Maria da Penha Costa Vasconcellos

***OS (DES)CAMINHOS DA FORMAÇÃO SANITÁRIA
E OS DIREITOS SOCIAIS***

Uma reflexão a partir da Escola de Saúde Pública
de Minas Gerais

**Doutorado – Saúde Pública
Universidade de São Paulo
2000**

Maria da Penha Costa Vasconcellos

**Os (des)caminhos da formação sanitária e os direitos sociais:
uma reflexão a partir da Escola de Saúde de Minas Gerais**

Doutorado em Saúde Pública

Tese apresentada como exigência
parcial para a obtenção do título de
Doutora em Saúde Pública, área de
concentração Serviços de Saúde, sob
orientação do Professor Dr. Jair Lício
Ferreira Santos

Universidade de São Paulo

**São Paulo
2000**

Autorizo, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

São Paulo, 1 de fevereiro de 2000.

Banca Examinadora

*Dedico este trabalho a meu filho **João**, que, ainda pequenino, deu um sentido lúdico e de rara liberdade à instituição acadêmica, ao explicar ao primo carioca, que U. S. P. significa Universidade de Soltar Pipas.*

João percebeu, antes de muitos de nós, que a razão só tem algum sentido na textura da criatividade, da emoção e da liberdade.

Aos sanitaristas, onde quer que estejam nesse país chamado Brasil, que ainda acreditam e lutam por melhores condições de vida e saúde da população.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, pela serenidade e respeito intelectual na condução da defesa desta tese.

A Prof.^a Déa Ribeiro Fenelon, que em 1986, ao me presentear com o livro *A miséria da teoria ou um planetário de erros (uma crítica ao pensamento de Althusser)*, de E. P. Thompson, contribuiu para que eu me apaixonasse pela História e, mais que isso, ajudou-me a incorporar, em minhas atividades profissionais, as *experiências* e as *práticas cotidianas humanas*, como noções fundamentais que dão sentido entre *o ser social* e à *consciência social*. Interlocutora constante desde o exame de qualificação e no processo de elaboração deste trabalho, por nossas andanças comuns, Déa, tem mais do que meu reconhecimento, tem minha gratidão.

Ao Prof. Luiz Eduardo W. Wanderley que, apesar das “modernidades” acadêmicas, resiste e prossegue estimulando a reflexão crítica sobre o tema movimentos sociais, infelizmente escasso nas escolas de Saúde Pública. Agradeço os comentários e sugestões dadas no exame de qualificação e pré-banca e reitero a alegria de tê-lo comigo nesse momento de minha formação.

Aos membros examinadores da Pré Banca, Professores José da Rocha Carneiro e Yolanda Flores e Silva, pelas críticas e sugestões.

A Prof.^a Lilia Blima Schraiber, pela leitura cuidadosa e diálogo sobre os originais.

Ao Prof. José Guilherme Magnani, pela compreensão diante do episódio inusitado em ser convidado e depois desconvidado como membro da banca, coloco publicamente minhas sinceras desculpas. Sei que, como antropólogo de grande sensibilidade, certamente saberá analisar a “tribo acadêmica”.

Aos funcionários da Escola de Saúde de Minas Gerais, pelo acesso aos documentos.

A *Halan Adriani de Oliveira Souza Pereira*, pelo grande auxílio na pesquisa de campo e por trazer Minas Gerais para mais perto de mim.

A *Cleide e Stella Maris*, pelas constantes manifestações de coleguismo.

Aos colegas do Departamento de Saúde Materno-Infantil, pelo “acolhimento”, e também aos colegas da Faculdade de Saúde Pública e da PUCSP, que “torceram” por mim.

Aos diretores e professores da Escola de Saúde de Minas Gerais, personagens nesta pesquisa, pela disponibilidade e entusiasmo em que deram as entrevistas, sem as quais esta reflexão seria outra.

Aos meus alunos e ex-alunos pela convivência e troca de idéias, que têm permanecido além das salas de aula.

A Elba Carvalho, Leandro Cleto, Angelino Peternella, José Roberto Nucci, Carolina Andrade, pelo apoio – telefonemas, xerox, scanner revisões – e por conseguirem, apesar das ‘extravagantes’ exigências institucionais, aliviar tensões e colaborar para que o trabalho tomasse forma e beleza.

A minha família.

E, finalmente e carinhosamente, a *Sergio Alex Constant de Almeida*, carioca descendente de mineiros que, mesmo a contragosto, ouviu em inúmeros momentos descobertas e desabafos sobre a trajetória sanitária e os percalços na realização da tese. Como se não bastasse, (na impossibilidade de solicitar bolsa às agências de financiamento, por prosseguir trabalhando como professora), ainda pagou a conta. A você, meu muito obrigada.

A todos desejo muita saúde!

SUMÁRIO

1. Apresentação	1
<i>Tecendo o enredo da pesquisa</i>	
2. A cidade e seus habitantes definem o objeto e os problemas da Saúde Pública	28
<i>O pensar higiênico e o controle sobre os pobres</i>	
<i>O nacionalismo às avessas</i>	
<i>Noções que formam a identidade do campo</i>	
<i>Gentes, espaços e experiências – lendo a nação pelas suas entranhas</i>	
3. Os sanitaristas vão à escola e consolidam a especialização sanitária brasileira	57
<i>Éramos higienistas e nos tornamos sanitaristas.</i>	
<i>Outros problemas e novos objetos na trajetória dos sanitaristas</i>	
<i>A criação da escola de Saúde Pública de Minas Gerais.</i>	
4. Os dilemas dos sanitaristas da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais	82
<i>Os sanitaristas se modernizam e viram planejadores e administradores</i>	
<i>Os gerentes como interlocutores</i>	
<i>A população vista através do binóculo</i>	
5. Afinal, o que é mesmo que o sanitarista faz, na década de 90?	116
<i>A Saúde Pública como direito social e como proteção à saúde de toda e qualquer pessoa</i>	
<i>A realidade é poliparadigmática</i>	
6. Saideira	140
<i>Quem precisa da Saúde Pública? Nós</i>	
Anexos	144
<i>Termo de compromisso,</i>	
<i>Roteiro de entrevistas</i>	
<i>Relação dos entrevistados</i>	
Bibliografia	165
<i>Fontes iconográfica, legislação e documentos</i>	
<i>Livros e Artigos</i>	

Resumo

Este trabalho, busca analisar a formação sanitária e a demarcação das práticas sanitárias na realidade brasileira.

Para compor o cenário da investigação, foram definidos três momentos, no correr do século XX – o deslocamento da noção de higienistas para a formação de sanitaristas, a partir da criação das escolas de Saúde Pública; a concepção de formação sanitária, a partir das narrativas de diretores e professores; e as necessidades e respostas institucionais encaminhadas sobre as questões sanitárias no final da década de 90.

Foram utilizadas diferentes fontes, para sua realização: documentos oficiais; orais e iconográficos, em acervos de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Tomando a escola de Saúde Pública de Minas Gerais, não como estudo de caso, mas como base para sua reflexão sobre os centros de formação sanitária, a autora busca privilegiar a articulação entre espaços e práticas concretas, que constituem e demarcam o campo sanitário na perspectiva dos direitos sociais e da proteção social, ou seja, sem desconsiderar as mudanças profundas, no exercício do poder, que vêm se dando no papel do Estado, desde a década de 70, no Brasil. De agente promotor do bem-estar social para o de regulador, a Saúde Pública, objeto desse estudo, deveria se manter como central na esfera das políticas públicas e sociais, havendo a necessidade de se enfrentar e reinscrever, tarefa nada fácil, as noções de público, serviço público e responsabilidade pública na dimensão ética da vida social, no período contemporâneo

Considerando a perspectiva, o estudo conclui que o Estado, a partir de seus centros formadores, deve prosseguir promovendo a formação e contratação de pessoal qualificado para funções e atividades que marcam o campo da ação sanitária, na realidade brasileira.

Abstract

This study aims to analyse the formation of human resources in Public Health and the delimitation of the public health practices in the Brazilian reality.

To compose the scenery of the investigation the author chose three moments throughout the XXth Century – the displacement from the notion of hygienists to the of public health workers, with the creation of the schools of public health; the concepts of the formation of public health workers from the reports of Deans and teachers of Schools of Public Health; and the needs and institutional responses elaborated on the public health question, in the end of the last decade of the Century.

The author utilised different sources in her study: official documents, oral and iconographic sources, in the cities of São Paulo, Rio de Janeiro and Belo Horizonte.

Taking the School of Public Health of Minas Gerais, not as a case study but as a basis for her reflection on the centres for the formation of public health workers, the author gives importance to the articulation between concrete spaces and practices which constitute and fix the limits to the field of public health in the perspective of social rights and social protection, that is, without ignoring the profound changes which are taking place, since the Seventies in Brazil, on the role of the State, from a promoter of social welfare, to the role of a regulator. Thus, Public Health, which is the object of this study, should remain central in the sphere of public and social policies, making it necessary to face and re-think (a difficult task) the notions of public, public services and public responsibility, in the ethic dimension of social life, in the contemporary period.

In this perspective, the study concludes that the State, by means of its centres for the formation of human resources, must continue to promote the formation and utilisation of qualified personnel for the functions and activities that delimit the field of public health action, in the Brazilian reality.

Apresentação:
tecendo o enredo da pesquisa

“Ser membro de uma comunidade humana é situar-se em relação ao seu passado (ou da comunidade), ainda que apenas para rejeitá-lo.

O passado é, portanto, uma dimensão permanente da consciência humana, um componente inevitável das instituições, valores e outros padrões da sociedade humana. O problema para os historiadores é analisar a natureza desse ‘sentido do passado’ na sociedade e localizar suas mudanças e transformações”

Hobsbawm¹

Nos últimos anos, particularmente em meados da década de 80 e ao longo da década de 90, no Brasil, as políticas públicas voltadas para as necessidades reclamadas pelos segmentos sociais mais populares, começaram a ficar “fora de moda”. Em nome da necessidade de responder às pressões do poder econômico-financeiro internacional, alguns governantes aceleraram a descapitalização nas dimensões social, cultural, ambiental, patrimonial e instituem a desindustrialização, decorrente da abertura às importações, e as privatizações a grupos estrangeiros, fazendo crer que o futuro do país possa ser decidido sobre uma mesa de pôquer. Como observa Arendt², *“Vivemos um período de*

¹ HOBBSAWM, Eric. “O sentido do passado”. In: *Sobre História*. São Paulo: Companhia das Letras. p. 22.

² ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 6. ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 1993.

apogeu da expansão de todas as maneiras dignas e indignas de exploração da natureza humana”.

As decisões, difundidas pelos meios de comunicação de massa, propaganda e campanhas, direcionam a perspectiva a partir da lógica dos mercados internacionais e dos interesses privados ou públicos de alguns países em detrimento de outros. *“Ao final do ‘século do desenvolvimento’ não existem mais os pontos cardeais da economia. O desaparecimento do Leste provocou o desaparecimento do Oeste, deixando apenas o Norte e o Sul como referências, que a globalização da economia fez perder seus significados tradicionais”*³. A nova ordem internacional promove a desestabilização de serviços e segmentos profissionais que tenham por função a execução de atividades de responsabilidade do Estado. Pelo lado da população, observa-se uma desaceleração do processo de formação de cidadania e a falta de condições para a ampliação da consciência política dos direitos sociais e de movimentos de pressão sobre o Estado e os governos, que possibilitem vislumbrar a médio prazo a redução das desigualdades sociais através da efetivação de políticas públicas voltadas para a educação, saúde, moradia, transporte, emprego, tempo livre, consumo e outros direitos sociais, que venham a ser instituídos e criados entre as pessoas como valor comum.

Constantes “transformações” nacionais e internacionais obrigam países e cidadãos a buscar novas referências para iniciarem atividades políticas e econômicas, tentando traduzi-las em distintas formas de organizações, atividades e processos de subjetivação nas diversas dimensões da vida social.

Particularmente relacionado ao tema deste estudo, observamos que, até algumas décadas atrás, era possível encontrar, no “ambiente” de

produção e circulação das idéias sanitárias, posicionamentos e a utilização de termos mais nítidos sobre o significado de cuidar da coisa pública como uma ação voltada a todos os habitantes de uma comunidade. Mais que isso, cuidar da coisa pública significava cuidar dos processos de produção e dos produtos a serem ofertados ao público; significava proteger a pessoa e denunciar aos outros órgãos, que também cuidavam da coisa pública, as necessidades de assistência, regulação e controle. Relacionado a esses períodos, atribui-se ao sanitarista a legitimidade de sua ação como uma autoridade sanitária, que tem por competência diagnosticar e realizar ações que protejam os indivíduos em seus ambientes domésticos, no trabalho, nos festejos, no consumo de alimentos e medicamentos, abastecimento, saneamento, etc.

Sobre o significado dos termos, Thompson comenta que *“...enquanto o primeiro conjunto de termos (fazendo referência a ‘feudal’, ‘capitalista’ ou ‘burguês’) chama a atenção para o conflito ou tensão dentro do processo social, o segundo (‘pré-industrial’ ‘tradicional’ ‘paternalismo’ e ‘modernização’) parece nos alertar para que vejamos a sociedade em termos de uma ordem sociológica auto-reguladora. Com um cientificismo enganador, esses termos se apresentam como se não contivessem julgamentos de valor. Também possuem uma estranha falta de temporalidade”*⁴.

“Sanitarismo”, “público”, “autoridade”, “direitos”, “deveres”, “Estado” chamam a atenção para o conflito ou tensão dentro do processo social, enquanto “profissional”, “administrador”, “gerente” diluem, fazem perder a especificidade e a direcionalidade de sua legitimidade e de sua ação.

³ FELICE, Massimo Di e MUÑOZ (orgs.). *A revolução invencível: subcomandante Marcos e Exército Zapatista de Libertação Nacional – cartas e comunicados*: Editorial Bontempo, 1998. p. 13.

⁴ THOMPSON, E. P. *Costumes em comum; estudo sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 27.

Em nossa investigação, algumas noções foram adotadas e, mesmo sem a intenção de realizarmos um diálogo teórico sobre as diversas abordagens expressas no âmbito da ciência e da filosofia política, sinalizam a perspectiva que permeou nossas indagações: bem comum; esfera pública, direitos sociais, responsabilidade pública e proteção social.

Hannah Arendt⁵, ao discutir as esferas pública e privada, inicia sua exposição lembrando que *“a vida humana, na medida em que se empenha ativamente em fazer algo, tem raízes permanentes num mundo de homens e de coisas feitas pelos homens”*. As coisas feitas pelos homens, sejam na dimensão material, sejam na dimensão simbólica e moral, ocorrem na vida coletiva, em sociedade, em torno de critérios estabelecidos eticamente, através do contrato social, com a finalidade de manter o equilíbrio e a permanência dos interesses comuns, estabelecer normas e regras na dinâmica da vida em comum.

Para tal finalidade, no tempo moderno, a diferenciação entre as ações e os comportamentos, no que diz respeito à intimidade e subjetividade das pessoas, deverá se manter na esfera privada ou ser estendida, quando muito, ao ambiente familiar, em oposição ao permissivo na esfera pública.

Para a autora, o termo “público” pressupõe que *“tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível”*⁶, ou seja, visibilidade e alteridade. Um segundo significado é de que *“público é o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele (...) o mundo ao mesmo tempo separa e estabelece uma relação entre os homens”*.⁷

⁵ ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 6 edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993. p. 31.

⁶ Idem, p. 59

⁷ Ibidem, p. 62

Ribeiro⁸ também constata um duplo sentido da palavra “público” na cultura moderna como oposição a “privado”: “*se faz como sinônimo do bem comum, do patrimônio coletivo*” e um segundo sentido: como oposição a “palco”: “*Aqui seu sinônimo é “platéia” (...). No sentido teatral, o público vale menos que o palco. Já no primeiro sentido (“jurídico”), ele deve valer mais que o privado*”.

O que deve ser ressaltado por esses autores é que o duplo sentido não tem conseqüências somente no nível semântico mas também no político, quando percebido como a classe dominante usa o Estado e os recursos financeiros do orçamento público como meio para atingir fins de interesse privado. A ausência de distinção, diga-se de passagem, desde o descobrimento do Brasil, inicialmente capitaneada por portugueses, que certamente colaboraram para a *cultura da usurpação* da coisa pública, dificulta a distinção entre os espaços da intimidade e do interesse privado do espaço dos interesses e da gestão da coisa pública, este último, arena da explicitação dos conflitos, tensões e consensos, e da construção das políticas sociais a serem adotadas.

É, também, na esfera pública que grupos e segmentos sociais vão reivindicar suas aspirações, garantir direitos individuais e coletivos, organizar movimentos sociais de pressão, ampliar o espaço político e da “consciência do direito a ter direitos”⁹, não se limitando ao arcabouço jurídico, mas analisando as normas como expressão dos interesses de grupos de maior pressão e poder num determinado momento histórico.

⁸ RIBEIRO, Renato Janine. *A política como espetáculo*. In: DAGNINO, Evelina. *Anos 90 – política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. p. 31.

⁹ Adotamos, para fins de análise neste trabalho, o conceito de direitos como “princípios reguladores das práticas sociais, definindo as regras de reciprocidades esperadas na vida em sociedade, através da atribuição mutuamente acordada (negociada) das obrigações e responsabilidades, garantias e prerrogativas de cada um. Como forma de sociabilidade e regra de reciprocidade, os direitos constroem, portanto, vínculos propriamente civis entre indivíduos, grupos e classes, no modo como as relações sociais se estruturam”. TELLES, Vera. *Sociedade civil e a construção de espaços públicos*. In: Dagnino, Evelina (org). *Anos 90 – política e sociedade no Brasil*. Editora Brasiliense, 1994. p. 99.

O encaminhamento do Estado diante das necessidades sociais será através das políticas sociais. “É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais demandados pela sociedade em sua relação de reciprocidade e antagonismo com o Estado. Nesse sentido, o direito que fundamenta a política pública é um direito coletivo e não individual”¹⁰.

Tomar como interesse central a noção de saúde pública como direito social, nesta tese, significou deslocar o debate das análises econômicas e dos conceitos de eficácia e eficiência produtiva ou, como expressou Weber “*o abandono da ética da responsabilidade em favor da ética da eficiência*”, buscando, na reflexão, colocar a saúde pública no campo das políticas públicas de responsabilidade pública, garantida na Constituição Brasileira de 1988, nos capítulos Dos Direitos Sociais e Da Ordem Social¹¹.

Como professora de Saúde Pública, comecei a observar que os termos “sanitarista”, “responsabilidade pública”, “direitos sociais” praticamente desapareceram da linguagem cotidiana e da memória das escolas de Saúde Pública, substituídos por outros como “profissional de saúde”, “administrador de serviços de saúde” e “gerente de serviços de saúde”.

Na condição de psicóloga social, que tem como interesse compreender as manifestações subjetivas e intersubjetivas dos indivíduos, em suas práticas “miúdas” cotidianas na vida societal, meu encantamento em trabalhar com Saúde Pública se dá exatamente pela possibilidade de poder observar, escutar, vivenciar e compreender

¹⁰ PEREIRA, Potyara. *A Assistência Social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil*, 1996. Brasília: Thesaurus. In: DEGENSZAJN, Raquel Raichelis. *A construção da esfera pública no âmbito da política de assistência social*, 1997. Tese de Doutorado – Serviço Social PUCSP.

¹¹ Constituição da República Federativa do Brasil, título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, capítulo II, Dos Direitos Sociais, arts. 6 a 11; título VIII, Da Ordem Social, capítulo II, Da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde, arts. 196 a 200.

modos de vida diversos e distintos, que possibilitam a partir do contato contínuo entender as razões, motivos, desejos e aspirações, costumes e valores que levam os homens a por em prática e realizar determinadas ações “facilitadoras” ou “agressivas” de proteção e perpetuarem, ou não, em seus ciclos da vida, suas saúdes.

Minhas incursões, nas práticas sanitárias, causaram-me “estranhamento”, no sentido antropológico do termo, ao me deparar com tanta racionalidade, argumentos uniformizadores sobre os modos de vida, universalização dos distúrbios e as doenças como razão de sua existência.

Trazer a discussão para este campo não significa “psicologizar” a Saúde Pública. Minha intenção, é “vasculhar” a riqueza presente da Saúde Pública em seus problemas, objetos e temas sociais, que têm andado submersos nas constantes explicações do sistema vital, clínico e quântico, que predominam na modernidade e pós-modernidade, em detrimento de se compreender o “outro” em sua singularidade e em sua inserção social e cultural.

Como afirma Costa¹², referindo-se aos estudos que buscam priorizar a saúde do ponto de vista do particularismo sociocultural e simbólico sobre o significado psíquico-físico nos diversos grupos sociais, do adoecer e do estar são. *“Estes trabalhos, no entanto, sempre foram tidos como curiosidades etnológicas, que psiquiatras excêntricos trocavam entre si nos encontros rituais de psiquiatria transcultural. Ninguém se opunha a estas amáveis comunicações, mas também não se as levava a sério. (...) Durante um longo tempo, diferença cultural ecoou nos ouvidos psiquiátricos como coisa de índio.*

Recentemente, o panorama mudou. Sob o impacto da história social, da filosofia e de toda uma corrente do pensamento

¹² COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 2 edição. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1983. p.18-19.

antropológico, o estranho, o estrangeiro passou a ser nosso vizinho. A diferença cultural deixou de ser acontecimento da selva; tornou-se um acontecimento do subúrbio”.

Meu primeiro movimento foi detectar o que de mais sortido aparece como assunto de “interesse”, nos últimos quinze anos, e observar uma forte presença de temas como custos, custeios, cesta básica de procedimentos de assistência, agendas saudáveis, sistemas de informação, performances gerenciais, novos paradigmas em saúde, etc., que começam a aparecer constantemente nas publicações, comunicações em congressos e em dissertações e teses. Ocorre, também, uma verdadeira explosão de cursos, seminários, linhas de financiamento para pesquisas em programas de pós-graduação de economia da saúde. Nesse período, sem pretender estabelecer relação de causalidade, algumas escolas chegam a suspender seus cursos de Especialização em Saúde Pública e outras reduzem drasticamente seu número de vagas¹³, em nome da perda de “mercado” para a absorção do especialista.

São realizados, em diversas regiões das Américas, seminários com o objetivo de discutir a teoria e a prática da saúde pública, indicando necessidade de um “novo profissional”, um “novo ensino” e uma “nova saúde pública”. Nesses embates, o termo pública aparece cada vez mais esvaecido.

O trecho a seguir exemplifica a questão: *“para esta nova prática, necessita-se de **novos profissionais**, capazes de cumprir distintos papéis, desde uma função histórico-política de ‘resgatar, do próprio processo histórico de construção social da saúde, os conhecimentos, êxitos e fracassos da humanidade em sua luta pela cidadania e bem estar’ até uma função agregadora de valor através da*

¹³ Foram suspensos os cursos de Especialização da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1997) e da Escola de Saúde de Minas Gerais (1995). Permanecem em funcionamento, até a data deste estudo, os cursos da Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ e do Departamento de Medicina Preventiva da FM-UNICAMP.

produção e gestão do conhecimento científico-tecnológico; desde uma função de gerência estratégica de recursos escassos e de mediador estratégico das relações entre as necessidades e problemas de saúde e as decisões políticas, até uma função de advocacy, utilizando o conhecimento ‘como instrumento de denúncia, promovendo a mobilização crescente da sociedade em demanda de realização do seu potencial e saúde e exercício do direito de cidadania’”¹⁴.

O discurso aponta o vazio que se depreende dos problemas e objetos que compõe o conjunto de práticas do campo de conhecimento e intervenção sanitários, mais do que idealizado, beira à alucinação.

