegar ao pensamento clássico em bloco a pecha de autoritarismo e insensibilidade social, quase sempre ajuizado por valores extemporâneos. Na análise de Candido importa particularmente o discurso e, neste caso, a saúde pública foi usualmente um prodígio:

[...] cada vez mais se faz sentir, em nosso país, a necessidade de uma mudança radical da atitude do Governo para com a população; deve abandonar o paternalismo até agora adotado e procurar obter a participação do povo na formulação das diretrizes e na execução das atividades desenvolvidas pelos serviços públicos. [...] **NÃO FAZER SAÚDE PÚBLICA PARA O POVO, E SIM COM O POVO** (Mascarenhas, 1964:71, grifos originais).

Sendo assim, depois dos anos 1970 não faria sentido abarcar todo o discurso de cunho popular na saúde pública em uma família de pensamento, à custa de não restar ninguém de fora dela. Neste caso torna-se muito oportuna a leitura de Gildo Marçal sobre o que se poderiam considerar graus distintos de radicalismo:

[radicalismo] E talvez não seja exagerado caracterizar esse pensamento democrático como socializante, quase sempre socialista, de matriz liberal, por vezes constitucionalista. Cabe, por isso mesmo, diferenciá-lo do que em outro lugar denominei de "marxismo de matriz comunista", que, pelo menos a partir da segunda metade dos anos 50 e em sua vertente "positiva", reconheceu que o processo político brasileiro permitiria compatibilizar desenvolvimento do capitalismo e democracia, recusou qualquer concepção "explosiva" da revolução e também apostou na "revolução dentro da ordem" comandada por uma frente ampla das forças sociais modernas que aquele processo havia gerado (Brandão, 2005).

Uma linhagem radical na saúde pública, como penso em delimitar, é aquela que gradualmente de estrutura em torno das categorias marxistas de análise, ao tempo em que, diante de sociedades complexas – “ocidentais” –, abdica dos ideais estritos revolucionários em direção às reformas pelas vias da mobilização social e do controle burocrático: “[...] enquanto algum tipo de pluralismo causal marca a primeira, o que caracteriza a segunda, do ponto de vista analítico, é sempre a busca, bem ou malsucedida, de encontrar a unidade entre, digamos, a infra e a superestrutura na explicação do social” (Brandão, 2005).

Não será o caso de focar em pensadores de forma individualizada como nos capítulos anteriores, mas traçar-lhe influências que se interpõem entre as décadas no reforço de suas matrizes e discursivas. Neste interregno já se pode identificar na cena principal a figura do médico e político italiano Giovanni Berlinguer, um pensador maduro, catedrático de medicina social e ex-senador pelo partido comunista. Ao Brasil, convidado pelo CEBES, traz consigo a experiência da reforma sanitária italiana, em cujo pano de fundo inscrevia-se a reforma socialista do estado. Embora conhecido através das idéias de César García, seu pensamento é mais extensamente difundido no Brasil através da publicação de seu livro “Medicina e política”, em co-edição com o CEBES. Em “Nota à segunda edição” David Capistrano Filho dimensiona seu impacto (Berlinguer, 1987):

Já não constitui novidade, entretanto, o impacto deste livro sobre o desenvolvimento da *consciência sanitária* dos brasileiros, dadas suas qualidades, entre as quais avulta a clareza. Não é exagero afirmar que *Medicina e Política* influenciou o surgimento de uma nova postura dos profissionais de saúde [...].

Berlinguer manteve intenso intercâmbio com o movimento sanitarista brasileiro, principalmente através do CEBES, que edita um segundo livro, “A reforma sanitária – Itália e Brasil”, com reflexões sobre o processo em seu país e questionamentos sobre a reforma sanitária brasileira (Berlinguer et al., 1988); tornando-o referência universal neste campo, ao mesmo tempo em que consolida o uso daquela própria expressão. Sintomaticamente, Jairnilsom Paim introduz sua extensa revisão sobre o

tema por um questionamento de Berlinguer: “O que é uma reforma sanitária?” (Paim, 2008:25)⁶.

Um dos artigos desse segundo livro, “A Reforma Sanitária necessária” de autoria de Gastão Campos (1998a), posteriormente publicada na revista do CEBES, desencadeou uma contenda pública, expondo a dificuldade de coexistência dos diferentes graus de radicalidade no que se convencionou chamar de movimento reforma sanitária. Referindo-se ao artigo de Jaime Oliveira (2008) sobre a reforma sanitária como uma oportunidade para a construção de uma “democracia progressiva”, Campos convida de modo contundente à radicalização para superar as contradições apresentadas: “[...] mais grave do ponto de vista da construção de um projeto contra-hegemônico, ela traz embutida a noção de que o elenco de medidas racionalizadoras constituiria parte essencial de uma reforma sanitária viável, plausível e eficaz [...]”. Modelos assistenciais alternativos deveriam repelir uma reforma tecnocrática, restrita e imposta “por cima”; subtrair a “velha utopia dos ‘burocratas progressistas’” em compor e regular o setor privado, em que Hésio Cordeiro e o SUDS foram dispostos abertamente na alça de mira; assim como os “intelectuais com chancela oficial”, a quem atribui a organização da 8ª CNS: “Esse conjunto de técnicos organizou em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, uma das raras ocasiões em que buscou apoios para seus projetos junto a setores da sociedade civil potencialmente interessados na transformação do status quo na área da saúde (Campos, 2008a)⁷.

Pouco em seguida pode perceber que seu convite público à radicalização não fora feito com a devida generosidade que se costuma dispensar aos pares. Sônia Fleury (1988) se encarregou de uma pronta resposta, próxima do tom pessoal, em que literalmente procura enquadrar politicamente aquele discurso. Em sua longa “tréplica”, Campos se rearticula numa mea-culpa, mas patenteando sua indignação pelo que considerou uma redução do debate a um patrulhamento dogmático, quase

⁶ Duas outras características desta obra são indiciárias do centro do debate: a leitura do movimento pelas categorias gramscianas e o subtítulo derivado da obra de Arouca (Paim, 2008).

⁷ Não se pode descartar uma crítica velada ao discurso de Arouca (1987:39) que asseverava não pretender-se excluir “nenhum grupo envolvido na prestação de serviços”, referindo-se aos empresários “sérios” que não estivessem a serviço da mercantilização da saúde.

acusatório de “revisionismo” (Campos, 2008b). Esboçava-se um vulto de centralismo democrático nas relações do “movimento”.

A expressão “reforma sanitária” foi apropriada em momentos diversos pelos sujeitos individuais e coletivos⁸, e acrescida da idéia de “movimento” numa segunda etapa, na intenção de se construir a idéia de mobilização ideológica⁹. Desde então foi cingindo-se progressivamente como sinônimo do discurso radical, também cada vez mais restrito às categorias gramscistas de análise, como retrata Escorel (2006:189): “[...] parece-nos que o Movimento Sanitário tem conseguido hegemonizar a luta pela Reforma Sanitária (e com isto imprimir a direção do processo) [...]”.

A atualização de Gramsci para o pensamento radical em saúde pública será uma preocupação extensiva nos anos 1980, em que se destaca a coletânea “Reforma Sanitária: em busca de uma teoria”¹⁰. A seu ver, a sociedade comporta as dimensões civil e política; em que, grosseiramente, a primeira se responsabiliza pela conformação ideológica – superestrutura – e a segunda pela coerção, num arranjo de “força e convencimento” (Sader, 2005:8); ou nas palavras da área, “[...] a ampliação da concepção de Estado em Gramsci pode ser apreendida pela sua definição do Estado como ‘sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia revestida de coerção’” (Teixeira, 2006:34)¹¹.

Alguns conceitos se tornaram nucleares para este discurso radical. Entre os principais sem dúvida figura a noção de “bloco histórico ideológico” representando a

⁸ Segundo Paim o CEBES começou a utilizar esta expressão em 1977. Na Abrasco ela emerge em 1985 nos textos que antecedem a 8ª CNS, enquanto que em seu “Boletim” viria aparecer apenas no “editoriais a partir do primeiro número de 1986” (Paim, 2008:98, 101).

⁹ Polanyi (2000:277), ao considerar o fascismo, esclarece: “O próprio termo ‘movimento’ era equivocado, uma vez que implicava uma espécie de alistamento ou participação pessoal de grandes massas”. No “movimento preventivista”, ver Arouca (2003:36). A consolidação de seu uso na reforma sanitária não é clara, mas segundo consta na biblioteca virtual Sérgio Arouca a dissertação de Sarah Escorel parece ter desempenhado um papel nesta direção: “orientada por Sergio Arouca em 1986, Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário, a atuação desse grupo foi chamada pela primeira vez de movimento sanitário”. [acessado em 25/ago/2009]. Disponível em: <http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/sanitarista05.html>.

¹⁰ Entre outros, ver Coutinho (2006), Gallo (2006) e Teixeira (2006).

¹¹ Esta é uma citação de Gramsci que se encontra em vários textos, por exemplo, Paim (2008:40), cuja referência está “Gramsci A. Cadernos do cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v.3. (p.244)”

articulação da infra-estrutura com a superestrutura. Sob este prisma, embora deva considerar todas as pessoas como intelectuais, uma luta contra-hegemônica deve se focar sobre aqueles com maior poder de vínculo entre as estruturas sociais e as concepções mundo: os “intelectuais orgânicos” ou “funcionários da superestrutura” (Portelli, 1977). São eles que fornecem a filosofia e coordenam o processo de difusão, gestão ideológica e normatização do conjunto da sociedade. Portanto, o ideal revolucionário se inicia pela desagregação do bloco histórico, anulação dos intelectuais orgânicos e “integração” da nova ideologia¹²; o que somente pode se estabelecer através de sua difusão e assimilação por todas as classes sociais, essencialmente nos extratos médios na forma de “senso comum”, ainda mais potencializado se se encaminha para uma expressão cultural mais elementar, ou folclórica (Portelli, 1977). A efetividade de uma estratégia de difusão ideológica contra-hegemônica torna-se uma questão vital, que exige uma complexa articulação entre a produção de material ideológico e o domínio de estrutura difusoras¹³.

Um conceito fundamental por situar a estratégia revolucionária em segundo plano foi a noção de que nas sociedades mais organizadas o poder diluído na estrutura burocrática exerce um papel tão ou mais importante do que o poder coercitivo, fato que antevê a reconformação ideológica como uma luta prolongada e necessariamente densa na disputa pela apoderação dos espaços burocráticos: a “guerra de posições”¹⁴. As conquistas, palmo a palmo, devem se preocupar a revolução passiva, “[...] que permite reacomodações hegemônicas entre as classes e frações no poder”; e o transformismo, quando intelectuais partidários aderem às idéias prevalentes (Gallo, Nascimento, 2006).

Decisivo na receptividade daquele referencial como estratégia de campo é a convicção de que um movimento revolucionário possa assumir a hegemonia antes de

¹² Na saúde pública, o termo “integração” passa também a conotar esse novo significado.

¹³ Por “estrutura ideológica” entendam-se particularmente escolas, uma vez que o corpo jurídico, militar, midiático ou religioso são menos permeáveis à difusão contra-hegemônica. “Material ideológico” relaciona-se com todo o campo de produção cultural da sociedade: livros, textos, filmes, denominações públicas (ruas, praças, instituições, prêmios...) etc.

¹⁴ Não necessariamente se opõe à “guerra de movimento”, como combates reais ou greves; ou à “guerra subterrânea”, como movimentos clandestinos (mas sempre será um corolário destas). Num processo revolucionário, “a verdade é que não se pode escolher o tipo de guerra que se quer”, a não ser em casos muito específicos (Gramsci, in: Sader, 2005:73).

se tornar o poder instituído: “É no marxismo – de modo essencial em Gramsci (1975)¹⁵ – que se buscará a fundamentação intelectual de uma **possibilidade simultaneamente reformadora e revolucionária**” (Damaso, 2006:74, grifo meu).

Pensando radicalmente a saúde pública

O pensamento radical tinha sua máxima acadêmica na “análise concreta de situações concretas”. Mas a leitura e estratégias de transformação socialista do Estado a partir da saúde pública sofreram variações importantes. Numa concepção descrita como marxista-funcionalista, concentrada na dualidade capitalista acumulação versus legitimação e em balizas estruturalistas como Althusser e Lévi-Strauss, um conjunto inicial de intelectuais distinguia pouco valor na discussão setorial imediata, desde que ela continuaria presa à mesma estrutura social dominante. O sujeito e o subjetivo ainda não estavam organicamente incorporados:

[...] observa-se que todas as interpretações convergem para a explicação mais fundamental, relativas às articulações entre saúde e produção econômica. Os níveis político e ideológico, embora presentes, não recebem um tratamento capaz de elucidar não só sua dinâmica própria, como também as relações contraditórias com os outros níveis (Teixeira, 2006:18).

Sem que se configure em pontos estáticos de clivagem entre as formas de pensar, uma linha mais “estruturalista” via a práxis transformadora em relação direta com apropriação dos aparelhos estatais, a “via do Estado”. Um subgrupo que se poderia chamar de “autonomista” desacreditava nesta opção em favor da radicalização reformista/revolucionária pela mobilização dos movimentos sociais de base (a exemplo do MST):

Isso entra em contradição aberta com a tática reformadora, que prioriza a atuação intra-estatal em detrimento daquela junto aos movimentos sociais – fundamentais para o desenvolvimento do da Consciência de classe – e que questiona basicamente o regime. [...] (Gallo, 1995:43).

¹⁵ O autor se referencia a “Gramsci, A. *Quaderni del carcere*, Turim, Einaudi, 1975”.

Outra corrente com olhar “sistêmico, era a mais técnica e menos orgânica entre os subconjuntos:

[...] há personagens importantes que se aproximam, enquanto “tipos ideais”, dos líderes dos dois grupos contentores aqui identificados. Há por um lado, aqueles que, como Chicão, prefeririam, ao que tudo indica, se identificar publicamente como estrategistas políticos da saúde. [...] Por outro lado, há os que, como Eugênio Mendes, provavelmente se sentiriam melhor assumindo publicamente a identidade de estrategistas técnicos da saúde (Samarriba, 1995:204-5)¹⁶.

Para outra tendência, os fenômenos sócio-políticos e culturais deveriam ser vistos à luz de uma historicidade em que o próprio sujeito é parte essencial, forçando-lhe a diferenciação com os fatos naturais. Esta vertente “historicista”. Como resultado, a acumulação versus legitimação da concepção histórico-estrutural se volta para a acumulação versus luta pela hegemonia.