Referindo-se a outro documento, cita a 1 Conferência Pan-americana sobre educação em Saúde Pública (Rio de Janeiro, 1994), que propôs o aprofundamento do debate em torno da transformação da estrutura organizacional das respectivas escolas “(...) propondo a criação de espaços de excelência que, à semelhança das novas organizações empresariais, funcionem como ‘redes institucionais agregadoras de valor’ (...). A produção de lideranças setoriais e institucionais passa a constituir um dos propósitos básicos das novas instituições acadêmicas. Liderança setorial em saúde significa a capacidade do setor de transformar a saúde no referente básico para a formulação de todas as outras políticas públicas. A política de saúde condicionaria, em grande parte, não só comportamentos individuais, mas, também, ações coletivas, sociais e políticas. A liderança institucional é definida como a capacidade que possui uma organização de irradiar valores, gerar conhecimentos e promover compromisso com esses valores, por parte da população e de outras organizações. Uma organização líder produz diferenças fundamentais na comunidade (...). Capacitar-se para a liderança é, portanto, um produto de aquisição de

¹⁴ RODRIGUEZ Neto, R. “Teoria y practica de la salud pública”. Washington, D.C., Organización Pan-americana de la salud, 1994. PAIM, Jairnilson S. e ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde

novos valores e habilidades, como o desenvolvimento de novos significados da missão e da filosofia institucionais. Como o objetivo da liderança é promover compromissos públicos com ideais básicos, o setor ou a instituição líder se reconhece não só pela qualidade de suas ações mas, principalmente, pelo compromisso que gera nos setores, instituições ou atores que lidera”¹⁵.

Novamente se fala da população como massa amorfa, plasticamente maleável e se atribui uma nova função às escolas/empresas de Saúde Pública. Com conotação fortemente comportamentalista, voluntarista e messiânica, será a de formar “líderes” capazes de transformar os fundamentos da vida em sociedade, ou seja, a proposta é de que esses “líderes” passem a coordenar as relações das pessoas entre si e destas com o Estado.

Delirante ou não, esse tipo de discurso, sem temporalidade, conseguiu influir e, no seu rastro, foram elaborados dezenas de boletins oficiais, nacionais e internacionais, congressos e oficinas pedagógicas, que tinham por objetivo “construir” um novo profissional e um novo “paradigma de saúde”. As palavras “novo/nova” passam a ser citadas de maneira generalizada, consensual e com uma certa conotação mágica: formar um *novo* profissional de saúde; criação da *nova* Saúde Pública; uma *nova* agenda da saúde para o Brasil, um *novo* paradigma sanitário, um *novo* município saudável... A introdução e utilização da palavra *novo*¹⁶ supõe uma oposição e um contraponto ao que vinha sendo

coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Ver. *Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998.

¹⁵ ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Recursos humanos y sistemas locales de salud. Washington, D.C., 1994. In: PAIM, Jairnilson, S. e ALMEIDA FILHO, Naomar. *Saúde coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Ver. *Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 99).

¹⁶ Com referência à expressão “novo/nova”, HOBBSAWN (1997) expressa-se: “Sabemos muito pouco sobre o processo que transformou as palavras ‘novo’ e ‘revolucionário’ (conforme empregadas na linguagem publicitária) em sinônimos de ‘melhor’ e ‘mais desejável’ e, nesse ponto, há necessidade de pesquisas. Porém, parece que a novidade ou mesmo a inovação constante é aceita mais prontamente, na medida em que se refira ao controle humano sobre a natureza não humana, por exemplo, a ciência e tecnologia, já que grande parte desse controle é

realizado como ações sanitárias, ao longo do século XX, no Brasil, mas também explicita uma crise de identidade no campo sanitário. Santos¹⁷ afirma: *“Vivemos, agora, uma dessas fases onde a significação das coisas experimenta uma mudança praticamente revolucionária. Se algumas disciplinas se apercebem dessas mudanças qualitativas e as incorporam ao seu acervo, algumas outras o fizeram apenas parcialmente ou fragmentariamente. (...) Os progressos tentados consistem muito mais em substituir significados, buscando geralmente em disciplinas afins, do que mesmo a partir das realidades ou aspectos da realidade que caberia examinar”*. Ao buscar formar líderes, ao tentar conceituar valores sobre a vida, tendo como base os conceitos econômicos, ou, ao propor que os centros formadores se transformem em empresas e os sanitaristas em gerentes, a Saúde Pública adquire uma identidade distinta da de sua origem, seu campo de estudo e intervenção dissipa-se e sua função social tende a se esvaír. Estamos diante de outro universo de valores.

Na minha compreensão, os profissionais “modernos” da Saúde Pública vêm assumindo o projeto neoliberal, iniciado na década de 1940 e retomado com fervor na década de 1970¹⁸.

obviamente vantajoso mesmo para os mais tradicionais. [...] Por outro lado, conquanto certas inovações sócio-políticas possam parecer atraentes a alguns grupos de seres humanos, pelo menos numa visão prospectiva, as implicações sociais e humanas da inovação (inclusive inovação técnica) tendem a encontrar maior resistência, por razões óbvias”.

¹⁷ SANTOS, Milton. *Por uma Geografia Nova; Da Crítica da Geografia a uma Geografia Crítica*. 3. ed. p. 1-2.

¹⁸ CHAUÍ, Marilena. *Neoliberalismo e Universidade*. In: *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. OLIVEIRA, Francisco e PAOLI, Maria Célia (orgs.). Editora Vozes/FAPESP, 1999. p. 30-31. *“Diferentemente da forma keynesiana e social-democrata que, desde o segundo pós-guerra, havia definido o estado como agente econômico para regulação do mercado e agente fiscal que emprega a tributação para promover investimentos nas políticas de direitos sociais. Agora, o capitalismo dispensa e rejeita a presença estatal não só no mercado mas também nas políticas sociais, de sorte que a privatização, tanto de empresas quanto de serviços públicos, também se tornou estrutural. Disso resulta que a idéia de direitos sociais, como pressuposto e garantia dos direitos civis ou políticos, tende a desaparecer porque o que era um direito converte-se num serviço privado regulado pelo mercado e, portanto, torna-se uma mercadoria a que têm acesso apenas os que têm poder aquisitivo para adquiri-la.”*

As idéias que circulam por esses grupos são as idéias mundializadas, que têm por função desviar a atenção da questão central que afeta sobremaneira às condições de vida e saúde e que são decorrentes das noções e valores que acompanham interesses econômicos e aprofundam as desigualdade sociais; procuram dissociar políticas públicas dos direitos sociais e do Estado e confundem o processo de exclusão social em que vivemos, a ser revertido, com o de extinção social que, certamente, prescindirá da Saúde Pública.

A realização da investigação deu-se concomitante às atividades de professora nos cursos de mestrado e doutorado. As diversas solicitações que surgem no cotidiano universitário, entendido como a seqüência de rotinas ou como mudanças e possibilidades de novas inspirações, alongaram o período inicialmente proposto para sua realização, gerando sentimentos de angústia e ansiedade diante dos “rituais acadêmicos”.

Pelo próprio envolvimento nas atividades, tive que, em vários momentos, procurar um distanciamento diante de fatos tão familiares. Outro aspecto a ser salientado, no processo da investigação, foi o de deparar-me com a ausência de bibliografia que viesse ao encontro das inúmeras dúvidas, que foram aparecendo na perspectiva da história social da Saúde Pública. Tive que reconhecer, contra minha vontade, que a psicologia social nesse contexto ainda significa *avis rara*, lutando para um dia ser reconhecida como *avis cara*.

Retomando antigas leituras, encontro uma reflexão de Claude Lévi-Strauss¹⁹, referindo-se à crise de identidade por que passa a ciência antropológica, quando as nações indígenas e povos primitivos, objetos emblemáticos da antropologia, foram extintos, exterminados ou reduzidos a grupos minoritários “*a antropologia não corre o risco de*

¹⁹ LÉVI-STRAUSS, Claude. “A crise moderna da Antropologia”. *Revista de Antropologia*. São Paulo, 10:1-2. 1962.

tomar-se uma ciência sem objeto?” E, prosseguindo, completa: “enquanto as maneiras de ser e agir de certos homens forem problemas para outros homens, haverá lugar para uma reflexão sobre essas diferenças que, de forma sempre renovada, continuarão a ser de domínio da antropologia”.

Esta reflexão levou-me a pensar se não é deste mesmo mal que sofre, no momento, a Saúde Pública, ou seja, *“se não estaria correndo o risco de tornar-se uma ciência sem objeto”*, negando sua especificidade e identidade de campo teórico e de intervenção, quando deixou de observar o cotidiano das pessoas, suas formas de sociabilidade, a diversidade dos modos de vida urbana, as formas de assistência e assistencialismo e de proteção, que caracterizam as condições de vida dos brasileiros.

Nesta tese, analiso como esse ideal de “modernidade” transformou os valores que estiveram presentes na chamada “consciência sanitária brasileira”. Registrar esse processo parece-me interessante. É a tentativa de mostrar que o interesse em abolir a formação em Saúde Pública está associado à idéia de “modernidade” e de pertinência à agenda de questões colocadas internacionalmente, no imaginário dos profissionais de Saúde Pública atual, ou seja, continuamos a adotar, como na virada dos séculos XIX para o XX, as questões do além-mar como nossas questões. Como desdobramentos, o neocolonialismo elabora propostas e constrói discursos idealizados e unitários, que destoam dos problemas sanitários vigentes. O discurso moderno, tecnológico e primeiro-mundista, leva a ler os diferentes Brasis, a partir do conjunto dos grandes números informatizados, opondo-se à visão sanitária anterior, levando a crer que a formação do especialista em Saúde Pública tornou-se supérflua.

Nesse embate de valores, busquei compreender o sentido dado à formação do especialista, a partir de suas ações e práticas sanitárias realizadas no Brasil.

Escolhendo esse caminho, quis destacar a importância de estudos que buscam não se pautar nas deliberações genéricas das agendas e acordos internacionais sobre o ideário da saúde das coletividades, mas valorizar estudos que enfatizam, nas microescalas de análise (Certeau, Spink, Magnani, Revel, Bosi, Caldeira, Martins, Thompson), a possibilidade de se compreender como ocorre a produção de sentidos e significados sociais, na elaboração das distintas percepções entre o *antigo* e o *moderno* pensamento sanitário. A pertinência da Saúde Pública como política de Estado e como tema atual de investigação parte das questões que se colocam no processo contemporâneo – globalização, exclusão, natureza, ambiente, saúde, entre outros – e, nesse contexto, fui colocando algumas indagações não conclusivas, mas presentes nesta reflexão, e que provavelmente passarão a fazer parte de outros trabalhos específicos. É possível uma sociedade manter-se sem um sistema sanitário estatal ? É possível existirem formas solidárias de organização entre cidadãos e Estado, no processo de individualização da pós-modernidade, que as relações sociais presentes em nossas condições históricas atuais atravessam?

Canclini²⁰ apresenta elementos para se pensar através de outros significados a função da Saúde Pública, sem extingui-la ou reduzi-la à lógica do mercado. *“Repensar a cidadania como ‘estratégias’ serve para abranger as práticas emergentes não consagradas pela ordem jurídica, o papel das subjetividades na renovação da sociedade e, ao mesmo tempo, entender o lugar relativo destas práticas, dentro da ordem democrática, e procurar novas formas de legitimidade estruturadas de maneira duradoura em outro tipo de Estado. Implica*

tanto em reivindicar os direitos de ascender e pertencer ao sistema sóciopolítico como no direito de participar na reelaboração do sistema, definindo, portanto, aquilo de que queremos fazer parte (...) repensar o real e o possível, distinguir entre a globalização e a modernização seletiva, reconstruir, a partir da sociedade civil e do Estado, um multiculturalismo democrático”.

Nossa opção de estudo deu-se na dimensão da microanálise ou, segundo Thompson²¹, em “uma história vista de baixo”. Esta pesquisa não pretende analisar a Saúde Pública em sua totalidade como um sistema complexo, mas abarcar especificamente as ações sanitárias de função exclusiva do poder público.

Para construir o universo da investigação foram utilizadas diversas fontes: documentos oficiais, entrevistas com professores e diretores da ESMIG, a partir de um roteiro de questões abertas e levantamento em acervos sobre temas de interesse e que viessem a dar subsídios à reflexão.

O envolvimento do pesquisador no recolhimento dos depoimentos traz algumas questões de ordem subjetiva. É necessário levar em consideração que, ao estimular o depoente a fazer sua leitura pessoal sobre temas que envolvem lembranças pessoais e de grupos de referência, suas falas incluem construções simbólicas, memórias e percepções distintas das dos tempos atuais e que possibilitam pensar a questão em estudo à luz não só na esfera da individualidade do informante mas, também, nas relações sociais de produção.

Sobre a memória, Samuel²² afirma: *“longe de ser meramente um receptáculo passivo ou um sistema de armazenamento, um banco de imagens do passado, é, isso sim, uma força ativa, que molda; que é*

²⁰ CANCLINI, Néstor García. *Consumidores e Cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1997. p. 23.

²¹ Thompson, E. P. *History from below*. *The Times Literary Supplement*. April 7, 1966. pp. 279-81.

²² SAMUEL, Raphael. “Teatros de Memória”. In: *Projeto História*, São Paulo, 14 fev. 1997. p. 44

dinâmica – o que ela sintomaticamente planeja esquecer é tão importante quanto o que lembra – e que ela é dialeticamente relacionada ao pensamento histórico, ao invés de ser apenas uma espécie de seu negativo (...) a memória é historicamente condicionada, mudando de cor e de forma de acordo com o que emerge no momento; de modo que, longe de ser transmitida pelo modo intemporal da ‘tradição’, ela é progressivamente alterada de geração em geração. Ela porta a marca da experiência, por maiores mediações que esta tenha sofrido. Tem, estampadas, as paixões dominantes em seu tempo. Como a história, a memória é inerentemente revisionista e nunca é tão camaleônica como quando parece permanecer igual.”

Além dos depoimentos, trabalhamos com um conjunto de fotos que possibilitaram recuperar o “cotidiano sanitário” e as práticas de intervenção em sua dinâmica.

O trabalho de levantamento foi realizado no Centro de Memória Iconográfica da Faculdade de Saúde Pública da USP²³, no Arquivo Iconográfico da Casa de Oswaldo Cruz da FIOCRUZ²⁴, no Rio de Janeiro, e na Biblioteca da Escola de Saúde de Minas Gerais²⁵, Fundação Ezequiel Dias, em Belo Horizonte.

Sobre a fotografia, Carlos Drummond de Andrade, no poema *Câmara Viajante*²⁶, chama nossa atenção para os possíveis movimentos entre o emissor e o receptor na linguagem fotográfica:

²³ O Centro de Memória da FSP, contendo por volta de 3.500 fotografias, difere no tipo de registro das práticas sanitárias da Escola Nacional ao voltar-se mais diretamente a ações desenvolvidas no Estado de São Paulo, particularmente na cidade de São Paulo. Sua importância localiza-se no registro de cenas de intervenção urbana dos sanitaristas e na infra-estrutura da cidade até meados da década de 1950.

²⁴ A Casa de Oswaldo Cruz possui o maior e mais completo conjunto de imagens, com mais de 20 mil registros, sobre a memória sanitária desde o século XIX, no Brasil. As restrições de tempo e recursos financeiros nos levaram a utilizar somente algumas imagens deste precioso acervo. Sem essas imagens, certamente não seria possível o reconhecimento das primeiras ações e expedições sanitárias.

²⁵ A Biblioteca da Escola de Saúde de Minas Gerais não se caracteriza propriamente como acervo, mas possui algumas imagens utilizadas em eventos ou efemérides institucionais.

²⁶ ANDRADE, Carlos Drummond. *Mata Atlântica*. São Paulo: AC&M Editora, 1984.

“Que pode a câmara fotográfica?

Não pode nada.

Conta só o que viu.

Não pode mudar o que viu.

Não tem responsabilidade no que viu.

A câmara, entretanto,

Ajuda a ver e rever, a multi-ver

O real nu, cru, triste, sujo.

Desvenda, espalha, universaliza

A imagem que ele captou e distribuiu.

Obriga a sentir,

A, criticamente, julgar,

A querer bem ou protestar

A desejar mudança...

O registro fotográfico das atividades desenvolvidas em campo, ou como testemunho das condições sanitárias insalubres, talvez tenha sido o sistema mais efetivo de registro das ações sanitárias de que temos conhecimento. Sem interpretações, descritivos e extremamente sintéticos, os relatórios foram enriquecidos por esses fotógrafos amadores, que tinham a preocupação de trazer para os homens citadinos as imagens do Brasil, com suas *riquezas e peculiaridades* naturais, culturais e sociais e suas condições sanitárias. É na Primeira República que o nacionalista Monteiro Lobato²⁷ divulga caricaturas e formula sua famosa frase – “*O Jeca não é assim: está assim*” –, fazendo referência ao homem do campo e pressionando, como parte do movimento pela reforma da Saúde Pública, os governantes. Nesse sentido, os sanitaristas prestaram uma importante contribuição, permitindo a recuperação sobre o fazer sanitário, de forma mais intensa até meados da década de 60,

²⁷ LOBATO, José Bento Monteiro. *Mr. Slang e o Brasil e o Problema Vital*. 11. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1957.

prática que foi se escasseando até os dias atuais, encontrada a partir de alguns projetos de pesquisa ou por iniciativa isolada de pesquisadores.

As fotografias cuidadosamente tiradas correspondem às imagens que os sanitaristas escolheram como forma de perpetuar o registro de suas ações, em sua maioria, nos espaços públicos urbanos e rurais.

Segundo Thielen²⁸: *“Uma divulgação, porém, que visava o exterior e não aqueles que sofriam os efeitos dessa intervenção. Fotografias que queriam criar uma nova imagem internacional do Brasil: um país moderno, progressista, limpo e saudável, apto a receber todos aqueles que quisessem por aqui passar ou se instalar”*.

O registro fotográfico também foi fartamente utilizado, entre outros, pelas expedições da Comissão Rondon²⁹, pelos viajantes europeus, que vinham registrar o país exótico e os seus habitantes selvagens, e pelas expedições antropológicas que levaram Lévi-Strauss³⁰ a referir-se aos tristes trópicos.

As imagens das expedições tiveram a intenção de propagar o que Kossoy³¹ identifica com as imagens da ordem e do progresso. *“A fotografia com objetivos promocionais – institucionais, comerciais, políticos, turísticos, entre outros – encontrou, a partir do início do século XX, seu grande canal de expansão através dos veículos de comunicação da época: as publicações oficiais, os cartões postais e a imprensa, particularmente as revistas ilustradas. (...) Trata-se de documentos iconográficos singulares, que testemunham o período em*

²⁸ THIELEN, Eduardo Vilela. “Imagens da saúde do Brasil: a fotografia na institucionalização da Saúde Pública”. Dissertação de Mestrado – História. PUC-SP, 1992. p. 33.

²⁹ MACIEL, Laura Antunes. “A Nação por um fio: caminhos, práticas e imagens da ‘Comissão Rondon’”. Tese de Doutorado. PUC-SP, 1997.

³⁰ LÉVI-STRAUSS, Claude. *Tristes Trópicos*. 2. ed. Editorial Universitária de Buenos Aires. 1973.

³¹ KOSSOY, Boris. “Estética, Memória e Ideologia Fotográfica: decifrando a realidade interior das imagens do passado”. *Revista Acervo*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 13-24, jan./dez. 1993. p. 15.

que se altera a feição colonial da cidade, face a fatores novos de natureza econômica, política e sociocultural”³².

As expedições sanitárias³³, ao denunciarem as condições da ausência de políticas de saúde e saneamento, deram importante contribuição ao movimento pela construção da identidade nacional, como veremos no primeiro capítulo.

Barthes³⁴, sobre a produção fotográfica, comenta: “*A fotografia não fala (forçosamente) daquilo que não é mais, mas apenas e com certeza daquilo que foi*”³⁵. É nessa perspectiva que estou trazendo a esta tese os dois primeiros conjuntos de imagens, no sentido de analisar aquilo que foi. O terceiro conjunto de imagens introduz-se como fotos-denúncia, registrando situações e pessoas em contextos atuais, na realidade brasileira.

Os diversos modos de olhar a realidade através das lentes possibilitam *retratar, testemunhar, difundir, registrar, documentar, memorizar, denunciar, interpretar, socializar*. Mas, é necessário lembrar que os registros não se dão no vácuo e que sempre existe um comprometimento entre o que e o como se fotografa, como menciona Salgado³⁶: “*A imagem que dou é a imagem da minha ideologia. É a minha imagem do mundo, da vida, do bicho-homem.*”

Para a realização de pesquisa sobre a formação em Saúde Pública, escolhi a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, criada em 1947, pelo então governador, médico e político, Dr. Juscelino

³² Idem, p. 21.

³³ O maior acervo público organizado sobre as expedições e práticas sanitárias, na América Latina, encontra-se na Rockefeller Foundation and Latin America sob o título de Missionaries of Science, que infelizmente não fizeram parte dessa pesquisa.

³⁴ BARTHES, Roland. *A Câmara clara*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984. p. 127.

³⁵ Não estou fazendo referência às novas tecnologias e recursos que permitem recompor e recriar as imagens fotográficas de forma inusitada.

³⁶ SALGADO, Sebastião. “Nossa América”. *Revista da Fundação do Memorial da América Latina*, São Paulo, julho/setembro 1993. p. 81. Citado por SOTTILI, Rogério In: “MST: A nação além da cerca: a fotografia na construção da imagem e da expressão política e social dos sem-terra”. Tese de Mestrado, PUC-SP, 1999. p. 33.

Kubitschek de Oliveira³⁷, como parte do Serviço Sanitário e subordinada diretamente ao Secretário da Saúde do Estado de Minas Gerais³⁸. A pesquisa de campo foi realizada ao longo do ano de 1997, na cidade de Belo Horizonte.

Os depoimentos foram colhidos de ex-diretores (as) e professores (as), que atuaram ou ainda atuam na Escola de Saúde de Minas Gerais – ESMIG, cobrindo o período entre 1947 e 1998.

Constatado o número restrito de diretores e professores da ESMIG, dezesseis, decidi entrevistar todos os que aceitassem participar da pesquisa, totalizando treze depoimentos.

Os depoimentos foram gravados e transcritos em sua totalidade e, posteriormente, interpretados à luz de algumas categorias mais relacionadas ao tema do estudo. Certamente, deve-se distinguir, nos diversos depoimentos, as diversas temporalidades e vinculações dos personagens com a instituição escolar e com a formação sanitária, ou seja, os relatos explicitam as distintas percepções sobre o *antigo* e o *novo* sanitarismo.

As narrativas dos depoentes não devem ser entendidas como somatórias de relatos individuais. Certamente, a forma de narrar é peculiar a cada narrador, mas sua fala manifesta mutuamente impressões e marcas de sua individualidade e de sua história de vida social. *“A memória individual tem, para sua própria vida interior, impressões culturais que a organizam e, também, as impressões próprias do que é emocionalmente básico para cada um. (...) A memória individual é criada por ambas as influências, pelo que a sociedade oferece ou*

³⁷ Juscelino Kubitschek de Oliveira (1902-1976) foi Deputado Federal e Senador pelo Estado e Minas Gerais, Prefeito da cidade de Belo Horizonte, Governador e Presidente da República Federativa do Brasil entre 1956 e 1961.

³⁸ A primeira escola no Brasil foi o Instituto de Higiene, tornando-se posteriormente Escola de Saúde Pública e Faculdade de Saúde Pública. Desde a sua criação não fez parte da estrutura do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, subordinando-se posteriormente à Universidade de São Paulo.

mesmo impõe na forma de organizações ou de significados e, também, por coisas muito originais, que vêm antes do significado”³⁹.

Consegui entrar em contato com sete ex-diretores; dos quais seis aceitaram ser entrevistados: Edite Novais da Mata Machado, Hélio Lopes, José Pinto Machado, Lúcia Vieira Sarapu, Mariana Tavares, Maria Virgínia Viera Pinto⁴⁰.

A identificação da relação dos professores foi um pouco mais demorada, exigindo algumas idas e vindas à Escola e conversas com alguns funcionários, que gentilmente procuraram nos ajudar. O que parecia simples e corriqueiro, em um ambiente escolar, como a identificação rápida listando seus professores, para os funcionários da administração da Escola, não era bem assim.

A ausência de um quadro permanente e a presença de muitas pessoas gravitando em torno de outras atividades apareceu como uma primeira pista sobre seu cotidiano. A indefinição ou a excessiva pluralidade de atividades foi retomada em vários depoimentos de diretores e professores, como veremos adiante.

Ultrapassadas as dificuldades iniciais, foram identificados nove professores, havendo uma recusa: Anna Flávia Moreira Martins de Almeida Pereira, Conceição Maria do Socorro Ávila (Marizinha), Elizabeth França Mendonça, José Lucas de Aleixo, Leda Lúcia Teixeira Leite, Lucimar Ladeira Colen, Maria Lúcia Teixeira Leite, Sônia Dalva de Souza Andrade.

³⁹ NIETHAMMER, Lutz. “Conjunturas de identidade coletiva”. *Projeto História* 15. PUC-SP, abril/97. p. 136.

⁴⁰ Clóvis Menezes é falecido; Geraldo Máximo mudou-se para Unaí; Dora Beatriz Barranos mudou-se para a Argentina; Oscar Caldeira; Marinho Mendes Campos; Renato Quintino dos Santos não foram localizados; Lincoln Queiroz, na época do levantamento de campo, encontrava-se viajando; Eunice Novaes Godoy não foi entrevistada; Cid Lopes e Otto Mendonça de Pessoa são falecidos

Faço referência, em alguns trechos do trabalho, às informações colhidas de depoimentos do acervo da ESMIG, de Cid Ferreira Lopes, entrevistado por M. Tereza, Edite da Mata Machado e M. Virgínia Pinheiro, em 26 de agosto de 1987, e Otto Mendonça de Pessoa, entrevistado por M. Virgínia Pinheiro s/d. Acervo. Biblioteca da ESMIG.

Todos os participantes foram gentilmente prestativos, marcando logo que contatados, hora e local para as entrevistas. Foram: dez entrevistas na ESMIG, três nas próprias residências e uma na Fundação João Pinheiro. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador de campo e historiador Hallan Adriani de Oliveira Souza Pereira, residente em Belo Horizonte, que nos auxiliou na pesquisa local.

As entrevistas foram estruturadas a partir de um roteiro em anexo. Foram realizadas, na cidade de Belo Horizonte, entre os meses de junho e outubro do ano de 1997, gravadas mediante autorização por escrito de cessão de direitos sobre depoimento oral, em anexo, e, posteriormente, transcritas integralmente.

Ao se trabalhar com memórias, é fundamental preservar alguns traços presentes nesse tipo de procedimento, que incorporam subjetividade, convivência e a necessidade do diálogo entre os depoimentos e outros tipos de registro.

Segundo Thomson⁴¹, *“A memória ‘gira em torno da relação passado-presente e envolve um processo contínuo de reconstrução e transformação das experiências lembradas’, em função das mudanças nos relatos públicos sobre o passado. Que memória escolhemos para recordar e relatar (e, portanto, lembrar) e como damos sentido a elas são coisas que mudam com o passar do tempo.*

Nossas reminiscências também variam, dependendo das alterações sofridas por nossa identidade pessoal, o que me leva a um segundo sentido, mais psicológico, da composição: a necessidade de compor um passado com o qual possamos conviver. Esse sentido supõe uma relação dialética entre memória e identidade. Nossa identidade (ou ‘identidades’, termo mais apropriado para indicar a natureza multifacetada e contraditória da subjetividade) é a consciência do eu

⁴¹ THOMSON, Alistair. “Recompondo a memória: questões sobre a relação entre a história oral e as memórias”. *Projeto História* (15), São Paulo, abril de 1997.

que, com o passar do tempo, construímos através do processo de contar histórias para nós mesmos – como histórias secretas ou fantasias – ou para outras pessoas, no convívio social.

O processo de recordar é uma das principais formas de nos identificarmos quando narramos uma história. Ao narrar uma história, identificamos o que pensamos que éramos no passado, quem pensamos que somos no presente e o que gostaríamos de ser. (...) Reminiscências são passados importantes, que compomos para dar um sentido mais satisfatório à nossa vida, à medida que o tempo passa, para que exista maior consonância entre identidades passadas e presentes”.

No correr da pesquisa, com receio de cometer grandes “pecados” metodológicos, prestei mais atenção a algumas questões que deveriam ser levadas em conta no dia a dia da pesquisa.

Tentei não deixar escapar o essencial das narrativas “...a fragmentação do discurso, as redundâncias, os silêncios, o não dito, o gesto, que acompanha, modifica ou substitui a palavra, são tão ou mais significativos do que aquilo que é expresso discursivamente”⁴².

A tentação em assumir a fala, assim como as imagens, como “verdades”, exigiu redobrada atenção em compreendê-las como uma interpretação entre tantas outras possíveis.

O desafio de enfrentar a “tradição” no campo da pesquisa em Saúde Pública não foi tranquilo. Com a predominância das pesquisas descritivas baseadas em relações de causalidade e nas quantificações a partir dos “grandes números”, dando pouca ênfase às investigações que utilizam outras fontes – depoimentos, imagens, manifestações simbólicas e culturais e suas diversas formas de produção – levou a buscar trabalhar com outros saberes que possibilitem, na prática da pesquisa em Saúde Pública, atingir sua dimensão de campo das ciências

sociais e não somente a perspectiva das ciências biológicas e/ou das quantificações.

*“Os campos da psicologia e da história oral, entre outros, têm por objetivo perceber, a partir da vida real, como as pessoas vivem suas experiências, como interpretam suas experiências e como estruturam o mundo social em que vivem. A ênfase nessa vertente não está no explicar, mas no compreender uma determinada questão ou problema, que pode envolver um indivíduo, um grupo, uma comunidade, um período histórico ou uma sociedade”*⁴³.

Sobre a “representatividade científica” do estudo, lembramos Portelli⁴⁴, para quem “...o escravo que foi punido com cem chibatadas pode esclarecer mais a instituição da escravatura do que aqueles que foram chicoteados 0, 7 vezes ao ano. O número extremamente reduzido de toxicômanos, em uma cidadezinha industrial, pode fornecer indicações inestimáveis sobre a experiência dos jovens como um todo. Além disso, um contador de histórias criativo ou um brilhante artista da palavra constituem fonte de conhecimento tão rica quanto qualquer conjunto de estatísticas”.

Os estudos, na perspectiva da psicologia social, como afirma Spink⁴⁵: “Não é o indivíduo isolado que é tomado em consideração, mas, sim, as respostas individuais, enquanto manifestações de tendências do grupo de pertença ou de filiação no qual os indivíduos participam”.

⁴² MAGNANI, José Guilherme Cantor. *Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984. p. 53.

⁴³ ver: BOGDAN, Robert. *Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, 1994; LAVILLE, Cristian e DIONNE, Jean. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Artmed/UFGM, 1999.

⁴⁴ PORTELLI, Alessandro. “Tentando aprender um pouquinho; Algumas reflexões sobre a ética na História Oral”. *Projeto História* (15), São Paulo, abril de 1997. p. 17.

⁴⁵ SPINK, Mary Jane Paris. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: *Textos de representações sociais*. GUARESCHI, P. A. e JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). Vozes, 1994. p. 120.

Pesquisas que trabalham com memória, recordações, emoções (inclusive do próprio pesquisador) costumam ser permeadas pelo inusitado. As experiências vividas em uma pesquisa não se repetem da mesma maneira em outras situações análogas, transformando cada investigação em um novo processo de aprendizagem. Na dimensão emocional, os conflitos aparecem sistematicamente no correr da pesquisa e da produção acadêmica e, nesse sentido, passa a ser importante, para a sobrevivência do pesquisador, equilibrar os momentos de desgaste com os momentos de alegria decorrentes das relações com os participantes da pesquisa e dos momentos de criação e descoberta “inéditas”, mantendo em minhas lembranças a emoção da realização. Meu compromisso é socializar minha interpretação com os personagens dessa tese, sua comunidade e a quem mais possa se interessar como uma interpretação entre outras tantas possíveis de virem a ocorrer neste vasto universo sanitário.

No segundo capítulo, procuro apontar alguns aspectos que podem ter marcado o campo da saúde pública em nosso país. Diversamente da Alemanha, França e Estados Unidos, onde a noção de saúde pública se constrói, em seu surgimento, com base no conflito de interesses negociados entre o Estado Moderno e a população, caracterizando uma relação entre direitos públicos e individuais, no espaço e na esfera pública, no Brasil as políticas e ações voltam-se para o controle e intervenção das camadas trabalhadoras e pobres, caracterizando uma relação de política assistencialista e de misericórdia.

No terceiro capítulo, analiso a influência do pensamento norte-americano como condutor das políticas de saúde pública, no Brasil, particularmente através do ensino especializado torna-se um campo autônomo em relação à prática médica estrito senso.

O quarto capítulo está centrado nas narrativas de professores e diretores da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, base empírica de

nosso estudo. A partir de algumas categorias, analiso os dilemas presentes no campo da formação e identidade sanitária, diante das questões e tensões da política e da administração pública vividos pelos personagens.

O quinto capítulo procura refletir sobre as práticas sanitárias atuais e sobre como o atual governo responde às demandas, descaracterizando a saúde pública como um direito social e de responsabilidade pública, ausentando-se de seu papel (o Estado) de agente promotor do bem-estar social para o de regulador do mercado consumidor, reforçando as desigualdades sociais e intensificando o quadro de deterioração social, desmobilização do processo de cidadania e aumento da *cultura da violência* nas relações sociais.

As considerações, diante de tantas incertezas, apresentam-se como provisórias, trazendo um misto de desalento, desesperança, incerteza e expectativa de que a saúde pública, como outros direitos e conquistas sociais, consiga aos poucos ser desprivatizada e desindividualizada e que se resgate o valor do bem comum em sua esfera pública, como direito a ser preservado para e pela sociedade.

DOIS

As cidades e seus habitantes definem o objeto e os problemas da Saúde Pública

“Mas, afinal o que é o espírito moderno?”

Toda a gente fala em modernismo, em mentalidade moderna. Existe ou não esse espírito, essa mentalidade?

Existe! Não existe! [...]

Uma das preocupações dominantes do espírito moderno é a busca do inédito, do inexplorado, do desconhecido”.

Terra Roxa... e outras terras¹

A Primeira República, no Brasil, foi marcada por fortes transformações urbanas, econômicas e de costumes, conferindo uma nova dinâmica às relações sociais e aos modos de produção de bens e consumo. As cidades envolvidas por um grande contingente humano passam a se destacar como espaços de apreensão diante das novas circunstâncias urbanas, conflitos de interesse entre a igreja, grupos privados e oligarquias, e o interesse dos governantes, resquícios do período colonial. *“(...) transformada pela industrialização, a cidade torna-se um espaço físico e um espaço social totalmente diferente. A concentração de massas despossuídas que ela enseja gera uma*

¹ “Terra Roxa... e outras terras, um periódico pau-brasil” lançado em 1926, em São Paulo, como movimento nacionalista voltado ao homem brasileiro e não à defesa da nação. Alternativo aos outros periódicos da época propunha-se, conforme suas próprias palavras, a: “Entre nós, o fenômeno é singular: não é o leitor à procura de um jornal, mas o jornal à procura de um leitor. Ensinemos esse leitor a ler. Sem cartilha. Sem bolo. Sem prêmio de fim de ano”. *Terra roxa... e outras terras, um periódico pau-brasil*. Ano 1, número 1 – 20 de janeiro de 1926. Fac-símile. Publicação da Secretaria da Cultura, Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo, 1977.

*modificação radical na forma de percepção da pobreza que, de virtuosa e ‘próxima de Deus’ – como havia sido entendida até a idade clássica – torna-se, uma vez concentrada no espaço urbano, ameaçadora e perigosa.”*²

A Saúde Pública surge, então, como um saber específico, voltado às relações interpessoais, à vida familiar privada e à ocupação do espaço público nas cidades. *“A medicina sanitária tratará de trabalhar com o novo meio enquanto propiciador de epidemias, local gerador da doença e da contaminação – questão muitas vezes relacionada à própria geografia das cidades, apontando para a necessidade de regulamentar condições de moradia e dos diferentes usos urbanos especificando-lhes territórios próprios –, ponto no qual a medicina vai associar-se à engenharia sanitária e ao urbanismo”*³.

Reconhecidas as políticas sanitárias, por alguns, como sinal de “progresso” e de “civilização” do povo aborígine e tratadas, por outros, com irreverência, *“as obras públicas de remodelação e saneamento do Rio de Janeiro são acompanhadas com desconfiança, ironia e tiradas de humor. Na época, são inúmeras as caricaturas em que se criticam as medidas de higiene decretadas por Oswaldo Cruz”*⁴.

Com o crescimento da indústria e do comércio e o aumento significativo de imigrantes – italianos, espanhóis e japoneses – como força de trabalho para a agricultura, principalmente no estado de São Paulo, a paisagem étnica, cultural, econômica e o modo de vida das pessoas nas cidades, muda velozmente.

“A medicina que, desde o início do século XIX, lutava contra a tutela jurídico-administrativa herdada da Colônia, deu seu largo passo em direção à sua independência, aliando-se ao novo sistema contra a

² CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1986. p. 23.

³ Idem, idem. p. 24.

antiga ordem colonial. Este progresso fez-se através da higiene, que incorporou a cidade e a população ao campo do saber médico.(...) o Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas”⁵.

No sentido de impulsionar o desenvolvimento econômico, no período, havia necessidade de serem estabelecidas alianças distintas das do período colonial e que possibilitassem responder de maneira rápida às pressões do comércio internacional e da elite agrária nacional. *“A noção deste acordo foi a salubridade. A questão da salubridade levantada pela medicina ligou-se, de imediato, ao interesse do país. As epidemias, as febres, os focos de infecção e contágio do ar e da água sempre foram fantasmas para a administração colonial. A população era dizimada por ocasião dos surtos epidêmicos e, nos períodos intercríticos, apresentava uma taxa de mortalidade elevada. (...) A pressão populacional e as exigências higiênicas da nova camada urbana aceleraram as necessidades de mudança. A medicina passou a ser solicitada mais insistentemente(...)”⁶.*

“A estratégia de intervenção do Estado e a relação de estreitamento entre suas políticas e a medicina ocorre pela necessidade de criar condições para fixação e preservação da força de trabalho, na época tão escassa e necessária. Esse período é marcado por novas configurações e relações na forma de produção, na composição de novos grupos populacionais concentrados nos grandes centros, na expansão de serviços, no surgimento do proletariado fabril e nos novos usos e costumes advindo da presença de imigrantes nos espaços urbanos”⁷.

⁴ VELLOSO, Monica Pimenta. *Modernismo no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. p. 25

⁵ COSTA, Jurandir Freire. Obra já citada. p. 28-29.

⁶ Idem, ibidem. p.29

⁷ VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. “A doença mental acima de qualquer suspeita: Franco da Rocha e a prática psiquiátrica na cidade de São Paulo – 1885 a 1923”. Dissertação em Psicologia Social. PUC-SP, 1992.

Através dos Atos do Poder Executivo, elaboram-se Códigos Sanitários, que passam a legislar sobre a organização urbana e social, referindo-se a: ruas e praças públicas; habitações de classes populares; habitações em geral; hotéis e casas de pensão; habitações insalubres; fábricas e oficinas; escolas; teatros; padarias; botequins; restaurantes; açougues; mercados; matadouros; abastecimento de água; cachoeiras e estábulos; casas de banho; barbeiros e cabeleireiros; lavanderias públicas; latrinas e mictórios públicos; esgoto; hospitais e maternidades; necrotérios; portos; acidentes nas ruas; enterramento; cemitérios; precauções imediatas contra moléstias epidêmicas e transmissíveis; vacinação e revacinação. A cargo dos inspetores sanitários ficam a vigilância e fiscalização, de acordo com o estabelecido nas leis e regulamentos do código sanitário⁸.

As cidades adquirem nova fisionomia através da ordenação econômica, cultural, arquitetônica, religiosa e moral, institucionalizada nas regulamentações jurídica, política e administrativa, dando respostas diferentes para as classes desiguais, em particular em sua configuração espacial, ou seja, na forma de apropriação social.

Maria Alice Ribeiro, ao estudar a institucionalização da Saúde Pública paulista, identifica que ela, a Saúde Pública, firma-se na transição do trabalho escravo ao trabalho livre: “(...) o Estado, ao assumir a responsabilidade de criar o mercado de trabalho livre, não se restringe à organização da corrente imigratória, tem que estender sua ação em direção à montagem de uma infra-estrutura institucional para atender aos problemas colocados pelo rápido crescimento da população”⁹.

⁸ Decreto n. 233 de março de 1844 – Palácio do Governo do Estado de São Paulo – Código Sanitário.

⁹ RIBEIRO, Maria Alice Rosa, *História sem fim... Inventário da Saúde Pública*. São Paulo: Editora UNESP, 1993. p. 20.

Com as transformações e as novas necessidades, os problemas sanitários começam a surgir em todas as partes da cidade. Diante do novo cenário, o governo organiza os serviços sanitários e aproveita a oportunidade para estender suas ações no sentido de disciplinar as camadas populares sobre as questões relacionadas à Higiene.

As questões urbanas adquirem complexidade e as soluções são cada vez mais difíceis diante de tantas necessidades. A cidade espalha-se, passando a exigir um maior número de ofertas de serviços e profissionais especializados em lidar com a higienização das populações e o saneamento.

“Em 1890, o Brasil estava com 14,5 milhões de habitantes – população que, desde a década de 1870, vinha crescendo de maneira acelerada, devido à entrada maciça de imigrantes. Nos cinquenta anos iniciais do Império, o número de brasileiros passara de 3 milhões, em 1822, para 10 milhões em 1872. Esse crescimento ocorreu sobretudo no campo e nas vilas dependentes da agricultura. Apenas seis em cada cem brasileiros viviam em cidades com mais de 50 mil habitantes. [...] As características da população, no final do Império, revelavam uma sociedade em transição. Escravos passavam da ordem escravista para a capitalista; imigrantes adaptavam-se aos modos brasileiros; fazendeiros habituavam-se ao trabalho assalariado. Tudo isso coincidiu com a acelerada urbanização de uma realidade até então rural, refletindo uma mudança radical: o centro nervoso da economia transferia-se da agricultura para a indústria”¹⁰.

“As medidas governamentais para controlar as condições sanitárias e impedir a propagação de epidemias foram de três tipos: 1) criação da Diretoria de Higiene, com poderes de polícia e inspeção sanitária, isto é, de entrar em domicílios para controlar a vida, as regras de asseio, a higiene e a saúde de seus habitantes; 2)

promulgação de vasta legislação de controle sanitário e de produção de habitações, com destaque para o Código Sanitário de 1894; e 3) participação do Estado na gestão de obras de saneamento e de abastecimento de água e coleta de esgotos...” Para tal empreitada, referindo-se a São Paulo, prossegue: *“A Diretoria de Higiene foi montada como um verdadeiro império: laboratórios, hospitais e desinfectórios, como retaguarda, e dezenas de tentáculos espalhados, através de delegacias sanitárias, pelas ruas e bairros da cidade, os quais eram vistoriados por um exercito de inspetores, fiscais, desinfectores, delegados e polícias sanitárias”*, conforme analisa Bonduki¹¹.

Cria-se uma série de serviços que iriam viabilizar as ações públicas, como o controle estatístico das doenças com o objetivo de identificar e descrever epidemias ou endemias; a contratação de médicos, farmacêuticos, veterinários e os chamados “mata mosquitos” para atividades de saneamento das cidades, como funcionários prestadores do serviço público, nomeados pelo governo, como profissionais de competência e autoridades sanitárias. Passam também a ser de interesse dos poderes públicos o controle sobre os ambientes de trabalho, a adoção da educação sanitária e as campanhas sanitárias.

Essas ações, disciplinando os espaços urbanos e os focos de doenças, difundem valores sobre o corpo, o sujo e o limpo, o saudável e o insalubre, o certo e o errado nas práticas sociais e afetivas e discriminam os responsáveis pelo contágio e transmissores de doenças, geralmente entendidos como os pobres, os vadios, as prostitutas, os trabalhadores sem qualificação e sem educação escolarizada, que serão, por excelência, objeto e campo de intervenção da Saúde Pública urbana.

¹⁰ CALDEIRA, Jorge. *Viagem pela história do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 228.

¹¹ BONDUKI, Nabil. *Origens da habitação social no Brasil: Arquitetura Moderna, Lei do Inquilinato e Difusão da Casa Própria*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. p. 30.

Em seu Manifesto à Nação, em 15 de novembro de 1897, o presidente Rodrigues Alves, assim declara: *“Aos interesses da imigração, dos quais depende em máxima parte o nosso desenvolvimento econômico, prende-se a necessidade do saneamento desta capital. É preciso que os poderes da República, a quem incumbe tão importante serviço, façam dele a sua mais séria e constante preocupação [...]”*¹².

Pressionado, o governo volta-se prioritariamente para a erradicação das três principais doenças de extensão coletiva: a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. O controle dessas epidemias evitaria as constantes quarentenas pelas quais passavam os imigrantes, nos portos do Rio de Janeiro e Santos, e levaria à redução do número de óbitos alarmante para o período.

Até meados da década de 20, nos bairros populares da cidade de São Paulo, *“residiam quase 37% da população paulistana, constituída, em sua maioria, por estrangeiros e pela mão de obra empregada em oficinas, ferrovias, fábricas, comércio e serviços públicos e, também, por artistas, profissionais liberais, proprietários de pequenos comércios e prestadores de serviços. Essas ‘forças vivas do trabalho’ moravam em habitações coletivas, porões, fundos de estábulos e cocheiras, sem as mínimas condições de higiene, amontoadas e debilitadas pela ausência de ventilação, iluminação e latrinas, definhando e gerando “maus” operários, fracos e corroidos pela ‘tísica’”*¹³.

O conceito de higiene ganha novo significado ou seja *“higiene já não é o adjetivo que qualifica a saúde, mas o conjunto de dispositivos e saberes que favorecem sua manutenção. [...] É um corpo de*

¹² CÂMARA DOS DEPUTADOS. Documentos Parlamentares – 9. Mensagens presidenciais (1890-1910). Coordenação de Publicações, Brasília, 1978. p. 303-7. In: BENCHIMOL. Obra já citada. p.23.

¹³ VASCONCELLOS, Maria da Penha C. *Memórias da Saúde Pública: a fotografia como testemunha*. São Paulo: Hucitec-Abrasco. p. 23.

conhecimentos e não mais um qualificativo físico. Com esse título, subitamente, um campo se especializou”¹⁴.

Algumas ações como vacinações, controle da tuberculose e lepra, profilaxia do glaucoma, educação sanitária, inquéritos domiciliares sobre a alimentação, hábitos de higiene, limpeza do ambiente doméstico e a notificação compulsória de doenças infecciosas passam a ser rotinas, mesmo que a contragosto da população¹⁵.