Grosso modo um sentimento tácito de transformismo fará ronda sobre todos os que assumem posições técnicas ou executivas na estrutura dos aparelhos estatais de saúde, especialmente para aqueles que no terreno das práticas se aproximassem do discurso da social-democracia¹⁷. Enfim, este universo reproduz em alguma escala a observação de Fiori sobre o os efeitos do imobilismo conservador dos governos europeus de esquerda no século XX, provocando “[...] de forma definitiva e irreversível, a divisão ‘funcional’, dentro da esquerda, entre a ‘crítica intelectual’, a ‘mobilização social’ e a ‘gestão de governo’” (Fiori, 2006).

¹⁶ Imagino que dificilmente Eugênio Vilaça seria elencado como tal em numa lista organizada entre pensadores radicais. Mas, não se pode negar sua identificação discursiva, por exemplo, na análise das políticas de saúde da década de 1980: “[...] vão conformando dois grandes projetos político-sanitários alternativos: o contra-hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico assistencial privatista” (Mendes, 1999a:34).

¹⁷ Um episódio importante e inicial foi a polêmica interpretação da Abrasco sobre a proposta de reorganização do sistema do INAMPS, organizada por Hésio Cordeiro, José Gomes Temporão, José Noronha entre outros: “[...] tal acusação contra a equipe dirigente do Inamps parecia ignorar todo o trabalho de militantes históricos do movimento sanitário inseridos naquela autarquia” (Paim, 2008:130). Este autor ainda mostra como estas desconfianças se deslocariam para o debate das AIS e SUDS.

Grandes obstáculos

Vicissitudes políticas e a baixa representatividade social de seus intelectuais coletivos, particularmente na desejável aliança com o movimento trabalhista, acabaram configurando o movimento sanitário como uma “proposta ético-política” de identidade contra-hegemônica (Vaitsman, 2006). O comunismo de Rodriguez Neto (1985,1997) não perde de vista que os avanços setoriais e criação do SUS foram conquistas que exigiram uma grande mobilização do movimento sanitário, ratificando sem receio a propriedade dos esforços depreendidos pela via do parlamento, especialmente diante das opções que se punham em disputa. Longe do discurso triunfalista, preocupa-se com a reverberação do discurso do “não deu certo”, pois uma vez ressoado na sociedade equivaleria ao movimento “morrer na praia”.

Ao logo da década de 1980 os infinitos obstáculos forçariam uma proximidade do conjunto do discurso radical pela “dialética do possível”. Tal expressão, assim como “Partido Sanitário”, monotonamente surge carregada de uma “concepção axiológico-negativa”, para aproveitar o dizer de Edmundo Gallo (1995). Apesar de neste primeiro momento mostrar-se inflamado ante aquela visão, não deixou de reconhecer os substantivos avanços setoriais da “[...] linha social-democrata do Movimento Sanitário que conseguiu atrair, em função da avaliação conjuntural, os socialistas de tendência institucional. [...podendo] até chegar a uma sociedade modernizada e embasada na cidadania”, mesmo que não alterasse sua estrutura produtiva. E não foi pouco o que viram: significativo processo de modernização setorial; realocação de despesas para o setor público; um SUS constitucional; direito à saúde como dever estatal; avanço na consciência sanitária (saúde como direito); maior interação com a sociedade civil do que outros setores (Gallo, Nascimento, 2006:116).

Um problema é que todo esse pensamento sempre se viu em posição conspurcável pela própria abrangência de seu desejo de mudança. No caso da reforma “pelo alto”, ou de “dentro para fora”, sempre houve a chance de expiação pela “dialética concreta de situações concretas” (Oliveira, 1989). Mas, democracia¹⁸ e cidadania¹⁹

¹⁸ A questão da democracia é espinhosa para a radicalidade mais extremada – tanto faz de direita ou esquerda. Como diz Norberto Bobio (2001:75): “No linguajar de uns e outros, democracia é sinônimo de mediocracia, entendida como domínio não só da camada média, mas também dos medíocres”.

têm sido temas capciosos com pressupostos liberais de difícil superação ou ressignificação no senso comum, fazendo-os um paradoxo social-democrata necessário²⁰:

No entanto, se por um lado a cidadania enquanto relação individual de direito entre o cidadão e o Estado, é a negação da existência das classes sociais, por outro lado, seu reconhecimento, contraditoriamente, foi imprescindível para a constituição, organização e luta das classes dominadas (Teixeira, 2006:21).

Assim, a luta pela cidadania, não obstante sua identidade social-democrata, representaria um “pré-requisito” para projetos mais avançados, a exemplo da Reforma Sanitária (Paim, 2008:271)

Seja pela longevidade esperada da guerra de posições, seja mesmo pelo ideário socialdemocrata de Bernstein e sua “[...] transformação permanente, e sem fim, de dentro do próprio capitalismo” (Fiori, 2006), o certo é que a saúde não deverá nunca alcançar seu “dia D”, como disse Fleury (1997). Este combate sem tréguas em defesa dos direitos sociais das classes subalternas – e contra uma ideologia liberal que nunca esmorece – cobrou seu preço ao dificultar um redirecionamento de esforços que favorecesse a diminuição concreta entre seus militantes e os movimentos sociais e trabalhistas de base (Cordeiro, 2005; Santos, 2008a). E o preço foi alto também no campo das idéias, pois a reiterada renovação do discurso em favor do povo e dos trabalhadores, tão caro ao pensamento radical, não conseguiu estabelecer um caminho efetivo para sua confluência intelectual:

[...] a tática utilizada pelo Partido Sanitário não correspondia à estratégia por ele propugnada: ao mesmo tempo que apontava o socialismo – “o poder (efetivamente) do povo” – isolava a possibilidade de efetiva participação

¹⁹ Para Marshall (1967) cidadania traduz-se em direitos civis (liberdades individuais de ir e vir, imprensa, pensamento, fé, propriedade e justiça); políticos (votar e ser votado, existência e direito de integrar instituições políticas e sociais); e sociais (justamente os indeterminados: direito a um mínimo de bem estar de acordo com os padrões da sociedade).

²⁰ Uma parte da consciência radical abjura à lógica estruturada da saúde, enquanto a outra clama por serviços para o doente das classes empobrecidas. Mesmo autores polares tiveram dificuldade de fugir desta armadilha conceitual: “[...] já que não se pode pensar em uma cidadania plena sem que os direitos à saúde estejam assegurados” (Gallo, Nascimento, 2006:93).

popular, trabalhando cada vez mais em nome da população, e não em uma articulação orgânica com os setores populares (Gallo, 1995:45).

[...] o movimento sanitário fala e milita de um lugar social que se pode classificar como restrito a um grupo relativamente privilegiado da sociedade, falando pelos desapropriados da cidadania. Em consequência, seu alvo principal de atuação sempre esteve mais voltado para o Estado e a reorganização institucional do sistema de saúde brasileiro do que para a sociedade, falando junto com ela (Cohn, 2008).

A baixa representatividade social também repercutiu na insuficiência de autoridade para que o CEBES ou a Abrasco fossem reconhecidos oficialmente como um interlocutor da sociedade civil junto ao Estado nas discussões da saúde pública. Este sentimento inoportuno contrasta com a auto-imagem de quem gostaria de se ver legitimado “[...] como um *intelectual coletivamente orgânico* das classes trabalhadoras no campo de luta da saúde”, mas esteve continuamente acuado pelo “fantasma da classe ausente” (Escorel, 2006:186, grifo original). Sucede-se como que um *déjà-vu* sobre o processo de criação do Ministério da Saúde, quando o movimento sanitarista intelectual teve que ceder espaço para os interlocutores políticos; agora também representados pelos conselhos de secretários de saúde e conselhos de saúde. Vê-se rumores de dissensão. Já na década de 1990, Jairnilson Paim, radical histórico, infere que o movimento municipalista que chega ao Conasems, assim como o Conass, se traduz em formas de pensamento externas ao movimento de reforma sanitária (o que deixa o “movimento” como sinônimo de uma linha radical historicista):

“Essa tem sido a tônica da atuação desses dois atores sociais na construção do SUS. Mas quais as concepções e posições defendidas pelo movimento sanitário diante desse momento conjuntural? Como se apresentava o pensamento do CEBES e dos intelectuais orgânicos da RSB [reforma sanitária brasileira]? (Paim, 2008: 253),

Para este autor, apenas com representações que partem do próprio estado, isto é, sem representação civil importante, a reforma sanitária perdeu seu ímpeto de reforma

social, restringindo-se a uma reforma parcial de consolidação do SUS, e como tal, tendente à manipulação político-ideológica que mantém o *status quo* da sociedade. Nesta seqüência conclui (valendo-lhe uma citação longa):

Se é verdade que o Cebes e a Abrasco imprimiram certa direção ideológica e cultural ao *movimento*, fundamentando os princípios e proposições do *projeto*, a condução política nessa conjuntura recente deslocou-se para os gestores (Conass e Conasems), parlamentares (Frente Parlamentar de Saúde) e associados (Plenária dos Conselhos de Saúde). Este efeito, como expressão da mudança de correlação de forças nacionais e internacionais, pode explicar a ênfase nas dimensões setorial, institucional e administrativa da Reforma Sanitária, representadas pelo SUS, em vez de insistir em debilidades decorrentes da natureza reformista do *projeto*.

O caráter reformista do *projeto* e a estratégia de *guerra de posição* adotada pelo *movimento* em diversos momentos não podem ser confundidos com a *revolução passiva* e o *transformismo*. Estes conceitos parecem caracterizar muito mais o desenvolvimento da sociedade brasileira no seu conservar-mudando e mudando para conservar do que, propriamente, o *processo* da Reforma Sanitária (Paim,2008:324, grifos originais).

Do social, ao setorial, ao individual

Nos limites setoriais a matriz radical se caracteriza pelo repúdio ao modelo de história natural da doença e da multicausalidade, substituindo-os pelo conceito de determinação (Escorel, 1999:27; Teixeira, 2006)²¹, mais à frente adido do processo de trabalho em saúde (Gonçalves, 1994).

A justificativa pode ser ilustrada pelo um argumento de Gerschman (2006:125): “Não caberia pensar em leis dos objetos sociais, como se pensa na regularidade do comportamento dos objetos físicos. Não havendo leis, não poderia haver causas que explicasse o comportamento dos fenômenos”. Na mesma coletânea Dâmaso aproveita para questionar: “Terão o movimento e a reforma sanitária produzido

²¹ O modelo de história natural da doença repercutiu numa tertúlia entre Juan César García e Sérgio Arouca. Ver García (1989 - especialmente a introdução de Everardo Nunes na p.16)

realmente um contradomínio epistemológico no saber saúde-doença?”. A idéia era que se estava a caminho:

Não se trata de melhorar o sistema, mas de transformá-lo estruturalmente, invertendo a lógica do seu funcionamento, introduzindo no planejamento de saúde a categoria das lutas de classes. Não se trata mais de assistir e de integrar os doentes, mas de atuar ao nível das condições sociais de produção das doenças. Esta concepção de base – a da determinação social da doença – vai sendo, desde então, progressivamente elaborada, a partir do aporte simultâneo dos estudiosos da área (Damaso, 2006:72).

Organicamente pouco numerosos – especialmente se considerar a clínica – e concentrados em amplos debates, é inegável que a atuação no cotidiano dos serviços foi sua maior fragilidade, com pouca produção teórica específica em relação aos CSs. Esta baixa inserção nos serviços também contribuiu para manter o discurso da determinação em um nível setorial e sociológico, mas com muita dificuldade em transpor-se de maneira convincente para as práticas, ainda mais como instrumental clínico.

Neste ponto do cuidado ao adoecimento individual, a análise de Ricardo Lafetá me parece insuperável. Em sua leitura, a fundamentação sociológica do processo saúde/doença no materialismo histórico traz uma nova dimensão epistemológica à interpretação do conceito de saúde, mas não sem novas dificuldades, paradoxos ou maniqueísmos. Entre as dificuldades, desenvolver operacionalidade clínica para conceitos envolvidos como classe social. Entre os paradoxos, quando se inclina à pretensão de explicar e fornecer diretrizes para o conjunto da vida – dentro de um conceito de saúde ampliado – a partir de categorias e recortes setoriais, o que lhe aproximaria da causalidade ao mirar-se no determinante em busca de uma solução terapêutica definitiva: “Vê-se bem que uma finalidade acaba por identificar, em um primeiro momento, o objetivo como objeto e, de tanto ressaltá-lo, substituir um pelo outro. Em outros termos, tudo se passa como, em sabendo o que quero, sei o que é

como fazer”. Maniqueísta quando “Contra um reducionismo ao biológico, vislumbra-se a possibilidade de uma sua quase “eliminação”” (Novaes, 1997)²².

Enfim, se a dimensão “[...] ‘epistemológica’, acusa a velha saúde pública de pensar os fenômenos em ordem invertida, qual seja, a de tomar o efeito como causa”, o fato é que esta verdade tantas vezes repetida nunca logrou base para que se pudesse travestir na clínica da “atitude ausente”. Para o autor, a realidade é que nas patologias definidas em que há possibilidades de intervenção terapêutica específica, em última instância, o conceito de causalidade jamais pode ser superado. Mas isto não anula a determinação, pelo contrário, formariam um conluio magnificador, onde esta entraria como elemento reflexivo da causalidade (Novaes, 1997).

O PENSAMENTO COMUNITÁRIO EM SAÚDE PÚBLICA

Os médicos são os advogados naturais dos pobres e os problemas sociais caem em larga extensão dentro de sua jurisdição.

Virchow, 1948

A corrente do pensamento comunitário²³ tem relação direta com o discurso histórico que se liga aos CSs, mas só viria ganhar maior clareza – mesmo pela sensação de pertencimento – em tempos de Programa de Saúde da Família, isto é já na década de 1990²⁴.

Nos anos precedentes, até em função da baixa produção teórica específica, sua leitura do papel da saúde pública nas transformações sociais partilhou do discurso radical do senso comum, em anuência a um corpo de ideais comuns – como a luta contra

²² Recentemente Kenneth Camargo Jr (2007) causaria estranhamento no seio radical ao dizer que uma concepção positiva de saúde como panacéia não se isenta de efeitos colaterais. Como diria Samuel Pessoa, “Mas também todo dogmatismo é prejudicial [...]” (Pessoa, 1960:123)

²³ Nas primeiras versões do estudo denominei esta linhagem de “social-comunitária” (até por uma sonoridade mais harmônica). Mas, ao ponderar o maniqueísmo sobre o olhar social no pensamento em saúde pública, percebi que estaria incorrendo no mesmo problema. Isto é, agregar um termo que ajuíza valor exclusivamente a uma família de pensamento repercute diretamente sobre o radicalismo, discurso social por excelência, que se veria preterido desta espécie de *a priori* analítico.