Essas medidas apoiavam-se nas descobertas e na teoria de Pasteur sobre a microbiologia¹⁶. *“Pasteur fez mais do que fundar a microbiologia. Nos últimos 20 anos do século passado, a medicina foi radicalmente transformada: o novo paradigma impôs-se, não sem resistências e em ritmos desiguais, ao ensino e à formação dos que se dedicam à arte de curar e, agora, também à ciência das doenças. Refundiu a legislação e a organização institucional da Saúde Pública; penetrou nos hospitais, modificando sua arquitetura, redefinindo seus serviços e reordenando os gestos e a indumentária dos cirurgiões.*

No âmbito geral da sociedade, a medicina pasteuriana destacou-se numa multiplicidade de práticas que, com o passar do tempo, acabaram por se incorporar ao cotidiano e ao senso comum das populações, ao menos das que habitam os centros urbanos, onde ainda vigora e de forma mais intensa a medicalização das relações sociais”¹⁷.

¹⁴ VIGARELLO, Georges. *O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal*. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 186.

¹⁵ Movimento desencadeado por populares, com o apoio de alguns jornais, resistindo ao decreto governamental de 1904, que determinou a vacinação obrigatória na população. Ver SEVCENKO, Nicolau *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984. (Coleção Tudo é História).

¹⁶ “Uma parte substancial do ímpeto do desenvolvimento da bacteriologia e da imunologia foi uma função do imperialismo, pois os impérios ofereciam um forte incentivo ao controle das doenças tropicais, como a malária e a febre amarela, que prejudicavam as atividades dos homens brancos nas regiões coloniais”. Nessa perspectiva, a política do Instituto Pasteur foi a de abrir filiais na Indochina e na África e receber profissionais de várias regiões que viessem mais tarde a criar em seus países estruturas semelhantes ao Instituto.

¹⁷ BENCHIMOL, Jaime (coord.) *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz, 1990. p. 6-7.

Através de soros, vacinas e cuidados higiênicos domésticos – como ferver a água e o leite antes de beber, tratar esgotos, manter o corpo limpo, lavar as frutas e verduras antes de comer, não consumir carne crua, principalmente a de porco, – a divulgação das descobertas bacteriológicas vai alterando tradições e costumes da população em suas relações no âmbito doméstico. Mais do que isso, começa um verdadeiro processo de “inculcação” dos médicos higienistas, educadores e visitadoras sanitárias, forçando mudanças de hábitos e modos de vida mais saudáveis e higiênicos na população, através das campanhas, e também nas creches e escolas públicas.

“Tal ordem de idéias iria saturar o ambiente intelectual do país nas décadas seguintes e emprestar suporte ideológico para a ação ‘saneadora’ dos engenheiros e médicos, que passariam a se encastelar e acumular poder na administração pública, especialmente após o golpe militar republicano de 1889. Mas, insistir na importância de conceitos como ‘civilização’, ‘ordem’, ‘progresso’, e afins – os correlatos, como ‘limpeza’ e ‘beleza’, e os antônimos, como ‘tempos coloniais’, ‘desordem’, ‘imundice’ etc. [...] O que se declara, literalmente, é o desejo de fazer a civilização européia nos trópicos; o que se procura, na prática, é fazer política, deslegitimando o lugar da política na história”¹⁸.

Com empenho, perseverança, prestígio pessoal e com os primeiros resultados apontando o sucesso no controle da epidemia de febre amarela, Carlos Chagas ganha respeitabilidade e recursos para a construção de seu *sonho tropical*¹⁹, o palácio mourisco, de beleza excepcional mas um tanto exótico para a cultura fluminense, o Centro Científico de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, posteriormente denominado Fundação Oswaldo Cruz. Em São Paulo, Emílio Ribas consegue apoio para o Instituto Bacteriológico, que sobreviveu até

¹⁸ CHALHOUB, Sidney. Obra já citada. p. 35.

¹⁹ SCLIAR, Moacyr. *Sonhos Tropicais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

1925, e que, em 1940, retornou como Instituto Adolfo Lutz, e o Instituto Soroterápico, futuro Instituto Butantã.

Sobre esse pensamento, Chalhoub²⁰ comenta: “... *os pressupostos da Higiene como uma ideologia, ou seja, como um conjunto de princípios que, estando destinados a conduzir o país ao ‘verdadeiro’, à ‘civilização’, implica a despolitização da realidade histórica, a legitimação apriorística das decisões quanto às políticas públicas a serem aplicadas no meio urbano. Esses princípios gerais se traduzem em técnicas específicas e somente a submissão da política à técnica poderia colocar o Brasil no ‘caminho da civilização’. Em suma, torna-se possível imaginar que haveria uma forma ‘científica’, – isto é, ‘neutra’, supostamente acima dos interesses particulares e dos conflitos sociais em geral, – de gestão dos problemas da cidade e das diferenças sociais nela existentes*”.

Como resposta, o Estado cria sua estrutura de serviços sanitários e a formação de pessoal especializado – médicos, farmacêuticos, enfermeiros, engenheiros etc.

Formam-se grupos de profissionais, que passam a planejar e intervir no desenvolvimento da cidade, estabelecendo normas e definindo, de forma mais articulada, propostas que possibilitem um maior controle sobre os cortiços e as formas de viver de seus habitantes, associando as condições de vida precárias dos segmentos populares, que viviam em cortiços, como o foco de atenção da Saúde Pública, e elaborando o código de posturas.

“Há, sem dúvida, semelhanças relevantes entre os conceitos de ‘cortiço’ e de ‘classes perigosas’. Ambos supostamente descrevem a ‘realidade’ a respeito dos hábitos das mesmas pessoas – as ‘classes pobres’ – e se caracterizam muito mais pela fluidez, pela ambigüidade,

²⁰ CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. p. 35.

do que pelo esforço conseqüente de precisão de conceitos. Esta ambigüidade, obviamente, é carregada de significados: como se trata de conceitos altamente estigmatizantes, a imprecisão aumenta infinitamente a possibilidade de suspeição, ampliando, assim, a esfera de intervenção das autoridades públicas e comprimindo, por conseguinte, a cidadania”²¹.

A divulgação constante, pelos sanitaristas e pela imprensa, das descobertas científicas sobre a saúde passa a permear o senso comum das camadas populares, levando a classe proletária, socialistas e anarquistas a irem ao encontro da ciência, em busca de argumentos para suas reivindicações, responsabilizando o Estado como provedor e protetor da saúde dos trabalhadores, ou seja, expressarem uma visão e lutarem pelo ideal de se ter a saúde como política pública e como direito social.

Sobre as influências recíprocas entre as culturas de classes, Ginzburg introduz o conceito de circularidade. *“É possível resumir no termo circularidade entre a cultura das classes dominantes e a das classes subalternas, que existiu na Europa pré-industrial, um relacionamento circular feito de influências recíprocas, que se moviam de baixo para cima, bem como de cima para baixo”²².*

Liane Maria Bertucci²³, ao analisar o movimento da imprensa operária paulistana, identifica a circularidade entre o discurso elaborado dos higienistas e a classe operária, em São Paulo:

“Incorporado aos artigos publicados pelos periódicos ligados aos trabalhadores, o saber chancelado como científico será persistentemente usado como meio legítimo de luta do proletariado,

²¹ CHALHOUB, Sidney. Obra já citada. p. 39.

²² GINZBURG, C. *O queijo e os vermes*. São Paulo: Companhia das Letras. p. 12-3.

²³ BERTUCCI, Liane Maria. *Saúde: Arma revolucionária. São Paulo – 1891/1925*. Campinas: Centro de Memória UNICAMP, 1997. p. 179. (Coleção Tempo & Memória, v. 3).

revelando o quanto este saber estava presente no seu dia-a-dia, na sua maneira de vida e na sua visão de mundo”.

*“De que valem as ‘caridosíssimas’ instituições para combater o assustador flagelo da tuberculose quando não se pensa em prevenir suas causas?” (“O movimento proletário”. *O Livre Pensador*, 11 de maio de 1907).*

Ou ainda,

*“Dão-lhe para moradia pocilgas infectas, para alimentação, pão negro e, como salário, o que baste para retardar, de alguns poucos anos, a morte pela inanição ou pela tísica.” (“O que pensam”. *Folha do Povo*. São Paulo, 26/27 jun. 1909.)*

*“[...] aluguel desmedido, esmagador e abusivo, por verdadeiros casebres, por pardieiros, insalubres, escuros, anti-higiênicos”. (“Miséria, sempre miséria...” *A Plebe*, São Paulo, 31 de maio de 1924).*

“Fazendo hoje alguns leves reparos relativamente à higiene do nosso populoso arrabalde, o Brás, não poderíamos deixar de nos referir ao pouco escrúpulo que os médicos-higienistas votam a esse indispensável melhoramento.

Não é só em intimidar os proprietários a cimentar o solo em que se acham as casas construídas que consiste a mais salutar medida higiênica. Não. Os competentes médicos encarregados disso devem examinar as áreas e quintais das inúmeras casinhas que existem em todas as ruas; devem, principalmente, contribuir para a extinção dessa quantidade perniciosa e avultada de cortiços, cuja insalubridade não só é motivada pelo agrupamento de moradores em quartos acanhadíssimos, como também pela falta absoluta de limpeza que entre eles reina.

E é, pois, sobre esses verdadeiros inconvenientes que, imprescindivelmente, é mister que a ilustre Junta de Higiene tome as

mais benéficas e salutareas providências para que eles não sejam a causa da intensidade de quaisquer epidemias que, de um momento para outro, possam surgir neste bairro". ("Em prol do Braz". *Folha do Braz*, São Paulo, 27 jan. 1901).

O emprego dos conceitos e a cobrança da aplicação da legislação sanitária, ecoavam pela imprensa operária e retornavam ao poder público em forma de cobranças e de controle social exigindo vigilância e fiscalização, no saneamento básico do meio – água, esgoto etc.; bem como nas condições insalubres das moradias e no trabalho nas fábricas.

Mesmo existindo grande proximidade e *entrosamento* entre os cientistas sanitários, torna-se importante não considerar de forma homogênea as políticas de Saúde Pública até a década de 30. O estado de São Paulo, amplamente estudado por vários autores (Machado, 1978; Merhy, 1985; Ribeiro, 1993; Bertucci, 1997; Hochman, 1998), elabora sua política sanitária de maneira peculiar, voltada aos interesses e políticas locais. Polemiza com a estrutura do poder em âmbito nacional, para que seu "modelo" de saúde seja aceito e implantado nos demais estados, trava confrontos, manifesta rivalidades e explicita descontentamento com o governo federal. A autonomia regional possibilita que o serviço sanitário do estado de São Paulo antecipe seu controle sobre os surtos de febre amarela em cidades do interior do estado, comandado por Emílio Ribas, bem antes de Oswaldo Cruz tomar as medidas necessárias na Diretoria-Geral de Saúde Pública, recebendo críticas dos paulistas:

"Enquanto no Rio a idéia do saneamento gira no ciclo da propaganda pela palavra, em São Paulo gira no terreno dos fatos" refere-se o escritor e militante do movimento nacionalista, Monteiro Lobato, em 1918, e Artur Neiva, que foi diretor dos serviços sanitários paulistas entre 1917 e 1920, em 1940:

“Aliás, há muito observo que a consciência da responsabilidade que cabe a S. Paulo, em relação ao Brasil, ele já a tomou sobre os seus ombros, corajosamente. De há tempos a esta parte, já o disse uma vez, S. Paulo é a locomotiva que arrasta 20 vagões, constituídos pelos Estados, e cujos passageiros bramam e reclamam da máquina, quando esta solicita dos poderes centrais combustíveis para arrastar o trem pesadíssimo que ela, a arfar, vai puxando em rampa forte”.

Carlos Chagas, ao assumir, em 1920, no Governo de Epitácio Pessoa, o Departamento Nacional de Saúde Pública, amplia as funções do serviços sanitários, criando a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural e a Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, como resposta às pressões do movimento nacionalista, que levanta a bandeira de luta pela “redenção dos sertões”²⁴, além dos compromissos de campanha eleitoral de Pessoa com os estados da região nordeste, que o haviam apoiado.

O movimento pelo saneamento do interior e das regiões rurais, enquanto ideologia de construção da nação, traz outras perspectivas na definição das prioridades políticas e na distribuição de recursos no âmbito da Saúde Pública, até a década de 1930.

Castro Santos analisa a presença de duas facções no processo de construção da identidade nacional, no Brasil. *“Uma sonhava com um Brasil ‘moderno’ e atraía intelectuais, que viam no crescimento e progresso das cidades brasileiras os sinais da conquista da civilização. A outra corrente preocupava-se em recuperar, no interior do país, as raízes da nacionalidade e buscava integrar o sertanejo ao projeto de construção nacional”*²⁵.

²⁴ Euclides da Cunha, ao escrever Os Sertões, em 1914, questiona de forma contundente o desamparo que se encontra o homem do sertão diante da ausência de políticas voltadas às raízes nacionais.

²⁵ SANTOS, Luiz A. de Castro. “O Pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, 1985. vol. 28, n. 2. p. 193-210.

Os dois grupos, na verdade, apresentaram contradições e ambigüidades sobre os valores nacionais, desde o princípio. O primeiro, por considerar que a modernização do país devia ocorrer mantendo o fluxo dado pelo governo central à política imigratória européia, atuava, inicialmente, sobre as questões sanitárias para a modernização nas cidades.

O segundo grupo de sanitaristas, sendo que vários deles, inclusive Oswaldo Cruz, já haviam participado do primeiro grupo, passou a considerar que as mudanças para a modernização seriam pelo caminho da interiorização das ações de saneamento e profilaxia, fortalecendo o pensamento nacional e a integração do povo brasileiro em torno de sua construção.

Engrossando o grupo com ideais nacionalistas, que se manifestam entre educadores, artistas, imprensa, profissionais liberais, escritores e políticos, os sanitaristas buscam apoio em escritores de projeção para fundamentarem suas denúncias. Euclides da Cunha, com sua obra “Os Sertões” (1909) e Monteiro Lobato com “*Mr. Slang e o Brasil e o Problema Vital*” (1918).

“(...) sertões passam a ser sinônimo de abandono, ausência de identidade nacional e difusão de doenças endêmicas. O movimento sanitarista classificou o isolamento do sertanejo, destacado por Euclides da Cunha em 1902, como o estado de abandono da população rural pelas autoridades governamentais. Esse diagnóstico não só embasava demandas por ações positivas do governo em matéria de saneamento e Saúde Pública e pelo aumento da presença do poder público em vastas áreas desassistidas do país como, também, apresentava a possibilidade de conformar uma identidade de ser brasileiro distinta daquela fornecida pela doença”²⁶.

²⁶ HOCHAMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec-Anpocs, 1998. p. 68.

Vários documentos e artigos passam a circular pela imprensa e grupos de intelectuais, com expressões e descrições explosivas sobre a realidade encontrada no meio rural.

“O Brasil é um vasto hospital”. Com esta afirmação, o médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro Miguel Pereira, em 1916, denuncia a situação dramática em que se encontrava o país. A frase, como analisam Lima e Hochman²⁷, *“resume importantes elementos que contribuíram para deflagrar a campanha pelo saneamento rural: o debate nacionalista intensificado com a Primeira Guerra mundial, o impacto das viagens e descobertas científicas do Instituto Oswaldo Cruz e as críticas à Primeira República”*.

Afrânio Peixoto, em 1922, ilustra bem as dificuldades de delimitação entre os problemas urbanos e rurais apontando a situação de descontrole: *“[...] Se raros escapam à doença, muitos têm duas ou mais infestações. [...] Vêem-se, muitas vezes, confrangidos e alarmados, nas nossas escolas públicas crianças a bater os dentes com o calafrio das sezões. [...] E isto, não nos ‘confins do Brasil’, mas aqui no Distrito Federal, em Guaratiba, Jacarepaguá, na Tijuca. [...] Porque, não nos iludamos, o ‘nosso sertão’ começa para os lados da Avenida”*.

Estes comentários indignados tinham endereço. *“A frase de Miguel Pereira resumiu importantes tendências que se manifestavam no Brasil, durante a década de 1910, partindo dos dados registrados pelas expedições científicas organizadas pelo Instituto de Manguinhos, especialmente no relatório redigido pelos médicos Belisário Penna e Artur Neiva. [...] Enfatizando a necessidade de recuperar e integrar o país e o homem do interior, a mobilização em torno da idéia do saneamento reuniu, progressivamente, importantes setores das elites*

²⁷ LIMA, Nísia Trindade e HOCHMAN, Gilberto. “Descobrimos a Nação, construindo o Estado: o movimento pela reforma da Saúde Pública no Brasil da Primeira República. Mimeo apresentado na Latin American Studies Association, Washington, 1995.

intelectual e política que participaram da criação da Liga Pró-Saneamento²⁸ do Brasil, em fevereiro de 1918”²⁹.

O grupo nacionalista queria pressionar a elite política a apoiar a reforma sanitária que pusesse nas mãos do governo federal o poder pelas decisões das ações sanitárias. Segundo esse grupo, a Constituição de 1891, ao adotar o federalismo, possibilitou a autonomia e a liberdade de os estados organizarem suas políticas regionais, enfraquecendo a visão e o compromisso com a Nação. Enfim, o que na verdade o movimento nacionalista priorizava era a centralização das políticas sanitárias, na instância federal, de forma a atingir todo o território nacional.

“Com Belisário Penna à frente, a campanha pelo saneamento rural buscava unificar um enorme e heterogêneo grupo de intelectuais e convencer as elites políticas e a sociedade brasileira da gravidade do problema, apresentando um diagnóstico dramático sobre os males do Brasil, associado a uma interpretação persuasiva de suas causas. O mais difícil, porque menos consensual, era a adesão a uma proposta concreta de políticas públicas de saneamento e saúde. O objetivo era ‘incutir no espírito dos dirigentes’ a necessidade de uma política sanitária”³⁰.

“No caso da campanha da Liga – a expressão organizada do sanitarismo brasileiro – o objetivo mais geral era a criação de uma agência pública de âmbito federal que uniformizasse os serviços, realizasse e coordenasse ações de saúde em todo o território nacional e superasse os limites constitucionais impostos à ação da União,

²⁸ A Liga Pró-Saneamento do Brasil, teve em Belisário Pena o seu principal promotor e na *Revista Saúde* o meio de divulgação de suas propostas nos anos 1918 e 1919. O objetivo da Liga foi pregar o saneamento. “Foi justamente com a missão evangelizadora de atingir um público maior e obter a adesão dos médicos e políticos, que Pena promove a fundação da Liga-Saneamento do Brasil, em 1918”. In: LABRA, Maria Eliana. “O movimento sanitarista nos anos 2: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil”. Mimeo. Fundação Getúlio Vargas, 1985.

²⁹ LIMA, Nísia Trindade e HOCHMAN, Gilberto. Obra já citada. p. 9.

restrita na área de Saúde Pública ao Distrito Federal e aos portos. O instrumento legal, que viabilizaria essas ações, era o código sanitário, válido em todo o país e executado pela autoridade sanitária federal, o que não eliminaria, todavia, a necessidade de os estados e municípios criarem seus próprios serviços sanitários. A autonomia desses serviços, que deveriam ser exclusivamente técnicos, era a garantia da prevalência da ciência em relação aos interesses políticos, alvo das críticas do movimento. A população doente e esquecida desse imenso sertão chamado Brasil era a grande vítima, quando havia conhecimento científico disponível para a prevenção e, às vezes, cura”³¹.

A partir de 1900 até por volta de 1930, o território brasileiro foi palco de diversas expedições, entre outras, as dos viajantes naturalistas estrangeiros, que vinham conhecer e retratar, particularmente, a fauna, a flora e os selvagens; as expedições militares organizadas para a expansão da rede telegráfica nacional, sob o comando de Rondon³², e as expedições sanitárias.

As expedições fizeram parte do processo da integração nacional, seus participantes defrontam-se com inúmeras belezas e também descobrem as entranhas do Brasil. Perplexos, Belisário Pena e Artur Neiva produzem relatórios denunciando as condições médico sanitárias e sociais encontradas por toda a parte por onde passam.

O jornalista e escritor Monteiro Lobato revê sua fase de defesa do caipira paulista e, sensibilizado, passa a discutir as questões de abrangência nacional e denuncia: “*O Jeca não é assim, está assim*”. Deixando de culpar o trabalhador do campo por sua pobreza e indolência, lança inúmeros artigos no jornal *O Estado de São Paulo*,

³⁰ HOCHMAN, Gilberto. Obra já citada. p. 76.

³¹ HOCHMAN, Gilberto. Obra já citada. p. 79.

³² MACIEL, Laura Antunes. “A nação por um fio: caminhos, práticas e imagens da ‘Comissão Rondon’”. Tese de História. PUC-SP, 1997.

identificando que o problema vital do brasileiro não estava na raça, mas nas doenças endêmicas. E assume *que “sanear é a grande questão. Não há problema nacional que se não entrose nesse”*³³.

Conhecer e integrar o Brasil ao mundo civilizado, sanear e possibilitar ao povo brasileiro um padrão de vida saudável eram princípios presentes no ideário dos sanitaristas; mas, suas ações apresentam curiosas contradições, ao se subordinarem cada vez mais aos interesses da América do Norte e aos projetos sanitários elaborados pelos cientistas americanos. Esse paradoxo Labra denomina de *“conexão internacional”*.

*“Em 1913, a Fundação Rockefeller começa a organizar suas expedições à América do Sul e, já em 1915, uma comissão, formada por Richard Pierce, Jonh Farrel e B. K. Ashford, percorreu a Argentina, o Brasil e o Uruguai. Ela permanece no Brasil, entre janeiro e maio desse ano, fazendo os primeiros contatos com Carlos Chagas, que foi convidado para visitar a Universidade de Harvard. O motivo explícito dessa missão era o de informar sua matriz sobre as condições vigentes nos países quanto ao ensino e à prática médica, atenção hospitalar e dispensários, doenças endêmicas, serviços de saúde pública e progressos sanitários em geral”*³⁴.

Apoiados com os recursos da “Comissão Sanitária”, os sanitaristas partem para as expedições com três objetivos: primeiro, levar o conhecimento e difundir junto ao homem rural a consciência sanitária, através do processo de saneamento rural. Em segundo lugar, para incentivar o Jeca a usar botas, construir fossa e tomar água filtrada e trazer para os centros urbanos as imagens de suas intervenções, mostrando, ao mesmo tempo, a situação lamentável em que se encontrava o homem do campo e as condições sanitárias precárias em

³³ LOBATO, Monteiro. *Mr Slang e o Brasil e Problema Vital*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1948.

³⁴ LABRA, Maria Eliana. Obra já citada. p. 52.

que viviam. Finalmente, responder aos interesses da Comissão Sanitária Rockefeller sobre a viabilidade de se aumentar a produtividade da força de trabalho, ofertando a criação de serviços locais de saúde para o combate à verminose e à malária.

A 18 de fevereiro de 1918, o governo do estado de São Paulo assinou contrato com a Junta Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller para iniciar, no Brasil, junto à cadeira de Higiene, o Laboratório de Higiene, anexo à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, formação especializada voltada para o campo da Saúde Pública, o que será abordado em nosso próximo capítulo.

“A Comissão Sanitária Rockefeller³⁵ foi criada em 1901 com o objetivo de erradicar a ancilostomíase e a malária do Sul dos Estados Unidos. A iniciativa do grupo Rockefeller atendia aos interesses econômicos dos capitalistas nortistas de integrar o sul atrasado e lá constituir novos mercados e um reservatório de mão-de-obra. [...] Com a experiência adquirida nas campanhas no sul dos Estados Unidos, a Comissão Sanitária Rockefeller criou um modelo de medicina, cujo método de ação se restringia ao combate dos vetores da doença”³⁶.

Os interesses da Fundação não se limitavam ao controle e erradicação das doenças. Sua estratégia era agir em outros países no sentido de ampliar e interferir nas políticas internacionais, com especial atenção sobre a América Latina. *“Em plena guerra, as atividades da*

³⁵ A Fundação Rockefeller foi fundada em 1913, como parte dos projetos “filantrópicos” de John D. Rockefeller, com o objetivo declarado de desenvolver a “compreensão” entre os povos da terra, mas sua atuação se desenvolveu para criar condições sanitárias adequadas nas regiões de interesse para seus investimentos e para os planos de expansão da Standart Oil Company e outras empresas do grupo. As experiências da Fundação em pesquisas e intervenções médicas, no entanto, remontam a 1901, quando realizou estudos sobre verminose e malária e divulgou princípios de educação sanitária em áreas rurais do sul dos EUA, buscando demonstrar a rentabilidade dos investimentos em saúde para o aumento da produtividade da força de trabalho. Ver: LABRA, Maria Eliana. “O movimento sanitário nos anos 20”. Dissertação de Mestrado em Administração Pública, Rio de Janeiro: FGV, 1985, p. 38-50 e VASCONCELLOS, Maria da Penha. *Memórias da Saúde Pública: a fotografia como testemunha* Obra já citada.

Comissão ligadas ao saneamento e ao combate das moléstias transmissíveis contribuíram para consolidar a hegemonia dos Estados Unidos na região, após o armistício”³⁷. Seus interesses não se limitaram somente ao intercâmbio de informações científicas sobre as epidemias e, ao introduzir-se a pouco e pouco no ensino médico, pretendia construir e estabelecer seu modelo de educação médica no país. *“Ainda no âmbito do ensino médico, soube se valer de recursos e de profissionais médicos para difundir seu modelo de medicina. Financiava estudos e estágios de médicos brasileiros na Universidade John Hopkins, em Baltimore, que, por sua vez, era financiada pela Fundação Rockefeller. Dessa forma, reproduzia seus propagandistas e divulgadores*”³⁸.

A política de expansão e domínio territorial dos Estados Unidos da América do Norte sobre a América Latina, presente até hoje, não se restringiu a São Paulo. Seus recursos também foram alocados nos edifícios da Fundação Oswaldo Cruz e nas filiais pelo Brasil, além das Faculdades de Medicina. No desenvolvimento da política imperialista, passa a financiar importantes projetos de impacto social nas cidades das regiões produtivas rurais. A extração da borracha para ser exportada para os EUA tornou-se caso emblemático de sua política intervencionista.

“A diferença da atuação da Rockefeller em São Paulo, em relação à atuação dessa instituição em outros Estados, resultava do fato de São Paulo contar com um serviço sanitário e com uma estrutura de Saúde Pública – o Serviço Sanitário – que funcionava, ao passo que, em outras localidades, principalmente no Nordeste do País, inexistia qualquer serviço de Saúde Pública, o que explica porque, nessas

³⁶ RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim... inventário da saúde pública – 1880-1930*. São Paulo: Editora UNESP, 1993. p. 199.

³⁷ AGUDELO, Saul Franco. “Saúde e imperialismo a ação antimalária na América Latina e a Fundação Rockefeller”, Textos de Apoio, Ciências Sociais 2. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1984. In: RIBEIRO, Maria Alice Rosa. Obra já citada. p. 199.

localidades, a Fundação Rockefeller executou as campanhas de profilaxia da malária, ancilostomíase e febre amarela com plenos poderes”³⁹.

A experiência da Fundação no controle da epidemia de malária, nos Estados Unidos, credenciava a Comissão Rockefeller a agir no país, em suas regiões rurais, avançando nas campanhas de profilaxia da malária, ancilostomíase, febre amarela e testando novos medicamentos.

As expedições sanitárias, com o objetivo de identificar e interferir nos problemas sanitários, passam a ser rotina no Instituto de Manguinhos, em 1900. *“Entre setembro de 1911 e fevereiro de 1912, Astrogildo Machado e Antônio Martins exploram os vales dos rios São Francisco e Tocantins, acompanhando os estudos para o prolongamento da Estrada de Ferro Central do Brasil, entre Pirapora e Belém do Pará. [...] Em 1912, três expedições percorrem, a serviço da Inspetoria das Obras contra a Seca, as regiões nordeste e centro-oeste do Brasil. Partindo em janeiro, Arthur Neiva e Belisário Penna viajam durante nove meses pelos estados da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás, empreendendo amplo levantamento da flora e da fauna, do quadro de doenças e das condições de vida das populações locais. [...] Entre março e julho, João Pedro de Albuquerque e José Gomes de Faria percorrem localidades no Ceará e no Piauí. No mesmo período, Adolpho Lutz e Astrogildo Machado descem o rio São Francisco, entre as cidades de Pirapora, em Minas Gerais, e Juazeiro da Bahia. Em setembro, atendendo à solicitação da Superintendência da Defesa da Borracha, Carlos Chagas, Pacheco Leão e João Pedroso partem para a bacia amazônica, de onde regressam em março de 1913*”⁴⁰.

As expedições sanitárias foram importantes para as descobertas no campo da entomologia e na forma de tratamento das doenças

³⁸ Idem. Idem, p. 200.

³⁹ Idem. Idem, p. 200.

⁴⁰ Biblioteca Virtual Carlos Chagas Fiocruz . www.fiocruz/historia. 13/7/99.

tropicais, na observação sobre os modos de vida, costumes, precariedades sanitárias e na experimentação de novos medicamentos em humanos, na taxinomia da biodiversidade, de grande interesse na Alemanha e, particularmente, na América do Norte.

Nosso interesse nesse capítulo foi o de apontar alguns aspectos que, do meu ponto de vista, vão marcar o imaginário social sobre a Saúde Pública em nosso país. Enquanto em outros países, como Alemanha, França e Estados Unidos, a Saúde Pública se constrói no conflito de interesses negociados entre Estado e população, caracterizando-se desde seu início como relação entre direitos públicos e individuais de proteção à saúde, no Brasil, a política e as ações voltaram-se para o controle e intervenção das camadas trabalhadoras e pobres da população, associando Saúde Pública a pobreza, ao “homem inculto” ou às questões e problemas longínquos dos sertões.

O traço mais significativo das atividades desenvolvidas pelos sanitaristas, na dinâmica da cidade, foi o contato imediato com a população, difundindo um conjunto de habilidades e aptidões no lidar com o corpo e o ambiente onde se vive, trabalha e circula numa concepção higiênica. Esses profissionais tomaram as cidades e seus habitantes como “laboratório social”. Tratou-se, de por em prática, através das prerrogativas de autoridade sanitária, mecanismos de aproximação e controle sobre valores, hábitos, crenças, estilos de vida comuns que produziram cultura material e simbólica por várias gerações.

No laboratório social, a saúde pública, através de seus agentes, consegue se aproximar e colocar em prática várias experimentações, desenvolvendo e introduzindo conhecimento em pesquisa básica e tecnologia, particularmente, nas áreas de bacteriologia, imunologia, imunização, entomologia, engenharia sanitária e do comportamento.

O sentimento de heroísmo dirigido aos sanitaristas expedicionários do início do século, como realizadores de projetos significativos para as transformações sanitárias, parece mesclar realizações concretas com o onírico; as expedições sanitárias parecem, pelo menos materialmente, não terem contribuído tanto quanto desejariam seus seguidores para a melhoria das condições de vida nos sertões. Aparentemente, serviram para que se abrissem picadas nas densas florestas brasileiras aos visitantes estrangeiros que, após encontrarem o que desejavam, nos deixaram várias capoeiras.

Faço um paralelo com o estudo sobre o mesmo período de Laura Maciel Antunes sobre a Comissão Rondon. “Assim como a Madeira–Mamoré, concluída após o boom da borracha, terminaria por ligar “nada a lugar nenhum”. Pouco documentadas, em registros escritos, as atividades desenvolvidas pelos sanitaristas introduziram o uso da máquina fotográfica como testemunha ocular de suas atividades, possibilitando que as gerações futuras pudessem acompanhar seus trabalhos de campo e efemérides, completando os registros em diários e relatórios técnicos.

“As imagens do passado dispostas em ordem cronológica, ‘ordem das estações’ da memória social, evocam e transmitem a recordação dos acontecimentos que merecem ser conservados porque o grupo vê um fator de unificação nos monumentos da sua unidade passada ou, o que é equivalente, porque retém do seu passado as confirmações da sua unidade presente”⁴¹.

O conjunto de imagens que completam este capítulo apontam para o uso corrente do registro fotográfico pelos sanitaristas como elemento técnico e constitutivo da investigação no campo sanitário. A fotografia, como analisa Thielen⁴², “é uma técnica incorporada às pesquisas científicas, mas também registros de uma memória

⁴¹ LEGOFF, J. *História e Memória*. Campinas: Unicamp, 1990. p. 426.

⁴²THIELEN, Eduardo Vilela. “Imagens da Saúde Do Brasil: a fotografia na institucionalização da Saúde Pública”. Dissertação em História. PUC-SP, 1992.

institucional e divulgadora das vitórias da saúde pública”. Em seu estudo, realizado no acervo da Casa de Oswaldo Cruz, da FIOCRUZ, Thielen, identifica, nas três primeiras décadas do século XX, três momentos de registro fotográfico dos sanitaristas, no Brasil.

No primeiro momento, os registros estão voltados para a produção das imagens das ciências biomédicas: encontram-se aí as fotomicrografias, os retratos de doentes e as práticas de saneamento urbano.

O segundo momento traz como característica principal captar o abandono em que se encontrava o homem comum do interior do país, dos *sertões*, e as condições insalubres em que vive.

O terceiro momento aponta para um novo significado dado ao registro: documentar e divulgar as práticas médicas e a educação sanitária, hábitos de higiene e profilaxia, tendo como objetivo constituir, no imaginário social, as práticas sanitárias urbanas e no seio das famílias.

*“As imagens da saúde do Brasil podem ser lidas como uma cronologia da história da Saúde Pública no país, visão dada pelas próprias fotografias, que envolvem o leitor em uma ilusão especular. As fotografias sucedem-se em um tempo progressivo, configurando uma linha ascendente que retrata a vitória da intervenção social de um saber”*⁴³.

As fotografias obtidas pelos sanitaristas, como *narrativa* sobre o encontrado e sobre as modificações e transformações derivadas das próprias intervenções sanitárias, foram, sem dúvida, de grande ajuda para “*fotografar lá, revelar aqui*”⁴⁴ o país cheio de contradições e, didaticamente, apresentavam um quadro social, econômico e cultural

⁴³ Idem. Idem. p. 152.

⁴⁴ ACHUTTI, Luiz Eduardo Robinson. *Fotoetnografia: um estudo de Antropologia Visual sobre cotidiano, lixo e trabalho*. Porto Alegre: Tomo Editorial e Livraria Palmarinca, 1997. p. 19.

mais complexo do que imaginavam. Foram além do registro da memória institucional: captaram a diversidade humana e social brasileira, incorporando-as à nossa memória coletiva.

Sobre a documentação fotográfica, Achutti comenta: *“Se foi um trabalho carregado de subjetividades e se isto chega a ser um problema, a verdade é que tecnicamente foi muito bem feito. O material que recolheram é um material que pode servir – e de fato serve – como dado para análises de outros pesquisadores. Mead e Bateson deixaram-nos a idéia de que os materiais visuais, como as fotografias, antes de serem cópias da realidade são ‘textos’, afirmações e interpretações sobre o real”*.

Nossos heróis fotografados

O conjunto das imagens dispostas a seguir chama a atenção para a administração sanitária, contribuindo para a modificação dos espaços, hábitos de higiene, práticas cotidianas, formas de intervenção nos espaços sociais.

Conhecida como *era do saneamento urbano*, os sanitaristas utilizam-se do recurso fotográfico para registrar ações de saneamento urbano, descobertas científicas visando o extermínio dos mosquitos transmissores da febre amarela, purificando habitações, debelando criadouros em logradouros públicos e difundindo, junto à população, a *cultura da higiene*. Esses registros tiveram como intenção mostrar aos países estrangeiros, que começam a estabelecer relações comerciais com o Brasil, na exportação/importação de produtos basicamente agrícolas.

O primeiro conjunto das imagens dispostas a seguir destacam algumas ações da saúde pública, nas primeiras décadas da República, voltadas, porém, para o segundo movimento da *era do saneamento* dirigido ao espaço rural.

O objetivo é conhecer e registrar estudos sobre a natureza, etiologia, tratamento e a profilaxia no mundo rural.

Através do recurso fotográfico, entendido como *cópia da realidade*, foi possível mostrar a “Terra amada mãe gentil”, reforçando o movimento nacionalista, que se expandiu entre sanitaristas e intelectuais da época. O registro das ações sanitárias no meio rural teve sentido desbravador, mas, também, de denúncia, ao mostrar a forma diferenciada com que o governo valorizava e promovia, em seu orçamento, as administrações urbana e rural. Como analisamos

anteriormente, na apresentação desta investigação, os sanitaristas tinham a preocupação de trazer, para os homens citadinos, as imagens do Brasil e projetar uma imagem internacional de um país limpo e saudável.

Os sanitaristas, que compuseram o grupo do Rio de Janeiro, do Instituto de Manguinhos, partiram para as expedições, graças à expansão das ferrovias e da navegação fluvial, acompanhando a proposta estratégica de desenvolvimento do Presidente da República, Marechal Hermes da Fonseca, de integração entre o centro do Brasil e a Amazônia. Os sanitaristas investigavam morbidades que surgiam nos grupos de trabalhadores, que abriam as estradas de ferro no norte do país, como as populações ribeirinhas que iam encontrando no caminho, nas regiões de Palma, em Goiás, Vale do Tocantins, Rio Negro, Amazonas e populações indígenas de Massarabi.

As fotos, que compõem o conjunto de imagens do Centro de Memória Iconográfica da Faculdade de Saúde Pública, remetem para as ações de saneamento urbano e rural circunscritas ao Estado de São Paulo, que, devido às suas características de centro de contratação de mão de obra de imigrantes e exportador de café, mobilizou recursos públicos para elaborar sua organização de serviços sanitários com grande autonomia em relação à política de saneamento imposta pelo Distrito Federal às outras regiões do país.

A principal característica das fotografias, ao retratar as pessoas, está no sentido do que e como exhibir. A disposição física dos indivíduos, repete-se em todas elas, seja ao retratar os sanitaristas ou os habitantes. Há, porém alguns detalhes: os habitantes mais ao fundo confundem-se com o cenário, enquanto que os sanitaristas são colocados em primeiro plano e a paisagem é tomada como fundo; o grupo indígena é apresentado da mesma forma que a população urbana branca e os índios são vestidos para o momento do clique da objetiva.

O interesse não é mostrar aspectos culturais do “outro”, mas, sim, a intervenção educativa e profilática, o controle sobre os habitantes e o meio ambiente. A diversidade das atividades que envolvem a ação sanitária, desde as mais nobres, exercidas pelos cientistas, até as menos nobres, como coleta de dejetos, isca humana, preparação dos habitantes para serem examinados, curativos, montagens de barracas e infraestrutura dos acampamentos permitia a presença de negros e nativos na composição das equipes.

Sobre a representação do herói, na difusão da imagem do sanitarista, é curiosa a postura corpórea de soldado romano, totalmente deslocada em relação ao fundo bucólico, onde pastam carneiros, – diga-se de passagem, um animal não preponderante na cultura agrária brasileira –, dominando com sua espada a morte que ceifa vidas, através das doenças comuns no espaço rural. É notável a imagem de Carlos Chagas, destacando-se em relação aos outros personagens, pela vestimenta, postura arrojada e determinada de líder do grupo .

O Hino reforça a imagem de herói da integração nacional através do saneamento e dos valores da instituição militar, que serve à pátria com ordem e progresso na guerra contra as doenças, que será vencida, nossas florestas que serão dominadas e nós que seremos um país moderno e civilizado.

*Rotas de sanitarias
expedicionários 1911/1913.
Acervo FIOCRUZ/Casa de
Oswaldo Cruz.
Rio de Janeiro*

*Expedição, ao centro Carlos Chagas, São Gabriel, Rio Negro, Amazonas, 1913.
Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.*

*Atendimento médico 1911.
Palma – Goiás.
Acervo FIOCRUZ/Casa
de Oswaldo Cruz.
Rio de Janeiro*

*Hino do Sanitarista. Placa em bronze no saguão do prédio do Ministério da Saúde.
Brasília – DF. Autoria e data desconhecida.*

Cartão postal utilizado nas campanhas de educação sanitária, década de 20. Acervo do Centro de Memória Iconográfica. FSP/USP. São Paulo.

Como se adquire a Febre Typhoide ?

Como se evita a Febre Typhoide ?

Não visitando doentes dessa molestia,
Lavando as mãos antes das refeições,
Bebendo água pura, fervida ou filtrada,
Não tomando leite cru,
Não comendo fructas ou saladas sem lavá-las cuidadosamente,
Vacinando-se contra a febre typhoide.

A vacinação contra a febre typhoide tem salvo milhares de vida.

O Serviço Sanitario vaccina gratuitamente.

Capa do número especial da Revista da Sociedade Rural Brasileira, junho de 1936, sobre saneamento rural. Acervo do Centro de Memória Iconográfica. FSP/USP. São Paulo.

Lavagem de fezes e contagem de ancilostomas expelidos, década de 20. Sem identificação de local e data. Acervo do Centro de Memória Iconográfica. FSP/USP. São Paulo.

*Quintal de um cortiço,
década de 20.
Acervo Centro de Memória
Iconográfica. FSP/USP.
São Paulo.*

*Drs. Smillie e Samuel
Pessoa, analisando vermes.
Fazenda Santa Ernestina,
Araraquara, 1922.
Acervo Centro de Memória
Iconográfica. FSP/USP.
São Paulo.*

*Membros da expedição
e pesquisadores
do Instituto Oswaldo Cruz.
Vale do Tocantins, 1912.
Acervo FIOCRUZ/
Casa de Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro*

*Maquete da seção de Higiene Rural, 1923.
Acervo do Centro de Memória Iconográfica. FSP/USP.
São Paulo.*

*Riacho Saracura Grande, imediações da av. Brigadeiro
Luís Antônio, década de 20.
Acervo do Centro de Memória Iconográfica.
FSP/USP. São Paulo.*

*Sanitaristas com habitantes de Massarabi, 1913, Amazonas.
Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.*

*Vista transversal do Vale do Itororó, década de 1930.
Divisão de Pesquisas do Centro Cultural São Paulo*

TRÊS

Os sanitaristas vão à escola e consolidam a especialização sanitária brasileira

*“No real da vida, as coisas acabam com menos formato,
nem acabam.*

Melhor assim. Pelejar por exato dá erro contra a gente. (...)

Sujeito muito lógico, o senhor sabe: cega qualquer nó”

Riobaldo¹

Até o final da década de 20, os higienistas² formavam-se nas próprias organizações sanitárias e nos institutos de pesquisa voltados para a saúde pública, que tinham por objetivo fabricar soros e vacinas, desenvolver pesquisa básica, isolar portadores de doenças infecciosas ou mentais e formar pessoal para a reposição ou expansão de quadros para atuarem nos serviços de saúde pública.

Com ênfase na formação prática, os profissionais voltavam suas ações ao saneamento do meio, vacinações, isolamento para o controle das doenças contagiosas e estudos sobre transmissibilidade de doenças por animais e/ou pela veiculação hídrica.

“Enquanto socorriamos toda essa gente, examinava eu atentamente os habitantes e o local. Assim, visitei as turmas até as margens do Jequitai, examinando os trabalhadores sob os pontos de

¹ Riobaldo é personagem do romance Grande Sertão Veredas, de João Guimarães Rosa. Editora Nova Fronteira, 1984.

² Claro que não estamos fazendo referência ao diminuto grupo de cientistas sanitários que foram fazer seus estudos na Europa ou Estados Unidos e que tinham por “hábito” circular nos meios científicos e políticos, angariando apoio para seus projetos. Infelizmente, o costume de se enaltecer as elites e construir heróis acima do bem e do

vista seguintes: se já haviam tido febre; se eram portadores de gametas; se sofriam de verminoses, qual a porcentagem de hemoglobina. Observava, ao mesmo tempo, quais as suas condições de vida, de habitação e de trabalho, à procura das necessidades que pediam remédio”³.

Esses profissionais, apesar de não terem mantido, em muitos momentos, relações democráticas com a população, tiveram a oportunidade, como poucos têm, de vivenciar a dinâmica cotidiana das famílias e dos trabalhadores, particularmente, das camadas de baixo poder aquisitivo. As inter-relações entre os higienistas e as pessoas comuns, em seu *habitat* urbano e doméstico, levava a ver o “outro” numa perspectiva antropológica sobre costumes, tradições, religiosidade, hábitos alimentares, fantasias, medos, ou seja, um conhecimento inestimável à prática de proteção e assistência à saúde.

Esse grupo de profissionais adquiriu habilidades ao lidar com as adversidades da vida da população, em seu ambiente cultural e social, e construiu um saber priorizando o *fazer* empírico sobre as causas, as ocorrências e as formas de superação ou de inevitabilidade no processo saúde-doença. A articulação entre os conhecimentos acadêmicos dos cursos preparatórios especializados e a prática adquirida no enfrentamento diário das atividades de assistência à saúde das coletividades e as ações de assistência médica confundia-se com as ações preventivas e educativas desses profissionais.

Sobre o caráter abrangente da prática sanitária, Machado comenta: “o médico deveria comprometer-se com algo mais do que apenas o tratamento da saúde/doença da população; esperava-se,

mal dificulta o encontro de documentos e estudos que falem sobre o “baixo clero sanitário”, nos registros fotográficos.

³ MACHADO, Edite Novais da Mata. “Formação de Sanitaristas e Políticas de Saúde Pública em Minas Gerais, 1947-1955”, Dissertação - UFMG, 1990. p. 19 citando

*certamente, do médico uma atuação como ‘cientista social’ que, na lida como especialista, fosse capaz de articular conhecimentos de diferentes campos do saber (como, por exemplo, geografia, geologia, física, estatística), mostrando as relações entre fatores naturais e sociais. De fato, a forma como se desenvolvera o trabalho sanitário viria reafirmar o caráter social da medicina; sua prática incorporava o estudo das condições ambientais sobre a causação das doenças”*⁴.

Conhecidos, no jargão da saúde pública, como profissionais que “amassam barro e colocam as mãos na massa”, os sanitaristas, que realizam suas ações em regiões de grandes carências, onde se encontra a população alvo de sua intervenção, em meados da década de 20, começam a perder espaço diante das novas exigências geopolíticas e da *conexão sanitária internacional*⁵, que se inicia nas Américas.

A prioridade passa a ser a formação especializada, com ênfase não mais no *fazer* sanitário miúdo, observacional, disperso e com utilização de baixa tecnologia e muita experiência, mas, sim, no que *deve ser feito* e como manter em funcionamento, através de uma rede de serviços, instrumentalizados pela área de administração e planejamento a serem incorporados na organizacional estatal sanitária.

O deslocamento da formação da prática sanitária – o “ofício do prático” – para a especialidade técnica do setor público, a ser aprendida na escola, vem a partir dos interesses do poder público na criação de uma política mais racional e “moderna” de administração,

MELO, Eder Jansen de, “Relatório da Diretoria de Hygiene do Estado de Minas Gerais”, 1922.

⁴ Idem. Idem. p. 20

⁵ Labra faz referencia à União Panamericana, em Washington, em 1902, que cria a Oficina Sanitária Internacional, que passa a denominar-se Oficina Sanitária Pan-Americana, em 1923, e que, mais tarde, se converte na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de contudente influência até o momento presente, junto ao Ministérios da Saúde de todos os países das Américas, inclusive Cuba, tendo como sede Washington.

transformando concepções e processos de atenção à saúde da população, de responsabilidade estadual e local.