²⁴ Importante frisar que “linhagem de pensamento comunitário em saúde pública” não é sinônimo da especialidade médica da Medicina Geral Comunitária/Medicina de Família e Comunidade, embora tenham grande interface.

ditadura e a favor da universalidade da saúde –, porém preservando uma distância pragmática no que se refere ao tensionamento da luta de classes²⁵. O que estes poucos anos têm mostrado é que a tendência esquerdista do pensamento comunitário em saúde pública é flutuante e impassivelmente sincrética, e não seria de todo equivocado dizer que acompanha as inconsistências das várias revisões que o pensamento de esquerda mostrou ao longo do século XX: sem dúvida mais concentrado na social democracia e, possivelmente, com uma propensão liberal sobrepujando à marxista (Fiori, 2006)²⁶.

Com menor visibilidade história (à semelhança da participação roquefeleriana), no plano setorial e da educação médica a medicina comunitária/de família grassou preponderante no cotidiano das práticas, sustida pelos esforços continentais da OPAS, agora fomentada pela filantropia da Fundação Kellogg. Tal empenho pode ser nos projetos de medicina comunitária dos anos 1970; nos programas de integração ensino-serviço, denominados de “integração docente-assistencial – IDA” (mais tarde como rede UNIDA) etc.

A primeira Conferência Pan-Americana de Educação Médica, realizada em 1966 na cidade de Bogotá, marca o esboço de idéias que comporia o Programa de Ensino de Medicina Comunitária, patrocinado pela Fundação Kellogg e operacionalizado pela Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina – FEPAFEM. O tema central, “A educação médica como fator de desenvolvimento econômico e social”, nos deixa claros indícios do âmago das divergências sobre seu modo de pensar as transformações sociais, acusadas pelo pensamento radical nas décadas seguintes.

Até 1977, os passos desta história estão descritos em minúcias por Ceitlin (1978). Justamente em 1978, ano de Alma-Ata, há uma acentuada inflexão discursiva através de uma série de seminários nacionais que desembocaram na medicina familiar como tema da VII Conferência Pan-Americana de Educação Médica (no ano seguinte a

²⁵ Diria Florestan Fernandes: de uma solidariedade “[...] passiva, por assim dizer de compaixão sintomática, e de crise de consciência” (Fernandes, 1989:47).

²⁶ Os indícios versam desde a matriz liberal do pensamento clássico e discurso institucionalizado da APS, até o atrelamento do PSF como bandeira política da esquerda liberalizante.

questão entraria na pauta na Conferência da Associação Médica Mundial em Caracas), impulsionado a atuação da FEPAFEM pelos próximos anos (Chaves, 1982)²⁷. Mas a complexidade envolvida logo estenderia esse debate para a conformação de “modelos compreensivos de assistência à saúde” e da integralidade da atenção, recuperando o antigo discurso da medicina compreensiva – ou integral²⁸. Os modelos compreensivos baseados em ações integradas seriam difundidos pela OPAS por meio das propostas dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS – ou, talvez mais conhecidas, os Programas de Ações Integradas de Saúde – PAIS (Novaes, 1990). A integração docente-assistencial e o generalista são elementos apriorísticos: “A figura central do planejamento de serviços de saúde integrados é o médico em medicina comunitária” (Novaes, 1990:57).

Antes de prosseguir com a caracterização desta linhagem de pensamento em saúde pública, é preciso notar que tipologias com identificações políticas neste campo foram coligidas em outras ocasiões. Numa ótica particular, Eugênio Vilaça descreveu três proposições políticas para o setor saúde: incrementalista, racionalista e estruturalista. Defendendo a última opção, sugere o aproveitamento do PSF para alterações estruturais na concepção do processo saúde doença (maior positividade), no paradigma (nova cultura) e prática sanitária destes novos ideais – deixando à mostra um olhar mais técnico do que do propriamente político, em que as alterações estruturais preconizadas não se coadunam intimamente com a idéia do estruturalismo radical (Mendes, 1999b).

Outra categorização deriva de um estudo sobre o ensino da medicina preventiva realizado em 1976 pelo PESES²⁹, no qual foram identificados três modelos de atuação institucional entre os Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS): o mínimo legal, o liberal e o racionalizador (Santos et al., s.d., citado por Escorel, 1999). O liberal se embebia da sociologia funcionalista; história natural da

²⁷ Especificamente “O renascimento da medicina geral” (p.40).

²⁸ “Neste trabalho utilizamos os termos ‘atenção médica integral’ com o mesmo significado de ‘assistência médica integral’ ou ‘ações integradas de saúde’, ‘redes integradas’, ou ‘atenção integral à saúde’. O termo ‘integral’ também tem a mesma conotação de ‘compreensivo’ (Reader, Soave, 1990:XXIV).

²⁹ Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde. Para detalhes ver Escorel (1999), especificamente o capítulo 6: “A academia”.

doença; conceito ecológico do adoecer; ciclo vicioso da doença e pobreza; necessidade de integração inter-departamental; e da responsabilidade da mudança de atitude médica na melhoria do padrão de saúde da sociedade. Em oposição, o modelo racionalizador apregoava “enunciar a partir da prática” e, vinculado à burocracia estatal, atuava na integração ensino e serviço, no desenvolvimento de programas comunitários, equipes de saúde e estrategicamente no conceito de integração docente-assistencial – IDA (Paim, 1986³⁰; Escorel, 1999). Segundo esta última autora, o a “teoria social da medicina” proposta por Arouca ensejaria um novo modelo, que chama de médico-social, dentro de uma “abordagem histórico-estrutural, materialista marxista” (Escorel, 1999:25). Trilhado por caminhos e objetivos diferentes, a leitura das correntes liberal, médico-social e racionalizadora do recorte transversal do PESES, guarda proximidade com o que venho sugerindo como linhagens clássica, radical e comunitária em um recorte longitudinal³¹.

Entre a teoria e a prática

As abordagens teóricas em políticas sociais revisadas por Marco Antônio Coimbra (1989) me proporcionaram um caminho efetivo de identificação política para o pensamento social comunitário (referência para a síntese que se segue)³². Em resumo as políticas sociais estiveram historicamente polarizadas entre os coletivistas e antioletivistas, com entremeios variáveis; e que sob outra ótica revelavam-se em individualistas (liberais), reformistas ou estruturalistas (marxistas). Nesta base, Coimbra propõe uma tipologia de sete estruturas discursivas internacionais para o campo da política social: perspectiva do serviço social; teoria da cidadania;

³⁰ Capítulo 2: “Medicina Preventiva e Social no Brasil” (Paim, 1986:29). Texto originalmente publicado em Saúde e Debate 1981;11:57-9.

³¹ Escorel (1999) foi quem me chamou à atenção para o estudo do PESES (infelizmente não consegui recuperar o estudo original). Fiquei surpreso, na verdade um pouco perplexo, ao ver como o quadro comparativo que havia desenvolvido poucos dias antes, e que apresento ao final do capítulo, se correspondia com o que ela apresenta. Embora já tivesse lido o texto de Paim (1986), é provável que o foco do momento não me tenha favorecido uma percepção mais apurada. Vejo duas ressalvas ao modo como aquele recorte é apresentado: a excessiva polarização que contamina as análises, nas quais o modelo médico-social recebe a exclusividade do pensamento crítico; e, que as próprias denominações utilizadas favorecem interpretações descontextualizadas (ver primeira nota deste tópico).

³² Devo a Gerschman (2006) esta ótima leitura, que se acompanha de outras duas não menos agradáveis.

funcionalismo; teoria da convergência; marxismo; pluralismo; e teorias econômicas da política social.

A perspectiva da assistência social, que há muito se deixou de confundir com a profissão homônima, é a mais antiga a considerar sistematicamente as políticas sociais. Sem um corpo teórico preciso, sua maior característica é a vocação pragmática e o lidar empírico com os relegados da competição mercantil desde as origens liberais ortodoxas. A coadjuvação teórica está relacionada ao seu próprio objeto:

“[...] a idéia nuclear desta perspectiva é a de “*melhoria social*” e não a preocupação com o estabelecimento de um corpo de conhecimento sobre as determinações dos problemas sociais. Para ela, a questão é *prática*, sendo seus representantes movidos mais pelo desejo de mudar (ou, talvez melhor, de “consertar”, e “remediar”) o mundo, do que de entendê-lo (Coimbra, 1999:77, grifos originais).

Numa espécie de “empirismo ingênuo”, esta corrente se inclina a considerar política social a partir da própria denominação conferida pelas propostas governamentais – o que tende a se repetir no setor privado (empresas com investimento em “política social”)³³. Por um lado fica exposta ao questionamento de seu papel na racionalização e legitimação ideológica³⁴; mas por outro, de maior importância e que a distingue das demais correntes, está a praticidade de suas interpretações e decisões, a preocupação com os problemas socialmente relevantes e o censo de valores humanitários que carrega (Coimbra, 1999).

A “teoria da cidadania” transitou sem concorrência até os anos 1970 no plano teórico, embora também não se caracterizasse pela base conceitual, subordinada em grande parte ao texto de Marshall (1967). Isto lhe confere identificação com a

³³ O plano de saúde da família CASSI do Banco do Brasil é um meio-termo interessante. Em 09/2009 o sítio da CASSI apresentava as seguintes chamadas: “A Caixa de Assistência realiza entre os dias 21 e 24 de setembro o I Congresso de Saúde da Família CASSI, em Brasília. O principal objetivo do evento é aprofundar questões relacionadas à Estratégia Saúde da Família (ESF)”. Em outra chamada: “A Unidade Rio de Janeiro promoverá na próxima sexta-feira, 18, a VI Conferência de Saúde”. [acessado em 21/set/2009]. Disponível em <http://www.cassi.com.br/>.

³⁴ Base da crítica de Donangelo (1976) à medicina comunitária.

linhagem anterior, ainda mais quando se considera a implicação institucional dos direitos sociais e sua dependência das políticas de assistência social. Do conjunto de direitos civis, políticos e sociais, o último é o que menos se define, abstração que contribuiu para que o debate seja aplicável às diferentes sociedades e épocas, com forte senso ético da justiça social e de igualdade entre os cidadãos:

Antes, ela implica possuir os *mesmos* direitos, na esfera do civil, do político e do social. Implica, portanto, que *todos* tenham iguais condições de acesso ao mínimo que a sociedade, no estágio de desenvolvimento em que estiver, aceita como tolerável (Coimbra, 1999:85, grifos originais).

O “funcionalismo” olha para a sociedade como um sistema de funções determinadas que carece de instancias de integração e harmonização, sejam religiosas, familiares ou modernamente as políticas sociais. A “teoria da convergência”, variante funcional, versa sobre a tecnologia como determinante da estrutura social, no sentido de que o processo e a industrialização invariavelmente conduzem as sociedades para uma convergência das políticas sociais necessárias, mas sem que isto signifique uma padronização estatal (estaria representada em Alma-Ata, ou nos sistemas de saúde internacionais como variantes da mesma questão?).

Não resta dúvida que pensamento comunitário em saúde pública está umbilicalmente ligado à perspectiva política da assistência social; remetido em última análise a um ideário dos CSs que tem sua origem associada à filantropia voltada para assistência social e enfermagem. Isto também equivale a dizer que neste momento estabeleço a linhagem comunitária em continuidade (contigüidade) com o pensamento clássico. Como exposto, este discurso foi clivado por Alma-Ata, onde o tema “centro de saúde” é desfocado do sentido institucional e ampliado para “atenção primária” e saúde da comunidade. Ao longo dos anos reelabora sua visão antropocêntrica pela reflexão crítica radical e naturalmente pela sistêmica e complexidade. A OPAS contribuiu fortemente na modelagem deste novo discurso a partir de propostas de medicina integral, comunitária e sistemas locais de saúde, como presente nos SILOS (Novaes, 1990).

Um encontro muito interessante sobre a cultura dos CSS com as propostas de programação em saúde difundidas pela OPAS, saúde comunitária e pensamento radical, pode ser visto em Schraiber (1990), um meio-termo radical entre o discurso clássico e o PSF. Nada mais ilustrativo desse amálgama do que o discurso da visitadora como parâmetro da dinamicidade do CS compondo com um universo de sistema de saúde e atenção primária³⁵:

As demais atividades previstas pela Programação como a visita domiciliar, a convocação de faltosos e os trabalhos de grupo também sofreram com a situação. [...] A esse respeito, é ilustrativa a fala de um dos entrevistados: *“eu era contra colocar visitadores para atividades internas. Os comunicantes [de hanseníase] precisam ser “batalhados”, senão, não voltam. O que aconteceu foi isto, as unidades ficaram estáticas, não se deu mais importância ao trabalho de saúde pública mesmo.* (Nemes, 1990:99, grifos originais).

Pelo menos dois fatores, um específico e local, e outro inespecífico e global, são mais facilmente identificáveis nessa redefinição e diáspora com o radicalismo. Por um lado, o PSF trouxe a reboque o revigoramento da medicina de família e comunidade, jovem especialidade que desde então vem forjando identidade própria dentro da saúde coletiva. Embora se aproprie de conceitos do discurso radical, recupera cada vez mais elementos oriundos do discurso clássico e internacional, especialmente da APS. Ademais, surpreendido por vida inteligente fora de seus círculos radicais, a idealização de Unidades de Saúde da Família (USF) na gestão peemedebista de Henrique Santillo como Ministro da Saúde (Viana e Dal Poz, 2005) sofreu críticas incisivas de todos os lados, seja da sua baixa “potência” transformadora (Merhy e Franco, 2002), ou à idéia de médicos generalistas:

³⁵ Interessante observar como a dimensão histórica se encontra limitada no discurso do SUS. Jairnilson Paim, ressaltando a originalidade da participação social na feitura do SUS, assegura que “[...] a Reforma Sanitária e o SUS emergem nessa conjuntura e nada têm a ver com o higienismo, o sanitarismo e o desenvolvimentismo do século 20” (Paim, 2008:260).

Quanto ao médico generalista, à exceção de postos de trabalho em localidades isoladas, sua função não se mostrou adequada nem aos reclamos da demanda e tampouco das necessidades de saúde prevalentes num país industrializado – sendo, portanto, rejeitados pelos próprios usuários –, nem agradou aos médicos, que teimaram por não optar por uma carreira em que seu horizonte seria a especialização em generalidades (Campos, 1997:160).

Ocorre que em concomitância ao renascimento da medicina de família, presenciou-se o fortalecimento da atuação multiprofissional na assistência, em especial do papel da enfermagem. Esta situação difere daquela enorme valorização do papel da enfermeira encontrada no discurso clássico dos CSs, em que pouco lhe facultava participação intelectual efetiva na decisão terapêutica e organização dos serviços. Assim um novo valor à participação e voz de outras profissões no processo de gestão e decisão clínica real foi concretizado pela política de saúde da família; ideário presente desde o início no pensamento radical, que lhe proveu o necessário espaço político no discurso, mas sem contudo conseguir estendê-lo ao campo das práticas.