A consolidação da formação acadêmica sanitária no Brasil ocorre sob forte influência dos Estados Unidos, em particular da Fundação Rockefeller, conhecida nos meios sanitários por já ter colaborado nas ações de saneamento, profilaxia rural e controle da malária, aparecendo aos olhos das lideranças sanitárias e políticas como excelente aliada da maior eficiência dos serviços de saúde pública, no Brasil.

Sobre o deslumbramento dos sanitaristas em relação às propostas dos norte-americanos, Valla⁶ comenta: *“o processo de penetração norte-americana na economia brasileira, nos primeiros trinta anos do século XX, teve um papel preponderante em moldar o modo de a sociedade brasileira encarar coisas norte-americanas e essa presença repercutiu grandemente no Brasil depois da guerra”*.

Segundo Micelli⁷, citado por Labra, *“os sanitaristas farão uma obstinada e exultante pregação da nova ciência sanitária proclamada pelos Estados Unidos, sob a alegação de que imitando-a lograremos alcançar o seu mesmo alto grau de civilização”*. E esse discurso terá aqui grande e boa acolhida por traduzir o novo, o moderno e o prático, especialmente para aqueles intelectuais da oligarquia, que foram despertados pela guerra e cujo estado de espírito Alceu Amoroso Lima tão bem sintetiza: *“Em 1918 a canção que cantávamos era a canção dos fuzileiros navais norte-americanos. Os Estados Unidos eram para nós os salvadores da civilização e da democracia.”*

A articulação da Fundação Rockefeller, para realizar sua proposta de criação e controle do modelo de ensino em Saúde Pública

⁶ VALLA, Victor V. *A penetração norte-americana na economia brasileira (1898-1929)*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1978. p. 174.

no Brasil, parece não ter enfrentado grandes resistências. Segundo Labra⁸, *“o caminho encontrado por nossos sanitaristas foi o de aderir incondicionalmente à doutrina norte-americana, respaldada que vinha, aliás, pela possibilidade de apoio técnico e recursos financeiros, estes tão parcamente destinados entre nós a medidas de bem-estar coletivo. Ou seja: entre a adesão e o confronto, ficaram com a primeira”*.

O propósito de promover e coordenar os esforços dos países da Região das Américas a combater as enfermidades, prolongar a vida e estimular o bem-estar físico e mental de seus habitantes⁹, levou o governo norte-americano a apoiar a política adotada pela Fundação para a proposta de integração das Américas às questões sanitárias ampliar sua influência e ganhar adeptos.

A estratégia foi criar instâncias, que permitissem reunir profissionais de saúde dos vários países latino-americanos, possibilitando, num futuro próximo, a padronização das políticas e ações a serem implantadas por todos. Em dezembro de 1902, em Washington, na II Conferência Internacional de Estados Americanos, sai a recomendação para a elaboração de um acordo geral de representantes das oficinas de salubridade das repúblicas americanas. Esta reunião estabelece um conselho consultivo permanente, denominado Oficina Sanitária Internacional; em 1923, passa a denominar-se Oficina Sanitária Panamericana. Em 1924, firma-se em Havana, ratificado por 21 repúblicas americanas, o Código Sanitário Panamericano, definindo a Oficina como órgão central coordenador das atividades sanitárias internacionais das Américas. Em 1947, a Oficina constitui-se como Organização Sanitária Panamericana e, em 1950,

⁷ MICELI, Sérgio. *Intelectuais e classe dirigente no Brasil (1920-1945)* São Paulo: DIFEL, 1979. p. 56, citado em LABRA. Obra já citada. p. 69.

⁷ LABRA. Obra já citada. p. 340

⁸ LABRA. Obra já citada. p. 340.

⁹ História y Estructura de la Organización Panamericana de la Salud. www.opas - 5-3-1999.

torna-se reconhecida como organismo interamericano especializado no campo da saúde pública, com ampla autonomia para alcançar seus objetivos.

Mesmo porque “o grupo de executivos da alta administração sanitária norte-americana, que detém postos diretivos na Oficina Sanitária, é o mesmo que representa os Estados Unidos no comitê de Higiene da Liga das Nações; que presta assessoria ou participa diretamente das atividades da Comissão Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, e que assiste aos países, na formulação de códigos sanitários e na definição de linhas de atuação e organização em Saúde Pública e formação de pessoal. Esses mesmos funcionários, ainda, são os que se encarregam de sondar (direta ou indiretamente), nos países latino-americanos, as instituições, os grupos ou as pessoas favoráveis ao patrocínio de assistência técnica e ao maior estreitamento nas relações internacionais em matéria sanitária”^{10;11}.

Sobre essa questão, Labra retoma Gramsci: “(...) na civilização moderna, todas as atividades práticas tornaram-se tão complexas e as ciências se mesclaram de tal modo à vida, que toda atividade prática tende a criar uma escola para os próprios dirigentes e especialistas e, conseqüentemente, tende a criar um grupo de intelectuais especialistas de nível mais elevado, que ensinam nestas escolas. Cada atividade intelectual tende a criar círculos próprios de cultura, que assumem a função de instituições pós-escolares, especializadas em organizar as

¹⁰ LABRA. Obra já citada. p. 25-26

¹¹ A ciranda das cadeiras, que mantém basicamente os mesmos atores em diversos órgãos, confirma uma expressão bem humorada no meio sanitário sobre “a turma da Kombi”, comentário jocoso, referindo-se a seletos grupos compostos sempre pelos mesmos que passam a percorrer as diversas instâncias de decisões elaborando a política miúda e perpetuando-se em cargos nos organismos internacionais ou na estrutura burocrática estatal, para a própria preservação nos espaços decisórios, suas “idéias” não explicitam controvérsias e conflitos ideológicos, autodenominam-se técnicos ou operacionais nas instituições.

condições nas quais seja possível manter-se a par dos progressos que ocorrem no ramo científico próprio”.

“Esses círculos de cultura passam, ainda, pelo desenvolvimento orgânico de corpos deliberativos, por um lado, e, por outro, de órgãos tecno-culturais, cujos especialistas são absorvidos pela burocracia, passando a controlá-la. Além disso, esses colegiados deliberativos criam condições para o surgimento de um grupo homogêneo de intelectuais encarregado de elaborar trabalhos, fazer críticas e dar pareceres e para a produção de uma atividade editorial regular e metódica. (...) Essa elite dos mais capazes, por sua vez, promove Congressos para se fazer conhecida, bem como estimula a edição de revistas que transmitam e repitam sistematicamente suas idéias, de modo a ampliar o círculo cultural e formar um modo de pensar e de agir homogêneo”¹².

Podemos interpretar que os especialistas absorvidos pela Fundação Rockefeller passaram a agir no domínio da administração pública, brasileira e latino-americana, como intelectuais orgânicos no sentido de que *“cada grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, de um modo orgânico, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político”¹³.*

Isso significa que o intelectual orgânico não é aquele que se justapõe a uma classe, a um grupo ou a uma empresa; a empresa, o grupo, a classe é que criam os seus intelectuais, isto é, esses grupos,

¹² LABRA. Obra já citada. p. 343.

¹³ GRAMSCI, *Cartas do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987. p. 151. In: SIMIONATTO, Ivete. *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. Editora Cortez, 1995. p. 57.

essas instituições vivem situações, defrontam-se com realidades que exigem o desempenho de atividades intelectuais¹⁴.

As idéias que começam a circular por esse grupo de especialistas reforçam essa compreensão. Na 6ª reunião da Oficina Sanitária Internacional, realizada em Montevideu em 1920, observa-se o interesse do governo dos Estados Unidos, pelo ensino. “(...) a Oficina começa a investir mais decididamente na área da administração sanitária, preconizando que esta é uma responsabilidade do Estado, ao qual cabe não somente estabelecer, normalizar e financiar serviços nacionais de saúde, mas também colocá-los sob o comando de médicos especializados em questões de higiene e saúde pública. Em decorrência dessas resoluções, as preocupações com a organização de ministérios de saúde e a formação de um estado-maior para dirigi-los vão convergir na série de reuniões inauguradas em 1926 para Diretores de Serviços Nacionais de Saúde, nas quais será colocada persistentemente a necessidade de os governos criarem Escolas de Saúde Pública e de instituírem a carreira de oficial de Saúde Pública ou sanitarista.”¹⁵

Fazendo parte desse movimento mais geral, os intelectuais começam a marcar território discursivo e explicitar suas pretensões institucionais.

Com o espaço legitimado, a Organização Sanitária coloca os princípios da Saúde Pública que devem ser levados em conta na administração sanitária: o saneamento do meio ambiente e a higiene do indivíduo. O meio ambiente compreendido pela água, esgoto e lixo; estatísticas demográficas; inspetorias de alimentos e leite; construção e habitações, iluminação, ventilação; laboratórios de saúde pública; campanhas de quarentena e vacinação; hospitais e sanatórios de isolamento para doentes crônicos, agudos e contagiosos; assistência

¹⁴ Idem, idem. p 57.

médica gratuita aos indigentes. Em relação à higiene do indivíduo, a difusão a partir das escolas públicas e instituições disciplinares será feita pela educação sanitária e por programas segmentados – materno-infantil, escolar, industrial e mental¹⁶.

A delimitação do campo de formação começa a ser desenhada, “a repartição sanitária estará a cargo, como já se disse, de um estado-maior formado por médicos especializados em higiene e Saúde Pública e com dedicação integral. Isto significa que, após a especialização nos Estados Unidos ou no país (quando houver Escola de Higiene), estará proibida ao médico toda forma de exercício profissional, norma essa à qual deverá submeter-se formalmente antes de receber a bolsa”¹⁷. Com essa exigência, a OPS conclui que esse novo profissional deverá fazer parte do estamento governamental.

A manutenção da saúde em oposição às doenças transmissíveis e contagiosas, que podem surgir a qualquer momento, se não forem seguidas as devidas precauções, alastrando-se de forma imprevisível, sensibilizaram e facilitaram, certamente, a adesão dos países latino-americanos à proposta de criação do espírito pan-americano nas Américas, estratégico para as ações futuras no campo sanitário.

Como indica Labra, a Fundação Rockefeller, mais uma vez, lança a idéia, abrindo caminho para que a Oficina Sanitária converta-se, futuramente, em Organização Pan-Americana da Saúde. “Na I Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde Pública¹⁸, celebrada em Washington em 1926, cola-se a ideologia que permeia o interesse pelo pan-americanismo, baseado no conceito de identidade entre os interesses dos Estados Unidos e os das repúblicas

¹⁵ LABRA. Obra já citada. p. 28.

¹⁶ Boletín de la OSP - 4 (1), enero, 1925. Citado por LABRA. p. 39.

¹⁷ Boletín de la OSP - 3(2): 57, febrero, 1924. Citado por LABRA. p. 31.

¹⁸ Boletín de la OPS 6(3):172-177, marzo, 1927. LABRA. Obra já citada. p. 33.

latino-americanas. (...) Consoante esta igualdade que nos é atribuída, é perfeitamente cabível e viável estandardizar internacionalmente as políticas, os programas, as organizações e os procedimentos em saúde pública, à imagem e semelhança do que faziam e fazem os nossos irmãos do Norte sem, no entanto, transferir para cá as relações capitalistas de produção existentes nos Estados Unidos!”.

Não fazem parte de nosso estudo as ações da Organização Pan-Americana de Saúde e da Fundação Rockefeller, na América Latina e particularmente no Brasil; o importante, para nós, é salientar que a formação sanitária em nosso país foi cercada, desde seu início, pelos interesses comerciais e de expansão de domínio econômico, cultural e ideológico dos irmãos da América do Norte que, em sua política de caráter intervencionista, reduzem a liberdade de políticas nacionais que tenham o objetivo de criar um conjunto de regras e ações que possibilitem a construção de políticas públicas, entendidas como o conjunto de valores e ações ao qual todos os cidadãos têm direito e acesso para sua subsistência e dignidade humana.

Para a criação das escolas de Saúde Pública na realidade brasileira a estratégia utilizada pela Fundação Rockefeller de convencimento para que seu modelo de escola de Saúde Pública fosse mais rapidamente assimilado e pudesse estabelecer parcerias foi levar, sob seus auspícios, dois jovens sanitaristas – Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira – como bolsistas, para estudarem na primeira escola de Saúde Pública da América do Norte, a Escola Johns Hopkins, em Baltimore.

Em sua permanência nos Estados Unidos, ficaram sob a tutela dos doutores Smillie e Darling. Quando voltaram a São Paulo, continuaram tendo o financiamento da Fundação para criar a Cadeira de Higiene, na Faculdade de Medicina (1918) que, posteriormente,

forneceu os recursos para a construção e funcionamento do Instituto de Higiene¹⁹, como instituição independente da Medicina. O desejo da Fundação em contribuir foi tão grande, que chegou a manter por cinco anos os doutores Smillie e Darling, junto aos seus tutelados, no Brasil.

Segundo Labra²⁰, *“Nos Estados Unidos, a idéia de institucionalizar o ensino da Saúde Pública teve lugar após a constatação da premente necessidade de acompanhar a crescente divisão técnica do trabalho surgida com a rápida industrialização, urbanização e a intervenção do Estado nesse processo, através da educação e saúde”*.

Em sua meta de abrir várias escolas de Saúde Pública em diversos países, a pedido da Fundação Rockefeller, os especialistas em ensino médico, Drs William H. Welch²¹ e Wickliffe Rose, levantam, em países da Europa, o material que comporia o relatório The Institute of Hygiene²², recomendando a incorporação das experiências da Alemanha em montar bons laboratórios com bons professores e ensino que abarcasse uma variedade de temas relacionados à higiene, com ênfase na pesquisa experimental e trabalho de campo, e da Inglaterra, no treinamento em administração de Saúde Pública e no controle de doenças contagiosas. (...)

“Foi preservada a visão social da higiene, tão cara aos alemães. Isso se manifesta na defesa da higiene como arte e como ciência, que nunca deveria ser confinada ao puro propósito utilitário e imediato de atender à demanda da medicina estatal por funcionários especializados. Justifica-se essa posição mostrando o estreito contato

¹⁹ A partir de 1947, passou a se denominar Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

²⁰ LABRA. Obra já citada. p. 335.

²¹ W.H Welch foi o primeiro diretor da Escola de Higiene e Saúde Pública de Johns Hopkins

²² WELCH, W.H. & Rose, W. *The Institute of Hygiene (N.Y.)*, 1915. In: LABRA. Obra já citada. p. 335.

*que existe entre o moderno movimento pelo bem-estar social e o movimento da Saúde Pública e a influência dos fatores sociais e econômicos nas questões de Saúde Pública. Por isso, não há dúvida de que um instituto de higiene deve tomar conhecimento desses fatores para que os estudantes de ciências sociais possam usufruir disso ao freqüentar o instituto, de forma que permita que estudantes de higiene sejam treinados em ciências sociais e trabalho social”*²³.

Fiéis a essa filosofia implantada pela escola de Johns Hopkins, os sanitaristas Paula Souza e Borges Vieira, que estagiaram nos EUA começam a difundir os planos do ensino no Brasil, trazendo a público a separação latente que circulava em alguns centros médicos sobre a necessidade de se oficializar as distinções entre os campos da assistência médica e da promoção e prevenção sanitária.

A *Carta de Direitos dos Sanitaristas*²⁴, divulgada por Carlos Sá, no II Congresso de Higiene, traz a público a polêmica existente na época sobre a divisão de funções e poder entre Saúde Pública e medicina.

“O direito primeiro que pleiteamos, os higienistas brasileiros, é o de uma Escola de Saúde Pública, onde, ao invés de fundadores de institutos idênticos (!), não pretendemos ser mestres, mas queremos ser os primeiros alunos. Mestres, devemos ir buscá-los onde quer que eles existam, sem que se melindre o nosso jacobinismo irritadiço. Outro direito que pleiteamos é o de estarem franqueados os postos de mando aos que para eles se preparam, com esforço infatigável, com um alento que não esmorece e um entusiasmo que garante a vitória. Nem podemos admitir a efetivação de chefes improvisados pelo prestígio pessoal no momento, formando no alto uma casta que monopoliza homens e regalias. (...) Queremos que às portas da profissão se exija um

²³ LABRA. Obra já citada. p. 336-337.

certificado de competência (...). É preciso, ainda, que dentro de sua profissão a ela somente se entregue o higienista. (...) Não invadimos o terreno dos outros, mas não admitimos que venham colher na nossa seara os que a não regarem com o suor de seu rosto”.

Para tal intento, o interesse foi obter da Fundação Rockefeller o financiamento para a criação da Escola de Saúde Pública, *destinada a criar o exército de mais de 3 000 higienistas que deverão tomar a direção sanitária dos municípios do Brasil*²⁵.

A concepção, presente no Brasil, da assistência médica como um campo à parte da Saúde Pública parece ser oriunda desse período e do pensamento pragmático da Fundação Rockefeller, que passa a influenciar as discussões sobre como deveria ocorrer a formação nas ciências sanitárias. A pendenga entre o Instituto Oswaldo Cruz, na figura de Carlos Chagas, e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro explicita a questão sobre quem se subordinaria a quem na Reforma do Ensino, de 1924, proposta pelo Ministro do Interior João Alves e Juvenal da Rocha Vaz, médico pessoal do Presidente Bernardes – que, graças a ele, passa a ocupar os cargos de Diretor Geral do Departamento Nacional de Ensino, Reitor da Universidade do Rio de Janeiro e Diretor da Faculdade de Medicina – e tenta contornar a questão sobre a formação dos médicos com visão higiênica, cabendo ao IOC *“integrar à pesquisa e à prática e ampliar o escopo da clínica para o estudo e profilaxia das doenças de caráter coletivo não tratadas nos consultórios particulares, como a malária, a doença de Chagas, a leishmaniose, etc., aproximando assim clínicos e higienistas”*²⁶.

Porém, as discussões não se prendiam apenas à esfera das vaidades acadêmicas e da política provinciana; a razão mais profunda

²⁴ FM 5 (14) de 16. 7.24 LABRA. Obra já citada. p. 357.

²⁵ FM 7 (11) de 1.6.26.

²⁶ Idem. LABRA. Obra já citada. p. 297-98.

surge no enfrentamento: *“a experiência da Primeira Guerra mundial, que apontara a necessidade de reformular a educação médica e generalizar a adoção de políticas públicas, em matéria sanitária, para atender às novas exigências do capitalismo monopolista industrial, já na sua fase imperialista. Sob a égide dos Estados Unidos, em consequência, tais reformas, preconizadas pelo Governo deste país, e instrumentalizadas pela conexão sanitária internacional, com a Fundação Rockefeller à frente, apareciam para os nossos patrícios como o modelo ideal a ser seguido para marchar ao passo das nações cultas e civilizadas”*²⁷. (Grifos da autora.)

As missões e objetivos institucionais dos centros formadores passam a delimitar os objetos de estudo e intervenção de cada campo. A faculdade de Medicina é vista como o *“centro do mundo médico brasileiro, uma casa de ensino destinada somente a formar médicos, cabendo-lhe um papel de vanguarda no progresso do país”*.²⁸ o Instituto Oswaldo Cruz deve *“manter o espírito de pesquisa nas ciências biológicas, especialmente no domínio da patologia. Assim sendo, ao IOC não caberia nenhuma função docente, no sentido geral do preparo para a profissão médica”*²⁹ e as escolas de Saúde Pública deveriam formar profissionais e treinar técnicos para atuarem junto à administração sanitária; médicos sanitaristas, educadoras e visitadoras sanitárias, auxiliares de enfermagem, técnicos de laboratório, microscopistas, entre outros, auxiliando no conhecimento das causas de propagação de doenças e na forma de dar respostas tecno-científicas à prevenção das doenças coletivas, sem perder de vista as condições de vida, de alimentação, de habitação, de trabalho e as práticas culturais dos habitantes.

²⁷ Idem. LABRA. Obra já citada. p. 299.

²⁸ Faculdade de Medicina de 16.8.1920 In: LABRA. Obra já citada. p. 303.

²⁹ DM 14.1.25 In: LABRA. Obra já citada. p. 303.

Os congressos brasileiros de higiene foram os catalizadores da insatisfação presente entre a elite sanitária, de viver à sombra da medicina, e foram aproveitados como momentos de explicitação junto à população e como forma de pressão junto às autoridades governamentais tentando, dessa forma, ampliar seus poderes e influenciar as políticas públicas estaduais.

“O povo, desde o começo da campanha intensiva de opilação, tem acreditado que a obra sanitária consiste em tratar perfeitamente todas as doenças. Nós, como obreiros sanitaristas, devemos mostrar que estamos fazendo medicina preventiva e procurar educar o povo neste sentido. O serviço de dispensário é ostentoso e fácil de executar. Encher diariamente o posto com toda sorte de doentes pedindo exame e medicação para várias doenças exige muito pouco esforço. O dispensário atrai sempre o médico. Seus trabalhos exigem a permanência no posto e o impede de percorrer seu município e realizar trabalhos profiláticos valiosos”. J. H. Janney, chefe da Fundação Rockefeller no Brasil, em 1926, no III Congresso Brasileiro de Higiene.

E, em 1947, no discurso de sessão de instalação do VI Congresso Brasileiro de Higiene, de Manuel J. Ferreira:

“O bom médico clínico tem um imenso campo de investigação e de estudo nos limites do corpo humano, dentro do qual giram todos os problemas da patogenia e da terapêutica. Quanto mais mergulhar no estudo do indivíduo, tanto mais útil e eficiente poderá tornar-se. O sanitarista tem o seu campo natural de investigação nas massas e grupos humanos e, tanto mais se distancie do indivíduo, mais próximo ficará do terreno em que pode ser útil e eficiente. A prática da Saúde Pública não pode ser feita sem a utilização de clínicos de variadas especialidades, assim como a estes não pode caber a responsabilidade de campanhas ou organizações permanentes de medicina preventiva”.

Os princípios que nortearam as escolas de Saúde Pública no Brasil “*seguiram a orientação geral da Fundação Rockefeller para a implementação de escolas de Saúde Pública no mundo inteiro, estabelecendo como meta o ensino dos aspectos ‘científicos’ da higiene aliado à ‘tarefa prática’ de preparar os técnicos necessários ao provimento de cargos de Saúde Pública ou, em outras palavras, ‘ao apostolado da higiene’.* A Fundação reforçava, também, o espírito de investigação e o caráter interdisciplinar da formação e da atuação do profissional dedicado à ‘Ciência e à Arte da higiene’”³⁰.

Os primeiros cursos voltados à especialização em Saúde Pública ocorreram na década de 20, ainda integrados às instituições tradicionais da saúde, no Rio de Janeiro, ligados à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e, em São Paulo, à Faculdade de Medicina. Somente em 1931, o curso ganha sua autonomia e passa a ser ministrado pela Escola de Higiene e Saúde Pública³¹.

O reconhecimento pelo Ministério da Educação e Saúde e pelo Departamento Nacional de Saúde vem a ocorrer no anos 40, ao se exigir o certificado de especialização para o ingresso e exercício no serviço público como médicos sanitaristas³².

Segundo Machado, a Escola de Saúde de Minas Gerais, no seu primeiro ano de vida, sofreu influência não só da Fundação Rockefeller, mas também das Escolas do eixo Rio–São Paulo. Apesar da Escola de Saúde Pública em Minas Gerais já estar instalada a partir de 1947, um número grande de técnicos mineiros, ao todo 49, ainda realizaram seus estudos como bolsistas no Rio de Janeiro, junto ao Departamento Nacional de Saúde. Parece que realizar o curso no Distrito Federal, no

³⁰ VASCONCELLOS. Obra já citada. p. 31.

³¹ SOUZA, Geraldo H. Paula e VIEIRA, Francisco B. “Formação de Técnicos para os Serviços de Saúde Pública”, Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947.

burburinho da cidade grande e, ainda à beira mar, era um atrativo a mais, quase como ir ao estrangeiro apesar de continuar no próprio país. A legitimidade institucional e política do Departamento Nacional de Saúde era compensadora no momento em que retornavam à política local.

A reforma sanitária de 1946 veio propulsionar a oferta de cursos de Saúde Pública, ao colocar como exigência para nomeação de profissionais na modalidade sanitária apenas os que haviam passado pela formação especializada. *“A essa altura, o governo estadual já havia instituído sua própria Escola, que passou a responder pela formação de um novo quadro técnico, atendendo às várias modalidades de especialização médico-sanitária, inclusive à formação básica”*³³.

Mas, seja pelo encantamento pelas “coisas” referentes aos norte americanos, seja como ingerência dos norte-americanos no pensamento brasileiro, como comenta Valla³⁴, entre julho de 1944 e dezembro de 1947, 117 médicos brasileiros haviam passado pela formação como bolsistas, na agência do governo dos EUA, Instituto de Assuntos Interamericanos, em seu Curso de Especialização em Saúde Pública nos estados Unidos da América, com o objetivo de *“preparo de profissionais para trabalhos de Saúde Pública, compreendendo o aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, a formação de enfermeiras de Saúde Pública e o treinamento de outros técnicos”*³⁵.

Esses bolsistas passam, quando retornam ao país, a assumir postos de direção nas estruturas sanitárias nos Estados e, num processo de inculcação, divulgam novos conceitos sobre as práticas sanitárias,

³² MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – Departamento Nacional de Saúde – Cursos, Atividades dos Cursos do DNS, período 1942-1950, Rio de Janeiro, 1950.

³³ MACHADO. Obra já citada. p. 25.

³⁴ Obra já citada. A penetração norte-americana na economia...

³⁵ MORAIS E SILVA, Nelson L. de Araújo de, ORLANDO, J., “Contribuição do serviço Especial de Saúde Pública e do Instituto de Assuntos Interamericanos à

tomando como referência e modelo de pensamento e organização sanitária, o que se faz nos Estados Unidos, ilustrado por Machado nos discursos de Baeta Viana, que foi Secretario de Saúde e Assistência, entre 1948 a 1950, no Estado de Minas Gerais, em sua Exposição de Motivos, no Projeto que organiza o Serviço Médico Escolar no Estado de Minas Gerais.

“Que nos sirva de estímulo a atitude desassombrada dos americanos. A coragem com que aquele povo do norte se pronuncia sobre os problemas vitais da nacionalidade, no interesse de revelar em números exatos a extensão da sua infelicidade, assombra a franqueza daqueles que receiam encarar o problema tenebroso da nossa realidade, como se fossem os responsáveis diretos pela existência atual de todas as nossas calamidades. As opiniões otimistas ou terroristas sobre nosso verdadeiro estado de coisas não reproduzem mais que impressões personalíssimas, conversa fiada, enquanto não se representar em números estatísticos a extensão de nossa realidade, pouco lisonjeira. Só os números informam soberanamente”³⁶.

E, no Congresso de Higiene, Cid Ferreira Lopes, Diretor da Escola de Saúde Pública, de Minas Gerais, manifesta-se:

“Sobre o tipo de escola de Saúde Pública que mais nos convém (...) temos certa preferência pelo tipo de escola estreitamente articulada com repartição sanitária, por termos a impressão de que, a par de um cunho mais prático que se possa imprimir aos cursos, pode-se melhor acompanhar as necessidades dos diversos serviços e especialidades, a fim de orientar a organização e a realização de diferentes cursos e modificar, quando indicado, normas, teorias e

formação de técnicos”, Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947. In: MACHADO. p. 25-26i.

³⁶ SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, Serviço Médico Escolar em Minas Gerais, Belo Horizonte, 1950. p. 12-13. In: MACHADO. p. 28.

*processos de trabalhos sanitários, que a prática tenha recomendado. A nossa preferência ainda se explica por se tratar de organização mais simples e menos dispendiosa, como que de emergência mesmo, atendendo mais de pronto à situação premente de falta de técnicos em que nos encontramos”*³⁷.

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESMIG) foi criada pelo Decreto Lei n. 1751, de 3 de junho de 1946, pelo então médico e governador Juscelino Kubitschek³⁸. Sua instalação solene aconteceu em 1 de fevereiro de 1947, sob a presidência de Ildefonso Mascarenhas, Secretário da Educação³⁹. A divulgação, pela grande imprensa mineira sobre o início, de fato, do funcionamento da escola foi discreta, talvez explicada pela coincidência da data ser em pleno carnaval. As manchetes dos jornais locais estavam mais voltadas a relatar os festejos e folguedos populares do entrudo, cabendo à imprensa oficial a sua divulgação.

O Diretor da Escola de Saúde, Dr. Cid Ferreira Lopes, em seu discurso de posse, indica a direção que a escola deverá ter:

*“...parece que, em Minas, estamos em melhor caminho, criando-se a Escola de Saúde Pública como órgão do Departamento de Saúde, do que em São Paulo, onde a Faculdade de Higiene e Saúde Pública faz parte da Universidade e não do seu Departamento”*⁴⁰.

A razão da vinculação ao Departamento de Saúde, segundo Lopes, relaciona-se à expectativa de poder acompanhar melhor às necessidades das diversas formações e especialidades como também elaborar normas, teorias e processos de trabalho sanitário.

³⁷ LOPES, Cid Ferreira. “A necessidade de técnicos de Saúde Pública”. Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947. In: MACHADO. p. 28.

³⁸ Minas Gerais – Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 5 de junho de 1946. p. 2-3.

³⁹ Minas Gerais – Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 2 de fevereiro de 1947. p. 7.

⁴⁰ Idem p.7

Em seu primeiro ano, a escola mineira apresenta-se dinâmica, oferecendo cursos de menor duração voltados à formação de médicos e técnicos em: malária, lepra, tuberculose, higiene mental e psiquiatria clínica, organização e administração sanitárias, engenharia sanitária, doenças tropicais, puericultura, câncer, peste, estatística vital, organização e administração hospitalares e de técnicas de laboratório, e formando, também, pessoal auxiliar, guarda sanitário, microscopistas, visitadoras sanitárias, auxiliares de enfermagem. As doenças, que grassavam em Minas Gerais, e a falta de técnicos em seu encaminhamento eram um problema aos políticos e uma demonstração de “atraso” do estado mineiro diante de São Paulo e Rio de Janeiro.

A Escola, regida pela legislação estadual, estrutura-se em suas finalidades, organização didática, cursos, regime disciplinar, instâncias internas de poder e forma de contratação semelhantes ao do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e a Escola de Higiene e Saúde Pública, em São Paulo⁴¹.

Inicialmente, os cursos de especialização e Saúde Pública foram oferecidos nas edificações do Instituto Ezequiel Dias, na Faculdade de Medicina, na Santa Casa e na Secretaria de Saúde e Assistência e, em 1959, com o apoio para a construção do Ministério da Saúde, instala-se em sede própria, permanecendo até os dias de hoje.

Subordinada diretamente ao Secretario de Saúde e Assistência, seu regulamento só vai ocorrer em 27 de agosto de 1959, pelo Decreto n. 5.634, organizando-se a partir do Centro de Saúde de Treinamento “Oswaldo Cruz” e da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo⁴². Os cursos oferecidos aos alunos com maior qualificação eram desenvolvidos na escola e os de nível técnico, no Centro de Saúde e

⁴¹ Minas Gerais – Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 11 de março de 1951.

⁴² Decreto n. 5634 Minas Gerais – Órgão Oficial dos Poderes, 28 de agosto de 1959. p. 1-3.

Treinamento Oswaldo Cruz, e destinavam-se ao aperfeiçoamento de pessoal técnico dos diversos Departamentos da Secretaria de Saúde e Assistência.

*“Os cursos de Saúde Pública, chamados ‘básicos’, destinavam-se, a princípio, exclusivamente a médicos. Seu objetivo: a formação de sanitaristas como elementos técnicos voltados para o desempenho de atividades de saúde pública, principalmente em unidades sanitárias da capital e do interior. A programação dos cursos atendia inicialmente às exigências de um plano de carreira do Departamento Estadual de Saúde, que tinha na Escola de Saúde Pública um ponto de apoio efetivo. Por outro lado, tal programação consistia também em um esforço da própria Escola para habilitar-se. (...) Segundo denúncia do diretor da Escola, em 1955, a contratação indiscriminada de médicos e pessoal auxiliar sem habilitação adequada, somada à inexistência de vagas para a carreira de sanitarista, resultaria no desinteresse pelos cursos da Escola”*⁴³.

Os cursos da ESMIG, a partir de 1954, foram planejados e desenvolvidos à semelhança da Escola Nacional de Saúde Pública.

*“Para a formação do pessoal técnico especializado (...) a União manterá uma Escola Nacional de Saúde Pública, à qual poderão ser equiparadas outras existentes ou que venham a ser criadas pelos Estados ou pela iniciativa particular”*⁴⁴.

Em 21 de novembro de 1960, pelo Decreto n. 49.309, no governo do médico e Presidente Juscelino Kubitschek a Escola de Minas consegue sua equiparação à ENSP.

⁴³ LOPES, Cid Ferreira. Discurso na solenidade de entrega de diploma dos médicos sanitaristas e da primeira turma de médicos fisiólogos de 1954. In: MACHADO. p. 33-34.

⁴⁴ Lei n. 2 312, de 3 de dezembro de 1954. Criação da Escola Nacional de Saúde Pública.

As exigências para permanecer reconhecida pela ENSP, entre outras, era ter o currículo pelo menos equivalente ao ministrado pela ENSP, reconhecimento prévio do estabelecimento pela Diretoria do Ensino Superior do MEC, possuir um corpo de professores de reconhecida capacidade técnica e comprovada experiência em Saúde Pública. As escolas equiparadas ficam sujeitas, sempre que necessário, à inspeção por parte da ENSP.

Com a Reforma Universitária no Brasil em 1968, quando foi implantado o sistema de pós-graduação *stricto sensu*, a ESMIG, distancia-se das demais escolas devido, do nosso ponto de vista, à sua própria estrutura, mais voltada a formar quadros e treinar técnicos para os serviços sanitários municipais e estadual do que a inovar e tornar-se autônoma na produção de conhecimentos no campo da Saúde Pública, constatado pela ausência de quadros titulados permanentes e de pesquisas desenvolvidas, que pudessem levá-la a se equiparar à Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro e à Escola de Saúde Pública de São Paulo, ficando restrita à preparação de pessoal técnico e operacional para o sistema de saúde regional.

As exigências e as várias mudanças que ocorreram com a implantação da pós-graduação no Brasil, com certeza, afetaram o papel de centro formador em Saúde Pública da Escola de Minas, que não chegou a desenvolver as modalidades de mestrado e doutorado em sua organização escolar, ficando voltada à formação do ensino de Saúde Pública em nível médio e de especialização⁴⁵.

⁴⁵ A Faculdade de Saúde Pública de São Paulo foi a primeira a reorganizar-se nesta nova proposta, criando seus cursos de mestrado e doutorado em Saúde Pública. Seu compromisso passa a ser com a elite profissional, formuladores e dirigentes das políticas públicas para o setor. Afasta-se totalmente da oferta de cursos em nível técnico. A ENSP implanta sua pós-graduação *stricto sensu* em 1977, de mestrado, e, em 1980, de doutorado, e oferece seus cursos em nível médio e técnico pelo Instituto Politécnico, da Fundação Oswaldo Cruz. (FIOCRUZ).

Segundo Chauí, “... a instituição pós-graduação, ao recuperar a verticalidade do ensino universitário, repõe a discriminação socioeconômica, que fora abrandada na graduação. Sua finalidade aparente é a formação de pesquisadores de alto nível, de professores universitários e de mão de obra altamente qualificada para as burocracias empresariais e estatais. Sua finalidade real, porém, é bem outra. Por seu intermédio, a expansão do ensino universitário é contida, ao mesmo tempo em que permite, no interior da universidade, comandar a carreira e, portanto, a estrutura de poder e de salário, enquanto, fora da universidade, além de conferir prestígio simbólico, discrimina a oferta de trabalho: o pós-graduado, além de melhor remunerado, lança o graduado na condição de diplomado degradado – um peão universitário”⁴⁶.

Minha preocupação neste capítulo foi salientar a grande influência do pensamento norte-americano como condutor das políticas de Saúde Pública no Brasil que, particularmente através do ensino, consegue manter seu “modelo” para o Brasil, sem muitos questionamentos e confrontos, incorporando as lideranças administrativas sanitárias do Instituto de Manguinhos e da Faculdade de Medicina e da Cadeira de Higiene, como membros da Organização Pan-americana e, “parceiros” na construção de um pensamento unitário sobre as políticas e ações sanitárias a serem implantadas nas Américas.

Busquei, também, mostrar que a Saúde Pública tornou-se campo autônomo em relação à medicina de forma tensa e em permanente disputa com a categoria médica.

O conjunto de imagens, apresenta uma característica amplamente difundida nas escolas de Saúde Pública, em aliarem as aulas teóricas

⁴⁶ CHAUÍ, Marilena. *Ventos do progresso: a universidade administrativa*. In: PRADO Jr, B. et alii. *Descaminhos da Educação pós-68*. Citado por SAUL, Ana Maria. *Avaliação Emancipatória*. (1988) São Paulo: Cortez. p. 15.

com a prática em laboratórios, realizarem excursões e inspeções sanitárias, tanto na cidade quanto no interior, no sentido de familiarizar seus alunos com a “condição de Saúde Pública da comunidade”, e registrar as atividades educativas, amplamente difundidas nas décadas de 40, 50 e 60, como imagens definidoras das ações sanitárias.

“O higienista, ao contrário do clínico, fazia “ciência” nas ruas e as suas reflexões, concretizadas em registros de aulas e palestras ou nas publicações, constituem um relato forte, colorido e, às vezes, passional sobre a vida da cidade. Armado de máquinas fotográficas e cartilhas, ele inspecionava cortiços, fábricas, casas comerciais e escolas, transformando a cidade num grande laboratório para a experimentação e demonstração do seu saber, imprimindo, assim, sua presença no cenário urbano”⁴⁷.

⁴⁷ VASCONCELLOS. Obra já citada. p.41.

Imagens da educação sanitária

Nas décadas de 40 e 50, com a formação em saúde pública já institucionalizada, as características, nos centros urbanos, já são outras. Selecionei imagens que transmitem versões distintas e contraditórias da intervenção do agente sanitário no ambiente doméstico.

A charge, veiculada por jornal de grande circulação, satiriza, de forma caricatural, a figura do médico e reforça a imagem masculina da profissão expondo a ausência de criticidade e reconhecimento das condições sociais e econômicas da família a que se dirige. As diferenças de vestimenta e aspecto físico do especialista em relação à família indicam os mundos opostos em que vivem. A escola não forma o profissional para a realidade mas para o mundo idealizado, sem diferenciação e contradições sociais.

As fotos das visitadoras sanitárias reforçam a imagem feminina da profissional e das atividades domésticas. A imagem de saúde materna-infantil é o binômio predominante dos programas desenvolvidos pelos centros de saúde. A visitadora, vestida de forma higiênica impecável, demonstra a uma mãe, atenta e feliz, com o bebê ao colo, o preparo da mamadeira. O ambiente da cozinha relacionado à figura materna é valorizado, podendo significar proteção, responsabilidade pelo cuidado com saúde familiar, papel preconizado para a mulher. A mãe, a partir da orientação, deverá incorporar os preceitos científicos e higiênicos em seu cotidiano doméstico.

Já no cenário de baixo, a situação dos habitantes parece mais precária, a visitadora faz a aplicação de vacinas sob o olhar da mãe, sem demonstrar interação educativa. É o registro da intervenção do agente sanitário em uma situação preventiva. A foto reforça a ação sanitária junto as camadas populares, composta de negros e brancos.

OS GRANDES CURSOS

**“Estão sendo abertas as matrículas
para o curso de médicos nutrólogos do
Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil”**

*Reprodução da A Folha da Noite, jornal paulistano, de 11/4/1946.
Charge de Belmonte sobre o Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil.
Acervo do Centro Iconográfico da FSP/USP. São Paulo.*

*Aluna do Curso de Visitadora sanitária, fazendo demonstração na preparação de alimentos em um domicílio.
Acervo da Biblioteca da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. s/d.*

Alunas do Curso de Visitadora Sanitária, vacinando criança em bairro pobre de Belo Horizonte. Acervo da Biblioteca da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. s/d.

QUATRO

Os dilemas dos sanitaristas da Escola de Saúde de Minas Gerais

“(...) Os teóricos de hoje (...) estão mais segregados do que nunca em relação à prática; trabalham dentro de instituições complexamente estruturadas, segundo horários e programas; sua informação é obtida menos da observação e mais na forma da GII ou da GIII (...) seu conhecimento do mundo é composto, cada vez mais, em suas cabeças ou suas teorias, por meios que não os da observação. Estão cercados, por todos os lados, por estruturas.”

Thompson¹

A Escola de Saúde de Minas Gerais está localizada no bairro de Barro Preto, próximo ao centro da cidade de Belo Horizonte, no quadrante das ruas Timbiras; Sertões e das avenidas Barbacena, Amazonas e Contorno, desaguando no rio Arrudas.

O edifício que abriga a ESMIG, já nos mostra que sua criação data de época distinta da escola de saúde pública paulista.²

¹ THOMPSON, E. P. *A miséria da teoria, ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. RJ: Editora Zahar, 1978. p.123.

² Se a obra paulista, conduzia pelo escritório de Ramos de Azevedo, iniciada na década de 20, como elemento que compõe o complexo junto à Faculdade de Medicina, expressa o monumental e o destaque almejado da ação política no processo que estava em curso na cidade de São Paulo – a industrialização, a instrução formal escolar como um importante aliado na construção da nacionalidade e a formação de uma elite intelectual brasileira a ser formada nas casas de Arnaldo Viera e Paula Souza. Voltando-se para a modernização e o progresso, as escolas que formariam as elites, as repartições públicas

De forma pura, simples e geométrica, suas poucas molduras dão sobriedade ao prédio. Com dois pavimentos e um porão, as amplas janelas e o frontispício em tijolos de vidro permitem abundância de ar e luz. Incorpora a linguagem da arquitetura moderna em sua técnica construtiva funcional, integrada ao meio externo arborizado, com boa claridade e ventilação, sóbria mas ao mesmo tempo destacada na paisagem urbana.

Reproduz, em sua fachada posicionada para a avenida Augusto Lima, a logomarca da Fundação Ezequiel Dias, à qual está vinculada.³ A representação gráfica, expressa o sentido de direção, reforçando a noção veiculada por alguns políticos mineiros de que o estado de Minas Gerais aponta o caminho, para os mineiros e para os demais estados.

A ESMIG, foi projetada num período de efervescência na cidade de Belo Horizonte, com a presença, na prefeitura, do político Juscelino Kubitchek, posteriormente reconhecido no Brasil inteiro como “o mais arrojado, moderno e dinamizador”.

JK, político dinâmico e vibrante, sonhava vôos mais altos do que a prefeitura belorizontina, e sabia que, para dar continuidade a sua carreira, nada melhor do que ter BH como vitrina de suas realizações. Isso fez com que a capital do estado, inaugurada a 12 de dezembro de 1897, na antiga localidade denominada de “Curral d’el Rey”, planejada urbanisticamente e depositária das condições para a conservação da higiene e salubridade de seus moradores muito superiores às que poderia oferecer a antiga capital Ouro Preto, se tornasse, em meados da década de 40, um canteiro de obras como a verticalização de moradias

e o espaço da cultura são construídos com características de obras monumentais e de destaque diante de outras edificações.

³ A Fundação Ezequiel Dias foi instalada em 1907, como filial do Instituto de Manguinhos – FIOCRUZ, passando a denominar-se Instituto Ezequiel Dias, em 1923, e, posteriormente, Instituto Biológico Ezequiel Dias, em 1941. A Fundação Ezequiel Dias – FUNED – foi criada pela Lei n 5.594, em 1970, com personalidade jurídica de direito público, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde.

para população de menor poder aquisitivo, o complexo de Pampulha como área de lazer e recreação e amplas avenidas, unindo a área urbana às saídas e zonas periféricas da cidade.

“São chamadas “avenidas sanitárias” por aumentarem a circulação, melhorarem as ligações do centro com a periferia, levarem alguns equipamentos coletivos e alguma infra-estrutura básica às áreas mais carentes.”⁴

Ao se tornar governador, JK passa a ter necessidade de pensar no estado de Minas, além da moderna capital. Um de seus atos foi, então, e talvez influenciado por sua formação em medicina, pensar em ações junto aos municípios, que viessem a formar pessoal qualificado para lidar com as diversidades regionais e locais do estado, com ênfase na região norte, reconhecida como zona de grande pobreza, o Vale do Jequitinhonha.

Minha opção pela escola de Saúde Pública de Minas Gerais foi determinada por uma curiosidade. Ao visitá-la para uma consultoria em 1996, tive em mãos o texto que compôs o discurso de seu primeiro diretor, Dr. Cid Ferreira Lopes, no qual chamou-me à atenção a ênfase dada às vantagens sobre a diferença em relação à Escola de Saúde Pública de São Paulo, por não estar vinculada a uma universidade e sim à Secretaria de Saúde, em sua interpretação, mais próxima às necessidades reais.

Ao conversar com os professores percebi que suas indagações sobre os destinos da formação sanitária são muito próximas às questões levantadas por alguns docentes da FSP/USP e da ENSP/FIOCRUZ. Posso imaginar que as incertezas que aproximam as escolas estejam

⁴ SILVA, Regina Helena Alves da *A cidade de Minas*. Dissertação em Ciência Política. Belo Horizonte, UFMG, 1991

relacionadas a um movimento mais amplo de descaso em relação à saúde pública, no escopo das políticas públicas.

Como havia terminado, em 1995, uma investigação sobre a prática e a formação sanitária desenvolvida pela Faculdade de Saúde Pública, no estado de São Paulo, interessei-me em estudar a primeira escola de saúde pública regional, vinculada a uma secretaria de estado da Saúde, que tem por finalidade “formar técnicos para promover os serviços de saúde da população”.

Quis conhecer uma realidade nova na empreitada da formação, descobrir diferenças e semelhanças, agruras e sucessos e reconhecer, na prática cotidiana desses profissionais, as atividades e expectativas que formam o circuito sobre a formação sanitária brasileira.

Pensei em “fugir” a um raciocínio comum em determinados ambientes universitários de se dar destaque as instituições mais “notáveis”, pressupondo que, por sua capacidade de influenciar outras instituições, as peculiaridades das demais não chegam a merecer reflexão. Nessa perspectiva, as escolas regionalizadas de saúde pública⁵ são vistas como pólos de “duplicação” dos centros de formação de abrangência nacional, São Paulo e Rio de Janeiro, e não como propriamente centros autônomos.

Nossos depoentes⁶, foram generosos em suas exposições, servindo de fundamento a reflexão desta tese.

⁵ No período dessa investigação, cheguei a identificar oito escolas de saúde pública regionais, além de duas de abrangência nacional: Escola de Saúde de Minas Gerais (1946); Escola de Saúde Pública do Paraná (1958); Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (1962); Escola de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul (1989); Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (1992); Escola de Saúde Pública do Ceará (1993); Escola de Aperfeiçoamento e Especialização em saúde coletiva em Sta. Catarina (1993); Escola Nacional de Saúde Pública – RJ (1954) e Faculdade de Saúde Pública de São Paulo (1922).