Do ponto de vista acadêmico, uma das características que dá maior significância à separação dessas linhagens é a atenuação da seletividade referencial, com reinserção do debate brasileiro da saúde no cenário acadêmico internacional aberto. Em um dos indícios mais significativos, Barbara Starfield, principal referência internacional em atenção primária, tem seus estudos sobre indicadores neste campo amplamente ignorados na literatura radical. Com o soerguimento da saúde comunitária esta autora foi redescoberta e não só passou a permear de maneira fluida a literatura da atenção básica, como teve seu principal livro editado numa parceria entre Ministério da Saúde e UNESCO (Starfield, 2002)³⁶, além de figurar nas mesas de eventos nacionais nesta área – notadamente os congressos brasileiros de Medicina de Família e Comunidade³⁷.

³⁶ O livro em formato eletrônico está disponível no sítio do Departamento de Atenção Básica (DAB). [acessado em 01/mar/2009]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>

³⁷ Outro indício da conquista de espaço acadêmico e político pelo pensamento comunitário revela-se na constatação de que o próprio Ministério da Saúde já não mais se mostra decidido sobre a expressão ideal a ser utilizada em seus textos, se “Atenção Básica” ou “Atenção Primária” (Mello et al., 2009).

Preventiva e comunitária

Por trás da contenciosa relação entre o pensamento radical e o comunitário usualmente esteve presente um pouco da disputa velada entre o teórico e o prático, que em alguma intensidade se traduz como ensino e serviço³⁸. Nas instituições assistenciais revolve a oposição entre grupos de orientação pragmática e leituras propositivas de mudanças emanadas do seio acadêmico. Esta situação, de sentimento tão corriqueiro, raramente aparece na clareza vista em Nemes (1990:95, nota 48):

Este trabalho³⁹ faz referência a duas “correntes” existentes na secretaria: os “teóricos” partidários da política da Saúde Pública voltada para as endemias, focos epidêmicos e saneamento, e os “práticos” que defendiam ações assistencialistas individuais ao contingente de desassistidos pelos serviços de saúde; o embate entre estas duas correntes esteve presente em toda a história da Saúde Pública paulista.

Neste litígio se oculta uma disputa pouco explorada na literatura: aquela que opõe a formação em Medicina Preventiva e Social (MPS) à Medicina Geral Comunitária (MGC). Embora lide diretamente com a medicina, respinga sobre toda uma abrangência multiprofissional característica deste campo, ainda mais reforçada pela atuação do CEBES e Abrasco.

Em 1979 existiam seis programas de residência em MPS, dois deles, ENSP e UFPB, de composição multiprofissional (Scorel, 1999). Neste mesmo ano se iniciava em Porto Alegre-RS a Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária do Centro de Saúde Escola Murialdo, regulamentada no estado em 1999 como “Residência Integrada em Saúde” (Falk, 2005)⁴⁰. Processo similar viria se difundir nos anos 2000 com residências e especializações multiprofissionais em Saúde da Família.

³⁸ É possível que esta questão de aparente maniqueísmo banal possa ter um sentido de verdade mais denso do que o percebido à primeira vista. É que na perspectiva da assistência social o conhecimento se processa a partir da prática, enquanto que a práxis marxista obedece a caminho inverso, com a formulação teórica precedendo a aplicação.

³⁹ Cadernos Fundap, 3(7):60-73, 1983.

⁴⁰ Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria 1699: cria a Residência Integrada em Saúde – RIS. Porto Alegre. 1999. A lei estadual 11789/2002 criaria o programa de bolsas específico.

Uma perspectiva da história inicial da oposição MPS e MGC nos é apresentada por Paim (1986)⁴¹. De interesse iminente, em 1979 foi regulamentada a residência em MPS pela Resolução 08/79 da Comissão Nacional de residência Médica (CNRM), órgão do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Em pouco tempo estes programas de residência viriam sofrer pressão no sentido de se aproximarem dos ideais de uma formação em medicina de família. O tensionamento culminou com a Resolução 07/81 (MEC/CNRM) que provocaria a seguinte atmosfera de recordação:

Esta Comissão do MEC, não satisfeita em institucionalizar a Residência em Medicina de Família no Brasil com o nome de “Medicina Geral Comunitária”, decidiu revogar dois artigos da Resolução 08/79, violentando os programas de Residência em Medicina Preventiva e Social (Paim, 1986:169).

Deste episódio resultaram conseqüências que se perenizaram: de manifesto, a reversão daquele ato por uma nova Resolução – 16/81 –, formalizando dois programas de residência médica voltados para o mesmo objeto. Menos evidente, o reforço da dicotomia discursiva teórico/empírico, no sentido da oposição entre a influência do radicalismo de matriz marxista versus a perspectiva da assistência social. A leitura gramscista – naturalmente indicativa do caminho inverso que deveria se realizar – mostra que a relação passa para o plano da concorrência:

Independente das críticas que possam ser feitas ao autoritarismo da CNRM, este evento é útil para ilustrar, no caso brasileiro, como um movimento ideológico aciona mecanismos políticos junto aos Aparelhos de Estado para viabilizar seu projeto e aniquilar ou neutralizar seus concorrentes (Paim, 1986:170)

Esta relação também adquirir uma tonalidade ontológica entre os programas, como de praxe, completamente polarizada. A medicina comunitária era vista como um programa organizado no exterior e exportado para o Brasil, ao contrário de sua congênere:

⁴¹ Capítulo 8: “Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política” (Paim, 1986:151)

[...] a Resolução 07/81, que regulamente a Medicina Geral e Comunitária, orienta a formação de um médico triagista, com pequena abrangência a nível técnico-científico, aplacador de tensões sociais e com pequena percepção crítica da realidade de saúde do país, enquanto a resolução 16/81, que regulamenta as residências de Medicina Preventiva e Social, contempla as diversas perspectivas de práticas para estratégias nos programas de especialização em Saúde Coletiva (I encontro, citado por Paim, 1986:172)⁴².

No final dos anos 1980, a visão do “movimento ideológico que aciona mecanismos políticos junto aos Aparelhos de Estado para viabilizar seu projeto e aniquilar ou neutralizar seus concorrentes” muda de lado, com a quase extinção dos programas de MGC provocada pelo corte das bolsas de residência destinadas àquela especialidade pelo INAMPS. Rejuvenescida em tempos de PSF, este fato foi prontamente lembrado no primeiro número da revista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Falk, 2004).

O convívio entre os programas caminhou no limiar da tensão, mas sem explicações categóricas que pudessem ser utilizadas publicamente para justificar a existência de dois programas de residência com objeto comum: a organização de serviços com foco concentrado na atenção básica e CSs. Passadas duas décadas e estabelecida a sobrevivência de ambos, o campo se viu compelido à organização de um encontro no DMPS da Unicamp para entender e enfim definir suas especificidades (Seminário, 1999). Se não cabe aqui adensar uma análise valorativa, o quantitativo apresentado soa indiciário dessa relação. Em seu relatório final, sumários apresentados no formato de tabela condensam as discussões, de forma que fica fácil a enumeração dos tópicos arrolados. No quesito “espaços de trabalho”, chegou-se a conclusão de que a MPS contava com 22 possibilidades contra 4 para MGC; no quesito “Competências”, para a MPS foram elencadas 25 aptidões subdivididas em quatro categorias, mais 6 aptidões inconclusivas (justamente aquelas mais relacionados à medicina clínica). Neste quesito a MGC viu-se com 8 habilidades em “medicina” e 6 em “saúde coletiva”. Por fim no pretensioso quesito “Saberes”, a MPS marcou 23

⁴² “I Encontro Nacional de Residentes em Saúde Coletiva. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil, 3. Rio de Janeiro, 1984. p.249-55.”

pontos contra 13 da MGC. No cômputo geral dos tópicos relativos a espaços de trabalho, competências e saberes, a MPS alcançou uma vantagem de 70 (+6) a 31.

Talvez o maior ícone desta história, o “Dilema Preventivista”, acabou ficando um tanto perdido nesta disputa. É que no acirramento por identidades a MPS naturalmente herda o legado do pensamento radical, instando a MGC – renomeada medicina de família e comunidade em 2002 – buscar seus próprios referenciais, o que a fez retornar à literatura internacional como base. Nisto, perdeu-se a chance de aproveitar algo da identidade política dos projetos pioneiros de medicina comunitária, a “prática empírica experimental” aventada por (Arouca, 2003). Também, qualquer pouco da sensação de pertencimento àquele despertar do movimento estudantil de 1974 organizado em torno das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária – SESACs (Escorel, 1999)⁴³.

Do lado da MPS, o radicalismo foi se distanciando gradualmente do núcleo do dilema preventivista: a clínica. Com efeito, em sua resolução Arouca vislumbrara o despertar de uma atuação revolucionária pelo aprofundamento político de uma prática clínica traduzida na atitude ausente: “[...] ou seja, a Medicina Preventiva propõe o seu próprio desaparecimento quando a medicina confundir-se com ela e seus praticantes com sua prática” (Arouca, 2003:186).

Se por definição um dilema sempre parte de “premissas contraditórias e mutuamente excludentes”, em sua solução há dois caminhos possíveis: aquele que paradoxalmente alcança a mesma conclusão; ou a “necessidade de escolher entre duas saídas contraditórias e igualmente insatisfatórias” (Dilema, 2007). Sem dúvida a bifurcação de 1979 deu curso à segunda opção: enquanto um dos ramos se distanciou da clínica, o outro se afastou da arena política. Como se indagou Ricardo Novaes sobre a relação entre a causalidade e a determinação na clínica (Novaes, 1997:225): “Haveria um ‘justo termo’?”.

⁴³ Capítulo 4: “O movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)” (Escorel, 1999:69).

Conclusão

A ignorância do passado não se limita a prejudicar o conhecimento do presente, comprometendo, no presente, a própria ação.

Marc Bloch (2001)

O decurso de um estudo sobre os centros de saúde acabou me dando ensejo à revisão de todo um universo de pensamento sanitário brasileiro. Deslindá-lo foi tarefa das mais surpreendentes e prazerosas. Como abordagem diacrônica e sujeita a todas as tendências interpostas a um médico que se aventura ao olhar histórico, abuso das prerrogativas para concluir este trabalho através de uma leitura pessoal. Em defesa, remeto-me à Bloch (2002) e seu método regressivo sobre a importância do passado para compreensão do presente, e do presente para entender o passado, simplicidade afinal completamente significativa para mim.

Ao contrário da ascendência eminentemente negativa que havia apreendido ao longo do trato com a saúde pública, a história que se me apresentou é uma história de bravos brasileiros. Refutando qualquer significação ufanista, heróica ou mítica, prezo o sentido do respeito e admiração de quem se inclina à dedicação dos desbravadores. Do reconhecimento que me apequena diante daqueles que eram pouco afeitos ao asfalto e ar-condicionado; humanistas que esquadriharam os sertões, que se interiorizaram pelos CSs, pelo mal-afamado SESP e o continuam a fazer Brasil a fora nos rincões do SUS/PSF e outras iniciativas. Vanguardistas, espezinharam as fezes e sangue dos despossuídos, construíram uma burocracia em saúde e estabeleceram uma cultura de formação na área, contribuindo como poucos com a formação nacional. Também poucos campos do saber foram tão produtivos no país. Mas o que dizer de nossa difícil relação com a história? Qualquer estrangeiro teria dificuldades em acreditar que a própria área ignora que foram sanitaristas brasileiros os criadores e dirigentes da Organização Mundial de Saúde em suas primeiras décadas.

Teve o outro lado, ninguém desconhece. A nefasta legitimação científica dos princípios eugenistas entranhando profundos sentimentos de inferioridade racial (mas também essa era uma bandeira nacionalista antes de sanitária, e assim como em Monteiro Lobato, encontrou pouca ressonância científica ulterior no discurso sanitarista – o que não quer dizer que a mentalidade tenha sido revertida). É fundamental preservar aceso uma manifesta comiseração pelos que, como os soldados da borracha, padeceram pela soberba e desprezo incutidos em decisões políticas pretensamente ligadas à saúde política; ou pelos que não tiveram acesso aos serviços de saúde quando estes estavam disponíveis logo ali do seu lado. Não se há de esquecê-los e nem reconciliar com seus algozes, para que não se repitam os erros. O esforço, contudo, deve ser dirigido para a compreensão de nossa cultura sanitária, visando a superação das falhas que se perpetuam diante dos nossos olhos, e com a clareza de que nem sempre a formação nos proveu com a lente apropriada para discerni-las¹.

Quanto aos CSs, conheço-os o tanto suficiente para sabê-los como territórios vivos complexos que não devem ser confundidos com o “discurso”, com seus idealizadores e nem com suas normativas. Entretanto, sua notória simplicidade e baixo prestígio institucional entre os pares nunca me permitiu desconfiar de sua posição ímpar na história da saúde pública, a ponto de se configurar como importante força motriz nacional. Surpreendente perceber que para o desenvolvimento de qualquer campo tecnológico da saúde, foco inicialmente aventado para estudo, foi antes preciso construir uma nação, e nisto a saúde pública brasileira foi prodigiosa. Os CSs, hoje representados no ideário da Atenção Básica, não só participaram desta história, como, na realidade, lhe foram em grande parte seus protagonistas.

Cada uma ao seu tempo, as diversas famílias de pensamento contribuíram com seus acertos e erros. De todas as coisas em comum, certamente pode-se dizer que a nenhum tempo a especialização em saúde pública primou pelo prestígio social e profissional, senão pontualmente. Nada mais quixotesco do que o sanitarista. Deixo as críticas a critério de quem porventura queira se arvorar pelo texto; assim como não

¹ Neste entendimento me foi de especial importância a serenidade radical de Florestan Fernandes (1984:28): “É preciso que aqueles que foram (ou se julgam) punidos e todos os revoltados tenham maturidade para não cair na armadilha do ‘acerto de contas’”. Isto não existe na história”.

pretendo encerrar com um breve resumo do recorrido, o que pode ser encontrado no início do texto. Prefiro comentar sobre duas ou três impressões que me sobressaíram ao final.

Primeiro, a verdadeira abrangência pan-americana da construção conceitual da saúde pública independente do momento histórico, embora variada na intensidade. Recuso novamente o simplismo dos interesses escusos e direcionamento operado pelos EUA, pois, afinal, quem no mundo foi capaz de resisti-lo ou apresentar alguma alternativa (mesmo entre os países socialistas)? É de se considerar que em nenhum momento se encontram motivos para acusar os sanitaristas brasileiros de subserviência ou conivência com interesses que não fossem a saúde do país – muito provavelmente válido para todo o continente (todos os discursos que encontrei neste sentido são anacrônicos, retóricos e vazios de conteúdo histórico). É de se considerar que grandes nomes da saúde pública norte-americana sofreram os mais ferozes ataques pesando-lhes a incitação ao socialismo, o que equivale à pecha de antipatriótico (pior defeito moral naquele país). E veja-se que tudo isto não diz nada sobre acertos e erros. Mas parece ser cíclico em nossa cultura renegar em bloco os acontecimentos em busca de novos marcos zeros, em vez de lhes reconhecer os acertos e erros e construir sobre o passado.

Uma segunda impressão que se relaciona a anterior, embora mais incômoda porquanto contemporânea, diz respeito ao desaparecimento no país do discurso de combate à pobreza, ou pelo menos de direcionamento às populações marginalizadas, imanente àquele do CS e saúde comunitária, notavelmente ao longo do discurso socializante que preponderou a partir de meados da década de 1970. Este não reconhecimento tem repercussões práticas e deve ser motivo para reflexão.

Distado o ímpeto revolucionário da saúde, o fato é que toda a elaboração conceitual e política sobre os CSs e saúde comunitária foi construída sobre a perspectiva da pobreza e fragmentação social – o que engloba em parte considerável as idéias ligadas à integralidade na saúde (não na doença, quando qualquer pessoa se encontra “fragmentada”). Assim, a pretensão de uma universalidade da assistência tendo a porta de entrada exclusiva nos CSs/USFs carece de sustentação histórica e conceitual caso seu objetivo seja alcançar todo o conjunto da sociedade. Por outro lado, e não há

como fugir a certa polêmica, serve para aliviar a contradição de que a política assistencial da Atenção Básica no Brasil ainda é sustentada principalmente no discurso, e que este discurso é enunciado no contexto da universalização, o que equivale dizer que está na posição de defesa do “nós”, quando de outra forma teria que falar em nome “deles”. De uma forma ou de outra mantemos a cartilha tradicional, como diria Brandão (2007:151): “[...] a intelectualidade sucumbe periodicamente ao fascínio de ‘ir ao povo’ ou sente-se compelida a ‘dar voz aos que não tem voz’”. Em outras palavras, a tradução prática da matriz discursiva dos CSs/USFs não se aplica para os extratos da sociedade que não se encontram em grande risco e vulnerabilidade social, para as quais soa artificial e desconfortável; inscritos nesse caso, todos aqueles que pertencem a uma elite técnica e acadêmica que enuncia o SUS (*grosso modo* íntegros em sua saúde, cidadania e rede social). Não é outro o motivo essencial que explica que quem mais defende a atenção básica não a utiliza. Seria o caso de citar Gordon, quando prognosticava em 1969 o fracasso da política de centro de saúde de bairros da maneira como foi instituída nos EUA:

Finally, the clientele itself, impoverished but proud, frustrated and angry, is no longer a quiet submerged subculture. Propaganda, actual economic improvements, and the phenomena of relative deprivation and rising expectations have created, for some at least, a new identity².

Essa reflexão não embute qualquer descrédito ou difamação que se poderia interpretar como atitude consciente e artilosa. Como disse, sem a pueril desconsideração às intencionalidades políticas, o ardil com a saúde coletiva é uma prática absolutamente estranha à qualquer momento da história dos sanitaristas – mas, isto não anula os equívocos.

O maior problema certamente está no desconhecimento histórico, responsável por relegar o campo da saúde pública brasileira das últimas décadas a um crasso atraso no amadurecimento das conceituações setoriais, seja em simples conceitos como

² Tradução livre: “Finalmente, a própria clientela, empobrecida, mas orgulhosa, frustrada e irritada, já não é uma subcultura tranquila e submersa. Propaganda, reais melhorias econômicas, e os fenômenos de privação relativa e aumento das expectativas criou, pelo menos para alguns, uma nova identidade”.

“coordenação”, ou em conceitos de dimensões estratégicas como a integração da saúde no desenvolvimento e inovação tecnológica do país.

Seria injustiça desconsiderar os enormes ganhos sociais obtidos com o SUS, e não se trata disto, mas atentar para a superficialização acadêmica de todo um campo conceitual que chega ao PSF com ares de originalidade, debruçando-se com afincamento sobre discussões que já foram travadas à exaustão, obstando o aprofundamento nas questões essenciais ao presente do século XXI. Mesmo que este debate esteja ao alcance de uma intelectualidade técnica, ele tem desmedida dificuldade para progredir, pois encontra profissionais intermediários mal preparados nos fundamentos básicos. A realidade é que por isto vê-se hoje um discurso do PSF acometido de uma síndrome de envelhecimento precoce. Para citar um exemplo (de difícil discussão), ao passo que o SUS proporcionou pela primeira vez na história da sociedade brasileira a condição cidadã da assistência clínica universal, ainda impera o discurso enunciado em 1920 por Paula Souza de que as pessoas devem ir ao CS em busca de prevenção – não obstante sua importância, mas também imprecisão de sentido – e não de tratamento.

O setor privado também foi prejudicado por esta superficialidade conceitual, embora se beneficie em maior escala pela virtual ausência de competição do setor público no primeiro contato de assistência médica. Seu péssimo histórico de comprometimento com as políticas públicas e nefasta repercussão na lógica do ensino médico no país, também o privou, ao contrário dos países capitalistas centrais, dos benefícios da discussão da atenção primária na organização de seus sistemas. Neste caso, notadamente relacionada à racionalidade do sistema e gestão clínica, o que particulariza os limites entre Atenção Primária (Starfield, 2002) e Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica (WHO, 1978; Brasil, 2004)³.

Parece-me, enfim, que para superar a universalização excludente do SUS, devemos não somente focar na exigência de recursos suficientes, mas também buscar entender seus recônditos. Ponho dois pesos na balança: primeiro, o *status* de segunda classe

³ Em outro texto tecemos considerações iniciais sobre esta questão conceitual no país (Mello et. al, 2009).

conferido ao usuário da saúde pública pela “regulação” da cidadania nos anos 1930 (sensação pouco experienciada pelos próceres do SUS, que procuram assistência familiar nos convênios ou diretamente no SUS da média/alta complexidade); segundo, conceitos superficiais e reificados em seu anacronismo. Tomar a atenção primária como sinônimo de medicina comunitária e torná-la porta de entrada exclusiva do sistema de saúde é uma variável de exclusão independente. Neste ponto deve-se dar maior atenção a contextos que são de conhecimento geral: a precoce migração do movimento operário para defesa do convênio médico como direito trabalhista; e o progressivo aumento da classe média brasileira, especialmente destacado pelo IBGE na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2009 (e que, como classe média, deve se auto-excluir da universalização pelos CSs na primeira oportunidade).

Quero por um ponto final através de deferências pessoais, e embora tenha justificando no início o abandono da sociologia histórica, aproveito outra passagem de Florestan Fernandes com o intuito abrandar as críticas que vêm qualquer consideração pessoal como “culto aos heróis”:

A historiografia marxista nunca anulou a importância da personalidade nos processos históricos e jamais praticou uma redução mecanicista, que excluísse seja o fator humano e psicológico, seja o grande homem e os líderes exemplares da explicação causal na história (Fernandes, 2005:65).

Restrinjo-me à fase da educação sanitária, o que me leva a excluir, mas não sem mencionar, Emílio Ribas, Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. Mas estes mormente representam uma infinidade de anônimos, e não é porque nossa história deixou de agraciá-los à grandeza que os fazem menos excepcionais. Isto mesmo num tempo em que sequer pudessem sonhar no sanitarismo como especialidade, caso do Dr. Marcos José Teófilo. Como nos conta Lira Neto (1999:20-1):

Naquela época, os médicos tinham duas opções: a primeira era fazer do diploma de doutor garantia para a política na capital; a outra, comer o pão que o diabo amassou ao se tornar “médico da pobreza” – profissional contratado pelo governo para atender carentes em tudo que é oco do mundo.

É absolutamente sensibilizador ouvir (a leitura apenas principia, pois na segunda oração já se é todo ouvido...) o depoimento de sanitaristas históricos da qualidade do Dr. Celso Arcoverde de Freitas (Fonseca, 2007)⁴. Mas, dentro dos objetivos de mapear as matrizes discursivas do pensamento sanitário brasileiro envolvido no discurso dos CSs, não hesitaria em considerar João de Barros Barreto, sob a apreciação da diplomacia de Gustavo Capanema, como a figura mais influente; quiçá de toda a história do pensamento na saúde pública brasileira. No entanto, no decorrer do estudo travei conhecimentos com uma figura singular, daquelas que se contam nas mãos em cada campo do conhecimento.

Wilson Smillie não poderia saber, mas sua ode ao caboclo – que como ato de contrição não foi tão convincente em sua defesa no caso do *Chenopodio* – acabaria personificada, quem sabe até por sua influência, no seu próprio estudante de doutorado:

Como sabeis, tenho viajado extensamente pelo interior do Brasil e aprendi a conhecer o caboclo brasileiro como poucos estrangeiros o puderam. Vivi em sua casa, dormi sobre o seu tecto, comi do seu feijão com arroz, bebi sua pinga, fumei seus cigarros de palha, tomei parte em suas festas, baptizei seus filhos. Apprendi a conhecê-lo e admirá-lo pelas finas qualidades que possui, seus sentimentos de honra, seu altruismo, seu idealismo, seu bom humor, seu amor pela família, sua paixão pelo pedaço de terra em que vive, sua hospitalidade, sua lealdade, sua coragem e intrepidez, sua simplicidade. Elle é meu amigo assim como eu sou d'elle, e nunca trahi a confiança que em mim depositou elle que considero o melhor amigo que adquiri no Brasil (Smillie, 1921:340).

Primor de ética e honestidade, cientista brilhante, humanista convicto, administrador e clínico. Seu *habitat* era o Brasil rural e com o povo bebia de sua pinga e lhe reconhecia o cheiro. Minhas homenagens a Samuel Pessoa.

⁴ Ver capítulo 4: “Longe do asfalto e do ar condicionado”; ver também Freitas (1988).

Referências bibliográficas

- 20 anos de SUS. Amarante P, editor. Saúde em Debate. 2009; 33(81).
- A proposito do emprego do óleo de chenopódio (Continuação da discussão do trabalho dos Drs. O. Gonzaga e F. Salles Gomes Junior). Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo 1921; 4(12):338-42.
- Adashi EY, Geiger HJ, Fine MD. Health Care Reform and Primary Care — The Growing Importance of the Community Health Center. New England Medical Journal 2010;(April 28th) [on line first]. [acessado em 04/maio/2010] Disponível em: <http://healthcarereform.nejm.org/?p=3377&query=home>
- Agrícola E. Centros de Saúde e Postos de Hygiene no estado de Minas Geraes. Archivos de Hygiene. 1930;4(2):97-111.
- Almeida M. República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917). Bragança Paulista: EDUSF; 2003.
- Andrade RP, Hochman. O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942). História, Ciência, Saúde – Manguinhos. 2007;14(Supl):257-77.
- Antonacci MAM. A vitória da razão: o IDORT e a sociedade paulista. São Paulo: Editora Marco Zero; 1993.
- Apreciação do "Plano Nacional de Saúde". Rev Saúde Pública 1968; 2(2):95-110.
- Arquivo Rockefeller. História, Ciência, Saúde – Manguinhos. 1994-5;1(2):117-28.
- Arouca AMT, Arouca ASS. Medicina de comunidade: implicações de uma teoria. Saúde em Debate 1976;1(out-nov):20-3.
- Arouca S [Conferência]. Democracia é saúde. Oitava Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987.
- Arouca S. O dilema preventivista. São Paulo: UNESP; 2003.
- Atkin PA. A paradigm shift in the medical literature. BMJ 2002; 325:1450-51.
- Azevedo N, Gadelha CAG, Ponte CF, organizadores. Inovação em saúde: dilemas e desafios de uma instituição pública. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007.
- Barata RCB. Meningite: uma doença sob censura? São Paulo: Cortez Editora; 1988.
- Bannitz JN. Centro de Saúde. Contendo novidades sobre alimentação nos colégios, asilos, orfanatos etc. 2ª ed. São Paulo: Mangione; 1942.
- Barbosa JP. Tipos de organização sanitária aplicáveis ao Brasil. Archivos de Hygiene. 1930;4(1):41-52.
- Barbosa WN. Relembrando a formação da CEPAL. Pesquisa & Debate 2004;2(26):176-99.
- Barlow K. The Peckham experiment. Medical History. 1985;29:264-271.

- Barreto ALCAB. Como organizar o Ministerio de Saude e Assistencia Publica no Brasil. Quinto Congresso Brasileiro de Higiene (Recife-1929). Annaes. Volume II. Rio de Janeiro; 1930. p.63-85.
- Barreto JB. Esquemas de organização sanitária aplicáveis ao Brasil. Revista de Higiene (RJ). 1931;5(12):243-267.
- Barreto B. A III Conferencia Pan-Americana de Directores Nacionaes de Saude. Archivos de Hygiene. 1936;6(2):135-141.
- Barreto JB. Normas para uma organização estadual de saúde pública. Arquivos de Higiene. 1937;7(2):339-70.
- Barreto JB. Saude Pública no Brasil. Arquivos de Higiene 1938;8:289-304.
- Barreto JB. Medicina curativa em meio rural e suas relações com os serviços de saúde pública. Arquivos de Higiene. 1939;9(1):5-29.
- Barreto JB. Pontos fundamentais em um ante-projeto de código de saúde padrão. Arquivos de Higiene. 1940;10(1):161-171.
- Barreto JB. A Organização da saúde pública no Brasil. Arquivos de Higiene. 1942;12(2):169-215.
- Barreto JB. Relatório das atividades do Departamento nacional de Saúde. Arquivos de Higiene. 1945;15(1-2):5-215.
- Barreto JB. Tratado de Higiene [2 volumes]. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1º vol. 1942; 2º vol. 1945.
- Barreto JB. Contribuição ao conhecimento das condições de saúde da população brasileira. Revista do SESP. 1957;9(1):167-196.
- Barreto JB, Fontenelle JP. O systema dos centros de saúde no Rio de Janeiro. Archivos de Hygiene. 1935;5(1):83-115.
- Barreto JB, Jansen EM. Alguns aspectos do inquérito de mortalidade infantil em 8 distritos brasileiros. Quinto Congresso Brasileiro de Higiene (Recife-1929). Annaes. Volume II. Rio de Janeiro; 1930. p.281-99.
- Bastos CP. Guia de Leitura para o Debate entre Nurkse e Furtado em 1951. Memórias do Desenvolvimento 2007;1(1) [acessado em 10/mar/2010]. Disponível: http://www.centrocelsofurtado.org.br/adm/enviadas/doc/58_20080304181634.pdf [versão revisada do texto original].
- Benchimol JL, Teixeira LA. Cobras, lagartos & outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1993.
- Benevides CS. A socialização da medicina no interior. III Congresso da Associação Paulista de medicina. Anais. São Paulo; 1951.
- Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec. 1996.
- Berlinguer G. Medicina e política. 3ª edição. São Paulo: Hucitec. 1987.
- Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. A reforma sanitária – Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec: CEBES. 1988.

Bertone A, Gevaerd S, Cordoní Jr. Um enfoque político-administrativo das mudanças ocorridas no setor saúde na década de 80. *Saúde em Debate* 1989;27:67-9.

Bertucci LM. *Influenza, A medicina enferma. Ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – Unicamp; 2002.

Bertucci LM. Dois momentos, um ideal: educação e saúde para formar o brasileiro. São Paulo, 1918; Paraná, 1928. IV Congresso Brasileiro de História da Educação. Goiânia; 2006.

Bibliografia do professor Geraldo Horácio de Paula Souza. *Arquivos da Faculdade de Higiene*. 1963;17(1):103-8.

Bloch M. *A apologia da história, ou, O ofício do historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.

Blount JA. A administração da saúde pública no estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918. *Revista de Administração de Empresas*; 1972;12(4):40-8.

Bobbio N. *Direita e esquerda: razões e significados de uma distinção política*. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP; 2001.

Bodstein RCA, Fonseca CMO. O Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: Costa NR, Minayo CS, Ramos CL, Stotz EM, organizadores. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1989.

Bonfim JRA. Economic Value of Health: ensaio quase esquecido. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1998;1(3):298-302.

Borges DR. *Socialização da medicina*. São Paulo: Civilização Brasileira; 1943.

Borges DR. *Seguro Social no Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio. 1948

Borges DR. *Socialização da medicina*. III Congresso da Associação Paulista de medicina. Anais. São Paulo; 1951.

Bourdieu P. *Questões de sociologia*. Lisboa: Fim-de-Século Edições; 2003.

Bourdieu P. Os usos sociais da ciência. Por uma sociologia crítica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP; 2004.

Braga E. A saúde pública no plano internacional. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo*. 1959;13(1):53-65

Braga JCS, Paula SG. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1986.

Brandão GM. Linhagens do pensamento político brasileiro. *Dados*. 2005;48(2): 231-69.

Brandão GM. *Linhagens do pensamento político brasileiro*. Editora Hucitec/FAPESP; 2007.

Brasil. Departamento Nacional de Saúde. *Unidades Sanitárias: documentação das atividades, definições, tipos, fichas, mapas, relatórios e modelos*. *Arquivos de Higiene*. 1954;20(3):18-62.

Brasil. 3ª Conferência Nacional de Saúde. Anais. Niterói: Fundação Municipal de Saúde; 1992.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

Brasil. ABC do SUS. Doutrina e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

Brasil. Lei 6229 de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. 1975.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária – Seminário do Conass para construção de consensos. Brasília: CONASS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, vol. 3).

Brasil. Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

Brasil. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Prevsau. 1981-1986. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério da Previdência e Assistência Social. s.d.

Britto O. Os Centros de Saúde de Recife. Quinto Congresso Brasileiro de Hygiene (Recife-1929). Annaes. Volume II. Rio de Janeiro; 1930. p.119-23.

Brown ER. Public Health in imperialism: early Rockefeller programs at home and abroad. American Journal of Public Health. 1976;66(9):897-903.

Brown ER. Rockefeller medicine men: medicine & capitalism in America. Los Angeles: University of California Press; 1979. [acessado em 15/abril/2009] Disponível em: <http://www.archive.org/details/rockefellermedic00browrich>.

Brown WH. Symposium on the Health Center III. Present status of the Health Center. American Journal of Public Health. 1921;11(3):218-20.

Bu L, Fee E. John B. Grant International Statesman of Public Health. American Journal of Public Health 2008;98(4):628-9.

Burke P. História e teoria social. São Paulo: Editora UNESP; 2002.

Calver HN [editorial]. What is a health Center? American Journal of Public Health 1920; 10(8):676-7.

Campbell EP. Fichário dos centros de saúde. Revista do SESP. 1948;2(1):355-381.

Campbell EP, Morehead MA. A saúde como um fator no desenvolvimento econômico do Brasil. Revista do SESP. 1952;5(2):484-96.

Campbell EP, Miller AS, Franca M. A coordenação de pequenos hospitais com os centros de saúde da comunidade. Revista do SESP. 1954;6(2):519-35.

Camargo Jr K. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. Physys. 2007;76(1):63-76.

Campos ALV. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: Capanema: o ministro e seu ministério. Gomes AC, organizadora. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2000.

- Campos ALV. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Campos C. São Paulo pela lente da higiene. As propostas de Geraldo de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Carlos: Rima; 2002.
- Campos CEA. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. História, Ciência, Saúde – Manguinhos. 2007;14(3):877-906.
- Campos E. Os Pais de Barros e a Imperial Cidade de São Paulo. Informativo Arquivo Histórico Municipal. 2008;3(16). [acessado em 06/maio/2009]: <http://www.arquiamigos.org.br/info/info16/i-estudos.htm>
- Campos ES, organizador. História da Universidade de São Paulo. 2ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.
- Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Campos GWS. A Reforma Sanitária necessária. In: Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. A reforma sanitária – Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec/CEBES; 1988a.
- Campos GWS. Tréplica: o debate necessário à construção de uma teoria sobre a reforma sanitária. Saúde em Debate; 1988b;23(dez):7-12.
- Campos GWS. Reforma da Reforma. Repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Candau M, Braga E. Novos rumos para a saúde pública rural. Revista do SESP 1948;2(2):569-90.
- Candeias NMF. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918 - 1945. Revista de Saúde Pública. 1984; 18(n. esp.): 2-60.
- Candido A. Radicalismos. Estudos Avançados. 1988;4(8):4-18.
- Cardoso VC, organizador. À margem da história da República. 3ª ed. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana; 1990.
- Carta Aberta ao Exmo. Sr. Dr. Artur Bernardes. São Paulo – 9 de agosto de 1924.”
- Carvalho JM. Os três povos da República. Revista da USP 2003;n59(set/Nov):96-115.
- Casalecchi JE. O Partido Republicano Paulista (1889-1926). São Paulo: Editora Brasiliense; 1987)
- Castro PC. Os centros de saúde e unidades locais especializadas. Revista Paulista de Hospitais 1955;3(5):11-15.
- Castro Santos LA. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados. Revista de Ciências Sociais. 1985;28(2):193-210.
- Castro Santos LA [resenha]. Linhagens e perspectivas: a saúde na América Latina. História, Ciências, Saúde. 1997;4(1):85-95.

Castro Santos L A. As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados* 1998;41(3):593-633.

Castro Santos LA [prefácio]. Bandeirantes e pioneiros da ciência no Brasil. In: Marinho MGS MC. Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952). Campinas: Editores Associados/ São Paulo: Universidade São Francisco; 2001.

Castro Santos LA [resenha]. Uma história brasileira das doenças. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(06):1348-54.

Castro Santos LA; Faria L. Os primeiros Centros de Saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*. 2002;40/41:137-81.

Castro Santos LA; Faria L. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, educação e Saúde*. 2006;4(2):291-324.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na saúde. *Saúde em Debate* 1980;9(jan-mar):47-8.

Ceitlin J, editor. Medicina de La comunidad. Um programa de enseñanza-aprendizaje em América Latina e Caribe. Caracas: Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina/Fundacion W. K. Kellogg; 1978.

Chagas C. Primeiro I Congresso Brasileiro de Hygiene. Rio de Janeiro 1-7 de Outubro de 1923. Annaes. Volume I. Rio de Janeiro: Officinas Graphicas da Inspectoria de Demografia Sanitária; 1926.

Chaves MM. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1972.

Chaves MM. Saúde: uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro: Guanabara dois; 1982.

Cohn A. Previdência social e processo político no Brasil. São Paulo: Editora Moderna; 1980.

Cohn A. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades.

Conwell DP, Pye C, Lyons B, Gaventa W. Introduction of the concept of comprehensive medicine into the curriculum. *Journal of Medical Education* 1957;32(3):210-4.

Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13(Sup 2):2021-3.

Coimbra MA. Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais. In: Abranches SH, Santos WG, Coimbra MA, organizadores. Política social e combate à pobreza. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1989.

Como se formam as novas gerações em localidades do interior. O Dr. Carlos Chagas concede-nos importante entrevista. s. n., s.l., [1916]. [acessado em 25/Nov/2009] Disponível em: <http://carloschagas.ibict.br/sobrech/sec/mi-642.html>

Coördination of Hospitals and Health Departments: Joint Statement of Recommendations by the American Hospital Association and the American Public Health Association. *America Journal of Public Health* 1948;38(5):700-8.

Cordeiro H. As empresas médicas. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984.

- Cordeiro H.O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004;14(2):343-62.
- Cordeiro H. SUS – Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Rio; 2005.
- Correa AMM. A rebelião de 1924 em São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1976.
- Cortez A. Centros de Saúde de São Paulo. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1926.
- Costa NR. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes/Abrasco; 1986.
- Costa NR. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Coutinho CN. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: Teixeira SF, organizadora. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
- Cueto M [letters]. Cueto responds. *American Journal of Public Health*. 2005;95(5):757.
- Cueto M. O valor da saúde. História da Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*. 2004;94:1864-74.
- Dâmaso R. Saber e práxis na reforma sanitária – avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: Teixeira SF, organizadora. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
- Davis MM. Goal-Post and Yardsticks in Health Center Work. *American Journal of Public Health*. 1927;17:433-440.
- Desrosiers G. Évolution dês concepts ET pratiques modernes em santé publique : 1945-1992. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1996;3(1):18-28.
- Dilema. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Versão 2.0a; 2007.
- Discurso do orador Prof. Reinaldo Ramos. *Rev. Saúde Pública* 1976; 10(3):271-5.
- Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
- Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
- Escorel S. Saúde Pública: utopia de Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Prefeitura. 2000.
- Escorel S. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima NT, organizadora. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

- Escorel S. Saúde: uma questão nacional. In: Teixeira SF, organizadora. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
- Fae R. A genealogia em Foucault. *Psicologia em Estudo*. 2004;9(3):409-16.
- Falk JW. A especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional: Histórico e Perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*:1(1). 2004.
- Faria L. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller. *Physis* 1995a; 5(1):109-127.
- Faria LR. Arquivo Rockefeller. História, Ciência, Saúde – Manguinhos. 1995b;1(2):117-128.
- Faria L. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2002; 9(3):561-90.
- Faria L. A casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2005;12(3):1011-24.
- Faria L. Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Farley J. To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). New York: Oxford University Press; 2004.
- Fernandes F. A questão da USP. São Paulo: Editora Brasiliense; 1984.
- Fernandes F. O que é revolução. In: Clássicos sobre a revolução brasileira. 4ª ed. São Paulo: Editora Expressão Popular; 2005.
- Ferreira FV. Management no Brasil em perspectiva histórica: o projeto do IDORT nas décadas de 1930 e 1940. [tese]. São Paulo Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. 2008.
- Fiori JL. Um olhar para a esquerda. *Margem esquerda - ensaios marxistas* 2006;n.7(maio): 87-112 [São Paulo: Boitempo editorial].
- Fletcher RH, O'Malley MS, Fletcher SW, Earp JA, Alexander JP. Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers. *Med Care* 1984;22(5):403-11.
- Fleury SM. A questão democrática na saúde. In: Saúde e democracia: a luta do CEBES; 1997.
- Fleury SM. A análise necessária da reforma sanitária. *Saúde em Debate*. 1988;22(outubro):25-27.
- Fonseca, CMO. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(2):393-411.

- Fonseca CMO. História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil In: Lima NT, Santana JP, organizadores. Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco; 2006.
- Fonseca, CMO. Saúde no Governo Vargas (1930-45): dualidade institucional de um bem público.. Editora Fiocruz; 2007.
- Fontenelle JP. Algumas questões de administração sanitária. Rio de Janeiro; 1941.
- Foucault M. Microfísica do poder. 15ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2000.
- Fraga C. Introdução ao relatório dos serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública. Archivos de Hygiene. 1928;2(1):203-50.
- Franca M, Fischer C. Considerações sobre a integração de um sistema coordenado de assistência médico-hospitalar. Revista do SESP 1955; 7(2):611-19.
- Franchini Neto H. A política externa independente em ação: a Conferência de Punta Del Este de 1962. Revista Brasileira de Política Internacional 2005;48(2):1-23.
- Freitas CA. História da Peste e de outras endemias. Rio de Janeiro: PEC/ENSP; 1988.
- Freire G. Casa-Grande e Senzala. Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 29ª ed. Rio de Janeiro: Editora Record; 1994. Galeano E. As veias abertas da América Latina. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1970.
- Furtado. A fantasia organizada. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.
- Furtado. A fantasia desfeita. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
- Gallo E. Razão e planejamento: reflexões sobre Política, estratégia e Liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1985.
- Gallo E, Nascimento PC. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Fleury SMT, organizadora. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
- García JC. Pensamento social em saúde na América Latina. Nunes ED, organizador. Cortez Editora; 1989.
- Garrido Morales E. Developing a Comprehensive Health Service in Puerto Rico. American Journal of Public Health. 1942;32(1):59-62.
- Gayotto P. Considerações sobre Centro de Saúde. Arquivos de Higiene e Saúde Pública. 1942;7(16):67-70.
- Gerschman S. Democracia inconclusa. Um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
- Gerschman S. Sobre a formulação de políticas sociais. In: Teixeira SF, organizadora. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
- Ginzburg C. “Sinais: raízes de um paradigma indiciário”. In: Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.
- Ginzburg C. O queijo e os vermes. O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição. São Paulo: Companhia das Letras; 1987.

- Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de saúde Pública* 1991;7(1):26-44.
- Gish O. La planificación del sector salud. La experiencia de Tanzania. México: Secretaria de Salud/Fondo de Cultura Económica; 1990.
- Gomes MHA. Apontamentos socioantropológicos sobre comunidade e saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(3):528-36.
- Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
- Gordon JB. The politics of community medicine projects: a conflict analysis. *Medical Care* 1969;7(6):419-28.
- Gonzaga O, Gomes Junior FS. A proposito do emprego do oleo de chenopodio. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo* 1921; 4(12):302-17.
- Goulart FAA. Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco/Conasems; 1996.
- Grant JB. The Health department and medical care: certain trends. *American Journal of Public Health* 1947;37(3):269-75.
- Grant JB. Health centers and regionalization. *American Journal of Public Health* 1953;43(1):9-13.
- Grant JB. Medical regionalization and education. *Journal of Medical Education* 1955;30(2):73-80.
- Grant JB. International planning of organization for medical care. *American Journal of Public Health* 2008;98(4):626-7.
- Guimarães AP. Arnaldo Vieira de Carvalho: biografia e crítica. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP. 1967. [2 tomos]
- Guimarães R. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: Lima NT, organizadora. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.
- Gunn SM, Platt OS. Voluntary health agencies: an interpretative study. 2nd printing. New York: The Ronald Press Company, 1946.
- Habermas J. Mudança estrutural da esfera pública. São Paulo: Tempo Brasileiro; 2003.
- Hamilton W, Fonseca C. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional. A criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2003;10(3):791-826.
- Hart, J.T. Our feet set on a new path entirely. *Br Med J*, 317: 1-2, 1998. 53.
- Hochman G. A Era do Saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/ANPOCS; 1998.

Hochman G, Fonseca C. I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: Capanema: o ministro e seu ministério. Gomes AC, organizadora. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2000.

Hochman G. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2009;16(Supl-1):313-31.

IDORT – Instituto de Organização Racional do Trabalho, de São Paulo. Racionalização e medicina. Palestras realizadas pelos directores do I.D.O.R.T., perante a Sociedade de Medicina e Cirurgia, de São Paulo. São Paulo: Empresa Graphica da “Revista dos Tribunaes”. 1937.

Informe Dawson sobre el Futuro de los Servicios Medicos y Afines. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica, n.93, febrero de 1964.

Iyda M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: Editora UNESP; 1993.

Jasmin MG. História dos conceitos e teoria política e social: referências preliminares. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2005;20(57):27-38.

Kark S, Cassel J. The Pholela Health Centre: A Progress Report. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999;77(5):439-47.

Kark SL. *Epidemiology and Community Medicine*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1974.

Karman J. Planejamento de unidades sanitárias. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública* 1962; 92(27):103-31.

Koselleck R. Uma história dos conceitos: problemas teóricos e práticos. *Estudos Históricos*. 1992;5(10):134-46.

Kuhn TS. O caminho desde a estrutura. São Paulo: Unesp. 2006.

Kuhn TS. Reflexões sobre os meus críticos. In: Lakatos I e Musgrave A, A crítica e o desenvolvimento do conhecimento. São Paulo: Cultrix / Edusp. 1979.

Lanthen W. Community medicine: success or failure? *New England Journal of Medicine* 1976;295(1):18-23.

Leavell H, Clark G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

Levi-Moreira S. A luta pelo voto secreto no programa da liga nacionalista de São Paulo (1916-1924). *Revista Brasileira de História* 1984 4(7): 72-9.

Levine RM. A velha usina – Pernambuco na federação brasileira, 1889-1937. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.

Libanio S. Organização sanitaria dos municipios. I Congresso Brasileiro de Hygiene. Rio de Janeiro 1-7 de Outubro de 1923. Annaes. Volume 1. Rio de Janeiro: Officinas Graphicas da Inspectoria de Demografia Sanitária; 1926.

Lima MRS. Prefácio. In: Fonseca CMO. Saúde no Governo Vargas (1930-45): dualidade institucional de um bem público. Coleção História e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Lima NT. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: Finkelman Jacob, organizador. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Lima NT, Hochman G. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(2):313-32.

Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, organizadora. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Lima NT, Santana JP organizadores. Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

Lima O. Pan-Americanismo (Monroe, Bolívar, Roosevelt). Brasília: Senado Federal. Rio de Janeiro: Casa de Rui Barbosa; 1980.

Lima Sobrinho V. A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950). [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1981.

Lira Neto. O poder e a peste: a vida de Rodolfo Teófilo. Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha; 1999.

Litsios S. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services*. 2002;32(4):709-32.

Love J. A locomotiva: São Paulo na federação brasileira 1889-1937. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

Luz M. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1986.

Macedo CG [entrevista]. História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988); 2005. [acessado em 25/mar/2010]. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/cargueEntrevista.htm>

Machado FA. A organização dos serviços no Projeto Montes Claros. In: Teixeira SMF (org.): Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

Magalhães Netto FP, Chaves W. Os Centros de saúde na organização sanitária bahiana. Quinto Congresso Brasileiro de Hygiene (Recife-1929). Annaes. Volume II. Rio de Janeiro; 1930. p. 137-48.

Manifesto de Fundação da Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo. 1933.

Marinho MGSMC. O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916 – 1931). [tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1993.

Marinho MGSMC. Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952). Campinas: Editores Associados/ São Paulo: Universidade São Francisco; 2001.

Marshall TH. Cidadania, Status e Classe Social. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

Mascarenhas RS. Contribuição para o estudo das despesas do governo do Estado de São Paulo com seus serviços de saúde pública. Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1948; 2(1):91-204.

Mascarenhas RS. Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP; 1949.

Mascarenhas RS. Problemas de saúde pública no estado de São Paulo. Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1954; 8(1):1-13.

Mascarenhas RS. Níveis de autoridade – central, regional e local – nos programas de saúde pública no Brasil. Arquivos da Faculdade de Higiene (São Paulo) 1963;17(02):223-240.

Mascarenhas RS. Serviços de saúde pública do estado de São Paulo. Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1964;18(1/2):51-74.

Mascarenhas R, Ramos R. Evolução histórica da saúde pública. Revista do SESP 1966;12(2):5-47.

Mascarenhas RS. História da saúde pública no Estado de São Paulo. Revista de Saúde Pública. 1973;7(4):433-46.

Mascarenhas e colaboradores [apostila]. Introdução a administração sanitária. Disciplina de Administração Sanitária. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1972.

Mascarenhas RS, Castro PC. Coordenação das atividades dos órgãos locais de saúde pública e a assistência hospitalar. Revista Paulista de Hospitais. 1955a;3(7):8-12.

Mascarenhas RS, Castro PC. Atividades de centros e sub-centros de saúde. Revista Paulista de Hospitais 1955b;3(3):9-11.

Mascarenhas RS, Freitas AV. Contribuição ao estudo da história do ensino de Educação Sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Arq. Fac. Hig. S. Paulo, 13: 243-62, 1959.

Mascarenhas RS. A organização da assistência à saúde e da atenção médica como condicionamentos de saúde das comunidades. In: Pareta JMM, Meira AR, D'Andretta Jr C, organizadores. Saúde da comunidade. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil; 1976.

Mascarenhas RS, Ferreira NG. Contribuição para o estudo do financiamento das unidades sanitárias locais pelos municípios brasileiros. Arq. Fac Hig. S. Pub Univ. São Paulo, 1950; 4(1):45-58.

Mascarenhas RS, Piovesan A. O conceito de integração aplicado à medicina e saúde pública. Arquivos de Higiene e Saúde Pública. 1961;26(89):179-98.

- Mascarenhas RS, Wilson D, Bourroul GP. O ensino da medicina preventiva em escolas de medicina. Arquivos da Faculdade de Higiene (São Paulo) 1961/1962; 15/16:17-24.
- Mattos RA. O processo de construção conceitual do método CENDES-OPS. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva; no 46)
- Medeiros A. Saúde e assistência: doutrinas, experiência e realizações. 1923 – 1926. Recife. s.d.
- Mello CG. Medicina integral e a realidade brasileira. Revista do SESP 1960;11(1):123-53.
- Mello CG. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo: CEBES:Hucitec; 1977.
- Mello CG. O sistema de saúde em crise. São Paulo: CEBES:Hucitec; 1981.
- Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. Revista de APS. 2009;12(2):204-13.
- Mello HB. Plano geral da rede médico-hospitalar de Brasília. Revista do SESP 1960; 11(1):1-122.
- Melo MABC. Municipalismo, *nation building* e a modernização do Estado no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Sociais 1993 6(23):85-99.
- Menchaca FJ. Ordenamiento de criterios acerca de centros de salud. Anales de Medicina Pública. 1950;2(3/4):595-602.
- Mendes EV. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde. Oitava Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987.
- Mendes EV. Distrito Sanitário. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 1999a.
- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999b.
- Merhy EE. O capitalismo e a saúde pública. 2ª ed. São Paulo: Papirus; 1987.
- Merhy EE. A saúde pública como política. São Paulo: Hucitec; 1992.
- Merhy EE, Franco TB. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde em Debate. 2002;26(60):118-22.
- Moraes JQ. O positivismo nos anos 20: entre a ordem e o progresso. In: Lorenzo HC, Costa WP, organizadoras. A década de 1920 e as origens do Brasil moderno. São Paulo: Editora UNESP; 1997.
- Morena N. A organização sanitária paulista e sua evolução. Crítica e sugestões para a sua melhoria. Arquivos de Higiene e Saúde Pública. 1946;11(27):97-109.
- Mountin JW. Changing concepts of basic local public health services. American Journal of Public Health 1949;39(11):1417-28.
- Mountin JW. Administration of Public Medical Service by Health Departments. American Journal of Public Health 1940;30(2):138-44.

Mullan F, Epstein L. Community-Oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World. *American Journal of Public Health*. 2002;93(9):1748-55.

Myrdal G. Teoria econômica e regiões de subdesenvolvimento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Saga; 1968.

Nadai E. Ideologia do progresso e ensino superior (São Paulo 1891-1934). São Paulo: Edições Loyola; 1987.

Nagle J. A educação e Sociedade na Primeira República. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1974.

Neiva A, Penna B. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás; 1916.

Nemes MIB. Ação Programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB, organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.

Newell KW. La salud por el pueblo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1975.

Novaes HM. Ações integradas nos sistemas locais de saúde- SILOS: análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora; 1990.

Novaes RL. Do biológico e do social. Um pequeno balanço. In: Fleury SM, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES; 1997.

Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade* 1994;3(2):5-21.

Nunes ED. Sobre a história da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000;5(2):251-64.

Nunes ED. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3):909-16, 2008.

O Manifesto dos pioneiros da educação nova. 1932.

[Obituário]. Falecimento – Professor João de Barros Barreto. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais* 1956;8(1):651.

[Obituário] Dr. João de Barros Barreto. *Boletim de La Oficina Sanitária Panamericana* 1956b;(noviembre):501.

Oitavo Congresso Brasileiro de Higiene. Publicação Preliminar. Recife. 1950.

Oliveira JA. Por uma teoria da reforma sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. *Saúde em Debate*. 1988;20(abril):85-93.

Oliveira JA. Reformas e reformismos: para uma teoria política da Reforma Sanitária (ou, reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma perspectiva popular). In: Costa NR, Minayo CS, Ramos CL, Stotz EM, organizadores. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes; 1989.

Oliveira JAA, Teixeira SMF. (IM) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2ª edição. Petrópolis: Vozes: Abrasco. 1989.

- Oliveira W. Formação de hábitos sadios nas creanças. Terceiro Congresso Brasileiro de Hygiene (São Paulo-1926). Annaes. São Paulo; 1929a. p. 801-10.
- Oliveira W. Problema de Saude Publica. Quinto Congresso Brasileiro de Hygiene (Recife-192a). Annaes. Volume I. Rio de Janeiro; 1929b. p. 131-43.
- Oliveira W. Plano educativo para o Estado de São Paulo. Anais do 7º Congresso Brasileiro de Higiene. São Paulo. 1948a. p. 51-9.
- Oliveira W. Educação sanitária na cooperação médico-social. 7º Congresso Brasileiro de Higiene. Anais. São Paulo. 1948b. p. 60-5.
- Oliveira W. Educação sanitária através dos centros de saúde. 7º Congresso Brasileiro de Higiene. Anais. São Paulo. 1948c. p. 66-70
- O'Neil C. Educational Innovation and Politics in São Paulo: 1933-34. Luso-Brazilian Review 1971;8(1):56-68.
- OPAS – Organização Pan-americana de Saúde. Información General – Reunión de Punta Del Este, Uruguay. Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana 1961;51(5):473-93.
- OPAS – Organização Pan-americana de saúde. Reunión de Ministros de Salud – Grupo de estudio. Informe final. Bolín de la Oficina Sanitária Panamericana 1963;55(1):1-49.
- OPAS – Organização Pan-americana de saúde. XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. Coordinacion de los servicios medicos. Suplemento: Informes de diez países. Publicación Científica No. 154-A. Washington, D.C; 1968.
- Paim JS. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. Saúde em Debate 1976;1:9-12.
- Paim JS. Saúde, crises e reformas. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA. 1986.
- Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública”, ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública. 1998;32(4):299-316.
- Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
- Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- Pascale. O centro de saúde. Base da organização sanitária. Viver! Mensário de Saúde, Força e Beleza. São Paulo. 1938;n.1:31-16.
- Pascale H. Saúde pública e socialização da medicina. Arquivos de Higiene e Saúde Pública. 1951;15(45):165-75.
- Pascale H. Contribuição para a história da saúde pública em São Paulo. Arquivos de Higiene e Saúde Pública. 1959;23-4(55-72):32-48.
- Penna B. Interior do Brasil. Doença, Ignorancia e Miseria.. Saneamento do Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jacinto Ribeiro dos Santos Editor. 1923.

- Penido HM, Pantoja WP, Simões AJP. Considerações sôbre o problema da organização sanitária no Brasil. *Revista do SESP*. 1953;6(1):169-82.
- Pereira M. “O Brasil é ainda um imenso hospital”. *Revista de Medicina – órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz/ Faculdade de Medicina de Cirurgia de São Paulo*. 1922;7(22):3-7.
- Pereira HVM, Lacerda PF, Gimenes LP. Saudades da SUCAM! *Medicina Conselho Federal*. 2008. N. 173(set/out).
- Pessoa S. O contrôle dos serviços da saúde pública. *Revista Médico-Social*. 1944;2(22):32-3.
- Pessoa S. Problemas Brasileiros De Higiene Rural. *Sociedade de Gastroenterologia de São Paulo*; 1949.
- Pessoa S. Ensaaios médicos-sociais. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1960.
- Pessoa S. Ensaaios médicos-sociais. São Paulo: CEBES/Hucitec; 1978
- Pestre D. Por uma história social e cultural das ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens. *Cadernos do Instituto de Geociências da Unicamp* 1996; 6(1):3-56.
- Pilon AF. I Conferência Panamericana de Educación em Salud Pública / XVI Conferencia de ALAESP. Rio de Janeiro, 14-18/08/1994. *Revista de Saúde Pública* 1997;31(1):105-8.
- Pinotti JA. PSF. *Folha de São Paulo*, São Paulo. 2008 nov 30. *Caderno Opinião*.
- Piza JT. A extinção da febre amarela no norte do paiz e a Comissão Rockefeller. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo* 1923; 6(6-8):71-5.
- Platt PS. Symposium on the Health Center IV. Is the Health Center a Health Center? Need of a positive health ideal in the Health Center. *American Journal of Public Health* 1921;11(3):221-6.
- Polanyi K. A grande transformação: as origens de nossa época. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2000.
- Pomeroy JL. Health Center development in Los Angeles county. *Journal of the American Medical Association* 1929;93(20):1546-50.
- Pontes de Miranda. Preliminares para a revisão constitucional. In: Licínio Cardoso V, organizador. *À margem da história da República*. Recife: FUNDAJ/Editora Massangana; 1990.
- Portelli H. Gramsci e o bloco histórico. Paz e Terra; 1977.
- Possas CA. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1981.
- Prado E. A ilusão Americana. 3ª ed. São Paulo: Editôra Brasiliense; 1961.
- Prado WS. Conceito de integração em saúde pública. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública* 1962; 92(27):101-2.
- Programa de saúde pública do candidato Juscelino KUBITSCHKE. São Paulo: L. Nicollini. 1955a.

- Ramos R. Considerações sobre o problema da assistência médico-sanitária em áreas rurais. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*. 1961;25(88):109-19.
- Ramos R. Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no município de São Paulo (1894-1959) [tese]. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP; 1962.
- Ramos R. O treinamento de planejadores do setor saúde. *Revista de Saúde Pública* 1968; 2(2):207-15.
- Ramos R. A integração Sanitária: doutrina e prática [tese de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1972.
- Ramos R. O problema da avaliação em saúde pública. *Revista de Saúde Pública* 1974; 8:305-14.
- Ramos R, Witt A. O curso de planejamento da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 1974; 8(2):155-62.
- Ramos R. [Necrológico]. Professor Rodolfo dos Santos Mascarenhas 1909 – 1979. *Revista de Saúde Pública*. 1979;13(3):169-71.
- Reader GG. Comprehensive medical care. *Journal of Medical Education* 1953;28(7):34-40.
- Reader GG. Organization and development of a comprehensive care program. *American Journal of Public Health* 1954;44:760-5.
- Reader GG. Some of the problems and satisfactions of teaching comprehensive medicine. *Journal of Medical Education* 1956;31(8):544-52.
- Reader GG, Soave R. Comprehensive Care Revisited. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 1976; 54(4):391-414.
- Reis FW. Mercado e utopia: teoria política e sociedade brasileira. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2000.
- Renthal AG. Comprehensive health centers in large U.S. cities. *American Journal of Public Health*. 1971;61(2):324-36.
- Ribeiro MAR. História sem fim... Inventário da saúde pública. São Paulo: Editora UNESP; 1993.
- Ribeiro MAR. Historiografia Recente da História da Saúde Pública em São Paulo. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2006;n.38,abril:4-11.
- Ribeiro PA, Ferreira MJ, e Braga E. Economic value of health. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1998;1(3):303-44.
- Ribeiro RJ. A sociedade contra o social. O alto custo da vida pública no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
- Riqueza e pobreza no Brasil. Matéria jornalística veiculada pelo programa Fantástico da Rede Globo de Televisão em 17/Mar/2004. [acessado em 26/Ago/2008]. Disponível em: <http://fantastico.globo.com/Jornalismo/Fantastico/0,,AA922148-4005-0-0-17032003,00.html>
- Rocher G. Talcott Parsons e a sociologia americana. Rio de Janeiro: 3ª ed. Livraria Francisco Alves Editora; 1976.

- Rodriguez Neto E. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. *Saúde em Debate*; 1985; n.17(jul):12-7.
- Rodriguez Neto E. A via do parlamento. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. In: Fleury S, organizadora. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.
- Rodriguez Neto. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Rosen G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
- Rosen G. O que é a medicina social? In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora; 1983.
- Sá DM. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o “imenso hospital”. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2009;16(Supl):333-48.
- Sá ENC. Necrológico de Reinaldo Ramos. *Revista de Saúde Pública*. 1991;25(5):337-8.
- Sader E, organizador. *Gramsci A. Poder, política e partido*. São Paulo: Expressão Popular; 2005.
- Samarriba M. Participação e saúde: revisitando o Projeto Montes Claros. In: Teixeira SMF, organizadora. *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
- Santos BS. *Um discurso sobre as ciências*. 6ª ed. São Paulo: Cortez Editora; 2009.
- Santos M. *A natureza do espaço: espaço e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Santos NR. [entrevista com Nelson Rodrigues dos Santos]. *Revista CONASEMS* 2006;28(mai-jun):14-5.
- Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008a; 13(Sup 2):2009-18.
- Santos NR. Os marcos históricos da municipalização na saúde. *Revista CONASEMS* 2008b;28(Abr-mai):14-5.
- Santos RA, Campos FE, Leal MC, Rivera FJU. *Investigação nacional sobre o ensino da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Peses/Fiocruz/Finep, s.d.
- Santos RCN. A história do Projeto Montes Claros. In: Teixeira SMF (org.): *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
- Santos WG. *Raízes da imaginação política brasileira*. Dados, 1970;7:137-61.
- Santos WG. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Campus. 1987.
- Santos WG. A Práxis Liberal no Brasil: propostas para reflexão e pesquisa. In: *Ordem burguesa e liberalismo político*. São Paulo: Duas Cidades; 1978.
- Santos WG. A trágica condição da política social. In: Abranches SH, Santos WG, Coimbra MA, organizadores. *Política social e combate à pobreza*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1989.

São Paulo (estado). Decreto 3.876 de 11 de julho de 1925. Reorganiza o Serviço Sanitário e repartições dependentes. Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial, v. 35, 1925.

São Paulo (estado). Decreto 4.809 de 31 de dezembro de 1930. Modifica a organização do serviço sanitário do estado. Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 1930.

São Paulo (estado). Decreto 4.891 de 13 de fevereiro de 1931. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 1931a.

São Paulo (estado). Decreto 4.917 de 03 de março de 1931. Transforma a Secretaria de Estado dos Negócios do Interior em Secretaria de Estado da Educação e da Saúde Pública e da outras providências. Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 1931b.

São Paulo (estado). Decreto 9.273 de 28 de junho de 1938. Organiza o Serviço dos Centros de Saúde, e dá outras providências. Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 1938.

Schraiber LB, organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.

Seminário Nacional de Residência Médica. A especialidade no campo da saúde coletiva. Relatório final. Comissão Nacional de Residência Médica. Campinas, 25 e 26 de novembro de 1999.

Sérgio Arouca: O eterno guru da Reforma Sanitária [entrevista com Sérgio Arouca]. Radis. Comunicação em Saúde 2002;n3:18-21. [acessado em 03/jun/2007]. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_03.pdf

Silva GR. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. 1973;28(2):91-6.

Silva GR. Prefácio. In: Arouca: O dilema preventivista. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

Silva OJ, Moraes NLA. Contribuição do Serviço Especial de Saúde Pública e do Instituto de Assuntos Interamericano à formação de técnicos. Revista do SESP. 1948;1(3):811-24.

Silveira LM. Socialização da medicina. III Congresso da Associação Paulista de medicina. Anais. São Paulo; 1951.

Silveira MM. Política nacional de saúde – A trindade desvelada: economia – saúde – população. Silvia RS, Morell MGG, organizadoras. Rio de Janeiro: Revan; 2005.

Skidmore TE. O Brasil visto de fora. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994.

Skinner Q. Meaning and understanding in the history of ideas. History and Theory. 1969;8(1):3-53.

Sobrinho DF. Ascensão e queda da República Socialista de Montes Claros. In: Teixeira SMF (org.): Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

Societe des Nations. Conference Europeenne Sur L'Hygiene Rurale (29 juin – 7 juillet 1931). Volume I. Recommandations. Geneve 1931.

Souza GP. Como se deve, racionalmente, preparar o caldo de cultura. Revista de Medicina. 1917;1(5-6):313-323.

Souza GP. O ensino medico no Brazil e nos Estados Unidos [conferência]. Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. 1920;(3 out):276-288.

Souza GP [discussão]. A proposito do emprego do oleo de chenopodio. Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. 1921;4(12):317.

Souza GP. Modernos serviços de assistencia médica. Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. 1921-1922;4(10-11):264-266.

Souza GHP. O Estado de S. Paulo e alguns serviços de saude publica. I Congresso Brasileiro de Hygiene. Rio de Janeiro 1-7 de Outubro de 1923. Annaes. Volume II. Rio de Janeiro: Officinas Graphicas da Inspectoria de Demografia Sanitária; 1926a.

Souza GP. Os Centros de Saúde na organização sanitária de São Paulo. Terceiro Congresso Brasileiro de Higiene. Anais. São Paulo; 1926b.

Souza GP. Eugenia e imigração. Folha Médica 1928; (25 de fevereiro):65-7.

Souza GHP; Vieira FB. Deverão os serviços de proteção e higiene da criança ser entregues aos Estados, ou ficar subordinados à administração Federal? Revista de Higiene e Saúde Pública 1934;8(4):95-107.

Souza GP. Seguro social e higiene pública. Arquivos de Higiene 1938; 8:263-70.

Souza GP. Centro de Saúde: órgão de higiene e não assistência. Viver! Mensário de Saúde, Força e Beleza. São Paulo. 1939;n.7(janeiro) 13-16.

Sousa GHP. A organização Mundial de Saúde. Ministério das Relações Exteriores. Documentos V. Brasília: Serviço de Publicações. 1951.

Souza GHP; Vieira FB. Qual a melhor organização dos serviços de higiene escolar? Deverão fazer parte dos serviços de saúde pública ou ficar subordinados à direção da instrução? Revista de Higiene e Saúde Pública 1934;8(4):113-123.

Souza GHP; Vieira FB. Centro de saúde. “Eixo” de organização sanitária. Boletim do Instituto de Hygiene de São Paulo 1936; n. 59.

Souza GHP, Vieira FB. Formação de técnicos para os serviços de saúde pública. Sexto Congresso Brasileiro de Higiene. Anais. Rio de Janeiro; 1947. p. 93-101.

Souza JMP, Mercadante AO, Arantes GR, Ferreira AS, Vasconcelos TP. Curso de Saúde Pública em um semestre - Algumas considerações. Revista de Saúde Pública 1975;9(1):87-92.

Souza LA. Serviço médico grátis ou pago? Revista Paulista de Hospitais. 1958;6(10):39-40.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.

Stoeckle JD, Candib LM. The neighborhood health Center – reform ideas of yesterday and today. New England Journal of Medicine. 1969;280(25):1385-91.

- Susser M. Pioneering community-oriented primary care. *Bulletin World Health Organization*. 1999;77(5):436-8.
- Sze S. The origins of the World Health Organization: a personal memoir 1945–1948. Boca Raton, FL: LISZ Publications; 1982.
- Tarride MI. Saúde Pública: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
- Teixeira LA. Na arena de Esculápio. A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1895 – 1913). São Paulo: UNESP; 2007.
- Teixeira SMF, organizadora. Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
- Teixeira SMF. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
- Teixeira SMF, Giovanella L, Gerschman SV, Labra E, Vaitsman. Parte 1 – 1955-1964: O sanitarismo desenvolvimentista. Textos de apoio: antecedentes da reforma sanitária. Escola Nacional de Saúde Pública, 1988.
- Telarolli Junior R. Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora UNESP; 1996.
- Terris M. The Comprehensive Health Center. *Public Health Reports* 1963;78(10): 861-6.
- Terris M. Evolution of public health and preventive medicine in the United States. *Public Health and Preventive Medicine* 1975;65(2):161-9.
- Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.
- The Rockefeller Foundation. Annual Report. New York. 1915.
- The Rockefeller Foundation. Annual Report. New York. 1925.
- Tinoco AF. Uma iniciação à administração de sistemas de saúde. Apostila da Disciplina de administração sanitária e planejamento do setor saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1972.
- Tobey JA. Symposium on the Health Center III. The historical development. *American Journal of Public Health*. 1921;11(3):212-3.
- Tollman S. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. *Social Science and Medicine*. 1991;32(6):633-42.
- Torres A. A organização nacional: Primeira parte, a Constituição. 3ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1978.
- Trecho da mensagem de S. Ex. o Sr. Presidente da República ao Congresso Nacional. Saúde Pública. *Archivos de Hygiene*. 1930;4(2):
- Tuck R. História do pensamento político. In: Burke P, organizador. A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo: Editora UNESP; 1992.
- Uzêda V. Dificuldades na organização e direção dos serviços de saúde pública. *Arquivos de Higiene*. 1937;7(1):83-94.

- Uzeda V. Serviços de Saúde Pública do Ceará. *Arquivos de Higiene*. 1940;10(1):175-94.
- Vaitsman J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: Teixeira SF, organizadora. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
- Vasconcelos MP. *Memórias da saúde pública: a fotografia como testemunha*. São Paulo: Hucitec; 1995.
- Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(3):493-507.
- Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2005;15(Supl):225-64.
- Viana ALD, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde coletiva* 2007;12(Supl):1765-77.
- Viana ALD, Machado CV. Proteção social em saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 2008;18(4):645-84.
- Vianna O. O idealismo da constituição. In: Cardoso VC, organizador. *À margem da história da República*. 3ª ed. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana; 1990.
- Vianna O. *Populações meridionais do Brasil*. Brasília: Senado Federal/Conselho Editorial; 1999.
- Vieira FB. Plano de reorganização dos serviços sanitários. *Arquivos de Higiene* 1935; (1):143-51.
- Vieira FB. Eschema da organização sanitaria do estado de São Paulo. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*. 1936;15(Enero):05-13.
- Vieira FB. Questões de Saúde e assistência na cidade e no campo. *Boletim do Instituto de Hygiene de São Paulo* N. 87. 1945.
- Vieira RM, Carvalho CE. Dossiê: desenvolvimentismo e pensamento estruturalista [apresentação]. *Pesquisa & Debate* 2004;2(26):i-viii.
- Wilinski CF. The Health Center. *American Journal of Public Health*. 1927;17(7):677-82.
- Winslow C.-E. A. The untilled fields of public health. *Science*. 1920;51(1306):23-33.
- Winslow C-E A. Discussion of papers on the health department and medical care. *American Journal of Public Health*. 1947;37(3):275-7.
- Winslow C-E A. The Cost of Sickness and the Price of Health. *World Health Organization: Monograph Series No. 7*; 1951. [acessado em 10/mar/2010]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/monograph/WHO_MONO_7.pdf
- WHO. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978. [acessado em 22/Jan/2009]. Disponível em www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

Wolf Jr. G. Preventive medicine 1952-1964. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1964;42(4, Part 1):9-21.

Yunes J, Bromberg R. Situação da rede pública de assistência médico-sanitária na área metropolitana da Grande São Paulo. Revista de Saúde Pública 1971;5(2):221-36.