⁶ Os depoimentos dos professores mineiros, deste capítulo, não devem levar o leitor a considerar que estes personagens só estejam entrando em cena neste momento. Pelo contrario, seria proceder irrefletidamente, uma vez que as problematizações desta

Busquei, em suas narrativas, encontrar as diferentes interpretações, não me preocupando em padronizar suas respostas. Pelo contrário, suas vivências e experiências, apontam para a compreensão do não homogêneo.

Segundo Portelli, na história oral *“aquilo que criamos é um texto dialógico de múltiplas vozes e múltiplas interpretações: as muitas interpretações dos entrevistados, nossas interpretações e as interpretações dos leitores”*⁷.

Trabalhei na perspectiva de *“representar a realidade não tanto como um tabuleiro em que todos os quadrados são iguais, mas como um mosaico ou colcha de retalhos, em que os pedaços são diferentes, porém, formam um todo coerente depois de reunidos”*⁸, sem perder de vista as *unidades significativas* que viessem a possibilitar compreensão mais abrangente.

Por outro lado, havia a necessidade de se buscar, no mosaico, seus pontos de interseção. Por transitarem nos mesmos *circuitos* de amizades, vínculos institucionais, atividades profissionais e práticas culturais comuns, suas representações sobre a trajetória sanitária, na Escola e em Minas, adquirem similitudes.

Outro aspecto de interesse foram as expressões simbólicas, que revelaram conceitos distintos daqueles que costumam-se esperar, diante de tantos esquemas lógicos e definições conclusivas. Buscamos uma forma de aproximação mais pessoal e que sinalizasse o que nos interessava: suas leituras pessoais, construídas a partir de suas experiências e percepção sobre o campo sanitário, tentando evitar falas

pesquisa foram surgindo a partir do diálogo com os registros e dando voz aos sujeitos presentes no trabalho desde as questões iniciais.

⁷ PORTELLI, Alessandro. “Tentando aprender um pouquinho; algumas reflexões sobre a ética na história oral”. *Projeto História* (15), São Paulo, abril de 1997. p. 27.

⁸ Idem, idem. p. 16.

estereotipadas, procurando identificar *sonhos inconfessos* no cotidiano das relações de trabalho ou nas *rusgas* entre grupos que concebem projetos distintos sobre saúde.

Mito, ou não, a *mineirice*⁹ se fez notar. Os entrevistados foram discretos mas não perderam a oportunidade de dar seus “recados”, com endereço certo, às políticas regionais e dirigidos aos seus conterrâneos. Pouparam críticas às Escolas equivalentes, do eixo Rio-São Paulo: quando fizeram algumas menções, foram discretos. Mostraram orgulho pelos cursos e convênios realizados no e com o estrangeiro mas, também, demonstraram orgulho de viver em Belo Horizonte e em Minas Gerais. Receptivos, gostando de contar “*causos*”, citam, em diferentes momentos, episódios ou eventos, escolhidos a dedo pressupondo formas de notabilizar BH, com características peculiares de moradores do local, ou seja, um “o jeito de ser do mineiro”.

Fazem comentários sobre a cidade planejada (difícil de ser percebida por quem a visita hoje em dia), sobre os políticos e escritores famosos, e sempre arranjam motivo para falar sobre a culinária regional, formas gentis de sociabilidade com o “de fora”. As notícias compreendidas como depreciativas ficam sempre para mais tarde, quando a intimidade com o visitante for maior. Talvez, para compreender essa cultura singular, seja melhor recorrer ao próprio mineiro, José Murilo de Carvalho, que insinua ser o belo-horizontino o “encontro entre a modernidade e o provincianismo, a vanguarda e a paróquia”.

⁹ Segundo Arruda, Maria A. do Nascimento. Mitologia da Mineiridade: o imaginário mineiro na vida política e cultural do Brasil. São Paulo, Brasiliense, 1990. p.198. “O mineirismo se constitui uma expressão de uma sub-cultura regional. A manifestação quotidiana do mineirismo é a mineirice, enquanto um modo de aparecimento das práticas sociais inerentes aos mineiros e que servem para distingui-los de outros tipos regionais (...) a mineiridade tem as características do mito”

Após ler e reler os depoimentos em vários momentos, tentei destacar os principais temas que me pareceram mais relacionados às indagações presentes na pesquisa, *colhendo e separando os núcleos de significação ou sentido* que possibilitaram demarcar os limites das histórias e percepções pessoais, das relações e identidades de pertinência de grupos como professores e ou sanitaristas e das relações sociais mais gerais de pertença do tempo social.

“Nasci aqui mas fui terminado lá...”

Como já foi dito, a ESMIG, está localizada na cidade de Belo Horizonte; contudo, a maior parte dos profissionais encontrados durante a pesquisa expressaram a mobilidade social existente no estado, ao relatarem a localidade de nascimento e origem familiar.

O movimento migratório interno no estado de Minas Gerais, de grande intensidade até a década de 80, indica, do ponto de vista dos entrevistados ao expressarem as razões familiares da vinda para BH, a falta de oportunidade para dar continuidade aos estudos, conseguir emprego e acesso a bens de consumo e serviços.

Caracteriza a convivência de um estado com uma vasta extensão geográfica, inúmeras divisões administrativas municipais, mas que ainda apresenta poucos pólos de desenvolvimento, concentrando seus habitantes ainda na capital. No último censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 1996, – a cidade de Belo Horizonte apresentou 2.091.371 habitantes, a segunda cidade do estado. Contagem já cai para 492.214 habitantes, a terceira é Uberlândia, com 438.986 habitantes e a quarta, Juiz de Fora, com 424.479 habitantes.

“...eu nasci numa fazenda no estado de Minas Gerais, pertencente ao município de Fortuna, próximo a Belo Horizonte, (...) nós viemos para cá para que eu pudesse (pausa)

eu sou primeira filha e, na verdade, na cidade próxima de Fortuna, que a gente foi morar, só tinha até o curso primário, então nós viemos para cá, eu e minhas irmãs (pausa) nós somos 9 irmãos, a gente pôde ter ensino posterior, cursar ginásio...”
(1)¹⁰

“eu nasci em Minas Gerais, numa cidade que chama Morada Nova de Minas (...) o motivo da vinda foi escola, trabalho dos irmãos...” (6)

“...eu nasci em Ouro Preto, em 1 de dezembro de 1917. Vou fazer 80 anos esse ano. (...) Eu morei em Belo Horizonte até os 13 anos, meu pai foi diretor de obras, engenheiro da prefeitura.

Depois, eu voltei para Ouro Preto para terminar o ginásio e, aos 17 anos, voltei para fazer o curso médico em Belo Horizonte. Me formei em 1941...” (13)

“eu nasci em Pescador, interior de Minas, norte de Minas. (pausa) bom, deixa eu recuperar, tem um interesse de família, de buscar melhores condições para os filhos. Minha avó já tinha vindo e a avaliação deles na época era de que a cidade do interior não tinha condição para os filhos estudarem, constituírem uma formação básica para a vida, para o trabalho. Além da falta de assistência à saúde, condições de vida na cidade pequena (pausa) então, seria um pouco de melhoria de condição da família, uma perspectiva, um projeto de futuro...”
(9)

Já a geração mais nova encontra alternativas para os estudos, mas, mesmo assim, migra em busca de outras oportunidades para sua vida social.

¹⁰ Os entrevistados serão identificados por números que não apresentam

“eu nasci em Diamantina (...) eu sou formada em pedagogia pela Faculdade do Jequetinhonha, em Diamantina (...). Há dez anos eu moro em Belo Horizonte, foi uma articulação entre trabalho e necessidade de continuidade de estudo (...) uma defasagem de espaço, de circulação de informação que Diamantina acaba tendo. E, naquele momento, eu tive um convite da Superintendência de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde (...) foi um misto de convite de trabalho mas também de (pausa) batia com uma necessidade de estudar...”.(3)

Como comenta Bosi¹¹, *“... sofremos no dia-a-dia a inexorável divisão que nos constrange a deixar a casa pelo trabalho, a juventude pela maturidade e nos rouba do convívio mais caro. É a força do tempo social marcado por pontos de orientação, que transcendem nossa vontade e nos fazem ceder à convenção.”*

As oportunidades e projetos de vida profissional, no ambiente citadino da capital, marcam o fim da vida nas províncias, onde as relações sociais costumam ser mais circunscritas à lógica do “pedaço (...) que descreve uma forma particular de sociabilidade e apropriação do espaço”¹², mas nem por isso de subjetivação menos complexa, colocam o ambiente citadino como condição e exigência para suas vidas sociais, novos “pedaços” com lógicas e sociabilidades distintas a serem construídas na capital.

correspondência com a ordem de apresentação disposta no anexo.

¹¹ BOSI, Ecléa *Memória e Sociedade – lembranças de velhos*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1. ed., 1979. p.338-339.

¹² MAGNANI, José Guilherme. p.33.

***O movimento de enchente e vazante,
entre Estado e Municípios, no espraiar-se da ESMIG.***

Os professores percebem o desconforto em lidar com a situação recorrente nas administrações públicas de pautar suas ações reconhecendo somente as solicitações demandadas pelo mais próximo, pelo que está presente diante de suas vistas, pela pressão de grupos organizados, pelo poder econômico ou de voto, pelos municípios mais populosos.

“olha, ela pode até se declarar... eu acho que, oficialmente, ela nem pode falar isso, porque ela é uma escola estadual, portanto é voltada para o Estado, né? Na prática, é óbvio que ela serve muito mais a Belo Horizonte, porque o dado geográfico é um dado inevitável, então é claro que Belo Horizonte sempre tirou muito partido dessa Escola. E aí... vão as peculiaridades do momento, ora ela está dedicada mais a região, por mera questão de projetos, há projetos que vão pegar mais ou menos com mais importância uma região ou outra, mas, na prática, você não pode dizer que isso esteja na escolha dela. A escolha dela oficial, e aquela que ela se pronuncia, é a idéia de uma escola estadual, que lida igualmente com todas as regiões do estado e tal.” (11)

“Belo Horizonte e outras grandes cidades de Minas, sempre souberam usufruir da Escola. Então, se você olhar a demanda de alunos por curso, se você fizer esse tipo de conta, você vai ver que sempre tem gente das grandes cidades mineiras passando pela formação da Escola. A escola mineira, aqui em Minas Gerais, ela sempre foi muito importante para Belo Horizonte. Sempre foi. Belo Horizonte é um dos municípios inclusive que, ao longo do tempo, nunca perdeu seu reconhecimento em relação à Escola.” (12)

“(...) A gente chegou, nos últimos quatro anos, fazendo mapa de quem utilizava a Escola, quais as prefeituras, quais as cidades, o perfil econômico das cidades e a gente viu que a Escola estava respondendo à demanda de grandes prefeituras, de grandes cidades, cidades médias (pausa) e com prejuízo maior das cidades pequenas. (...) Porque termina que você corre o risco de estar também só formando um profissional que está aqui na área urbana...” (9)

“(...) No contexto dos pequenos municípios, a Escola, inclusive, teve que fazer um trabalho assim... de mostrar as possibilidades. Os municípios mineiros, e isso é peculiar em Minas, esse estado ser tão grande, tão diversificado, com muitos estados dentro de um só, então isso é muito peculiar realmente. Você pega o Jequitinhonha... as regiões mais pobres do mundo... O triângulo é aquela riqueza, então a gente teve que viajar muito e mostrar para esses pequenos municípios as possibilidades. Os secretários municipais são de primeiro grau... ou de segundo grau... como é que monta um sistema de saúde, num município que não tem nada... ou que tem a presença da Fundação Nacional de Saúde...” (12)

O Estado de Minas Gerais, na divisão federativa, é um dos que apresenta o maior número de municípios. Isto é reflexo de políticas federais que, seguindo o “canto da sereia”, orientaram políticos para a ação inconseqüente de emancipação de bairros, vilas, pequenos lugarejos que se transformaram em municípios, sem as mínimas condições para ter autonomia político-administrativa, no intuito de obterem arrecadações de tributos e recebimento de incentivos fiscais federal e estadual, além dos interesses eleitoreiros. Como consequência, num período de 15 anos, houve uma verdadeira explosão de divisões administrativas municipais.

Se esses pequenos municípios não conseguem se estruturar de forma a adquirir uma dinâmica local que possibilite o mínimo de organização dos serviços públicos relacionados à saúde, educação, transporte, habitação, apoio a agricultura familiar, serviços bancários e de comunicações, saneamento básico, sistemas de tratamento de água e força elétrica, o que dizer de fixar profissionais de saúde em locais com tantas adversidades?

Os problemas decorrentes tornam-se de difícil encaminhamento. Parece que uma tentativa de enfrentamento está sendo a criação de consórcios intermunicipais de saúde que objetivam o reordenamento dos serviços e gastos públicos no sentido de gerar uma possível “solidariedade administrativa”, a nível local e regional.

Parece que o movimento de municipalização na saúde, que começa a ganhar fôlego na década de 90 no Brasil, intensificou as relações entre municípios e a Secretaria de Saúde do Estado, criando novas demandas à escola.

Caminhos comuns, mas expectativas de formações distintas

Os caminhos das escolas de abrangência nacional são muito parecidos com o das escolas regionais. Sua distinção será na organização do curso *stricto sensu*, o que leva a ter boas bibliotecas recursos de infra-estrutura, quadro fixo de funcionários e recursos do governo federal. Mas, as dificuldades em ser professor tendo como origem a longa prática dos serviços e, mais que isso, o interesse em manter-se próximo a sua estrutura, leva a grandes semelhanças com o colega das escolas regionais.

Os professores e diretores, sabem que existem diferenças entre a escola em que trabalham e a ENSP e FSP. Em suas falas, pode-se perceber um certo orgulho e valorização da peculiaridade de desenvolver seu trabalho voltado aos serviços. Porém, transmitem também o sentimento de perda, pela ausência de autonomia e forte subordinação às outras escolas e à secretaria da saúde.

Um aspecto que chama a atenção é que existe claramente uma diferenciação que marca, no imaginário da escola, sua relação com a ENSP e FSP, que conservam a imagem, diante das demais, do “*locus adequado*”, como previsto pela Fundação Rockefeller, na década de 10, e mantido pela OPS, na preparação de técnicos para assumirem cargos na administração em saúde pública e na formação para a pesquisa.

Em relação à primeira característica, as escolas regionais têm dado conta de responder, sendo pouco desenvolvida a segunda característica, que poderia levar a realçar maior legitimidade na política de formação de pessoal sanitário no país.

“... nós temos uma dependência externa muito grande, então não é o professor da ESMIG, né, no nosso caso, por exemplo, nós trabalhamos com o pessoal da ENSP, da UNICAMP, da Saúde do

Ceará, então eu não vejo professor da ESMIG, muito embora eu tenha falado que esses anos...mas eu não vejo isso...entendeu, professor da ESMIG, isso não existe. Mesmo porque a Escola não existe, isto não é uma escola...é uma escola especial, diferente, e a gente tem essa dependência externa sim, aliás é maravilhoso, acho muito rico, muito interessante.” (5)

“quando eu entrei em 92... eu tinha uma expectativa muito grande, no sentido de que... não havia em Minas Gerais, nenhum órgão na área de ensino, não havia ninguém interessado em propostas mais sérias direcionadas para os serviços de saúde. A universidade, especificamente o departamento de medicina preventiva, não tinha ainda o mestrado em Saúde Pública, né, nessa época e na verdade não tinha... no meu entender... nessa época os profissionais daqui eles não tinham direcionamento para a área de serviços de saúde...” (1)

“quando eu entrei a Escola era bem diferente do que o atual. A Escola trabalhava com cursos (pausa) trabalhava num setor de treinamento e avaliação, que hoje no organograma ainda existe, mas informalmente ela não atua mais. Então, minha expectativa na época era poder estar dando uma contribuição para a FUNED, dentro dessa área, e eu acreditava muito nessa área, a Escola desenvolvia muitos pequenos treinamentos.” (4)

“Quando eu vim para a Escola, eu tinha uma expectativa de me aprimorar, que a Escola me oferecesse muitas oportunidades para eu crescer dentro da pedagogia, do magistério, e até fiquei meio frustrada porque ela não me ofereceu isso.” (5)

“Bom, na época que eu entrei, a minha expectativa mais forte, que eu me lembro, eu acho que isso foi mudando também, era da possibilidade de desenvolver projetos da natureza que estava

desenvolvendo, que eu achava que também a Escola tinha que ter um projeto de extensão, um projeto de discussão com os serviços, com os usuários.” (9)

Sobre as mudanças de enfoque dos cursos no período entre 1947 e 1990, em levantamento nos registros escolares, observa-se que os cursos, de 1947 ao início da década de 70, estavam voltados às necessidades de responder aos quadros nosológicos apresentados no estado mineiro – curso de Saúde Pública que envolvia estatística, parasitologia, bacteriologia, microbiologia, doenças transmissíveis, higiene industrial, epidemiologia, saneamento urbano, saneamento rural, higiene mental e infantil, nutrição e organização sanitária. Em 1949, exclui-se a higiene industrial e, em 1950, inclui-se higiene materna e, em 1952, leprologia, tisiologia, venereologia e medicina tropical. Em 1960, é incluída a imunologia.

Os cursos de Especialização e Aperfeiçoamento giravam em torno das mesmas temáticas, o que variava era o grau de detalhamento e habilidades necessárias em torno da especialidade: Chagas; febre amarela e tifóide, hanseníase, leishmaniose visceral; tétano; tuberculose; bócio; esquistossomose e malária, além da mortalidade infantil por doenças por razões de ausência de saneamento e causas como diarreia, cólera.

A Escola oferecia, também, os cursos para formação de pessoal auxiliar – Guarda Sanitário, Escrevente Microscopista, Educadora Sanitária, Elementos de Nutrição e Higiene da Alimentação, Visitadora Sanitária, Dietista.

Segundo o relato do primeiro diretor da Escola, Dr Cid Lopes, o primeiro curso foi o de malariologia, *“pela necessidade de pessoal capacitado para os serviços de profilaxia de malária”*.

A existência do serviço de malária acelerou a necessidade de formação de pessoal.

“Aqueles que cuidavam do serviço de malária eram, assim, formados na tarimba, na prática, muitos eficientes, mas sem as complementações necessárias aos seus conhecimentos práticos (...).”

Em março de 47, foi realizado o primeiro curso de Saúde Pública, a pedido da Secretaria da Saúde, identificado por Curso Normal de Saúde Pública, tinha duração de 1 ano e era ofertado somente aos médicos.

“... Bem, houve uma influência bastante grande no ambiente de Saúde Pública, quando começaram a funcionar esses cursos. Muitos médicos, que começaram, no fim de algum tempo já diziam – estou com uma mentalidade totalmente mudada, pensei que esse curso não valesse nada... e estou vendo que ele modifica a minha mentalidade em relação a Saúde Pública. (...) a organização desses cursos de especialização, de lepra, de tuberculose, de doenças tropicais e de profilaxia de doenças venéreas.”

Na década de 60, a escola começa a responder às solicitações da Secretaria e municípios com oferta de cursos diversificados e mais especializados. Voltar-se mais para o treinamento, como comenta o diretor, significou, na verdade, adestrar profissionais aos programas gerados pelo Ministério da Saúde, responsável pela elaboração ou tradução de manuais difundidos pela OPS por toda América Latina.

“a gente já pensava era não dar cursos formais e mais entrar na área de treinamento de pessoal. Então, assim, nós fizemos vários cursos, por exemplo, de epidemiologia, de uma profissão que nós criamos que chamava coordenador de saúde e que tinha a

seguinte função: prestar serviços em casa, ao mesmo tempo fazer um trabalho de educação sanitária, pequenos serviços de enfermagem e organização da comunidade (...) a idéia era descentralizar o serviço e com isso, então, nós passamos a formar pessoal de supervisão para o que se chamava, na época, de distritos sanitários, que eram localizados nos principais pontos de desenvolvimento do Estado, e que tinham pequenos grupos sediados ali, para fazer a supervisão daquela área de trabalho (...). A Escola teve fases de altos e baixos... em que tinha muito trabalho com treinamento de pessoal, principalmente o pessoal engajado já, e formação de auxiliar de saneamento, formação de educadoras da saúde, formação de auxiliares de saúde, de auxiliar de enfermagem, enfim, vários tipos de pessoal... de acordo com a necessidade de cada regional.” (10)

“uma coisa que é muito discutida aqui na Escola é a questão da clientela, né, quem é a nossa clientela (...). Existe um certo momento que a nossa primeira clientela é a Secretaria do Estado da Saúde, mas nós temos outros interlocutores, nós temos grupos técnicos, os próprios municípios. O principal é a Secretaria de Estado da Saúde, que é a mantenedora dessa Escola. Os grupos técnicos estão dentro da Secretaria de Estado da Saúde e tem necessidade de desenvolver processos educativos. E tem esse outro lado, que a Escola de Saúde pode atuar, com seus outros parceiros, os municípios são os principais.” (1)

“eu acredito que a Escola tem um papel superimportante na estruturação, no apoio e estrutura dos serviços em Belo Horizonte. Durante um bom período, a Escola recebeu muitos profissionais da prefeitura de Belo Horizonte; então, a formação de gerentes, de auxiliares de enfermagem, o nível médio aí da odontologia, e você pega também toda a parte de enfermagem,

treinamentos, capacitação de secretários, formação na área de epidemiologia, vigilância.” (1)

“Nós estávamos com um projeto que é uma das características da Escola... essa proximidade com serviços de saúde... é isso que eu acho que é a principal característica nossa.” (12)

“a ESMIG, ela tem uma importância muito grande no sentido de que ela está ligada, muito próxima do serviço de saúde, das demandas do serviço de saúde, sabe. Então, ela percebe mais facilmente, até porque a maior parte dos profissionais da ESMIG são profissionais (pausa) oriundos dos serviços.” (1)

Os “serviços” ganham importante significado na verbalização dos sanitaristas e professores como campo de identidade. É exatamente aí, na atividade “de campo”, em laboratórios, na própria administração pública ou nas unidades e equipamento de assistência, que está seu objeto e que ele é valorizado. Nos demais locais, sua *áurea* desaparece. É possível observar que, no ambiente escolar, os próprios alunos dão preferência a professores oriundos dos serviços sanitários ou que ainda mantém estreito vínculo de trabalho com a prática sanitária ou ambiental. Nas escolas, as vivências sanitárias e os cargos administrativos ocupados valem mais do a carreira acadêmica.

A diferença vai se explicitar no momento de realização do *stricto sensu*, onde o enquadre da CAPES – Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação, exige padronização de critérios para produção acadêmica.

A voz do dono

Um aspecto que chama a atenção, quando analisamos as falas, está situado na complexa relação entre as instituições e os interesses políticos do *staff* governamental, interferindo diretamente no cotidiano da Escola.

As interferências, geralmente para fins de respostas políticas de interesse imediato, proporcionam muitas frustrações e/ou, como mostram alguns entrevistados, subterfúgios para conseguir “sobreviver” realizando ações em que se acredita.

“Na época estava o SUS, né, aqui em Minas Gerais havia uma política totalmente contrária ao SUS, à municipalização, nós estávamos, na época do famoso desgoverno de Newton Cardoso, a área de saúde foi uma das mais afetadas por uma política totalmente de arrasar a área de saúde pública. Então, nós fizemos aqui o que foi chamado de Expresso SUS¹³, um pequeno grupo, nós íamos pelo interior afora (pausa) prestando assessoria em termos de planejamento, sensibilizando os municípios para a questão do SUS e da municipalização...” (2)

“Em 92, quando o curso começou, era uma relação tranqüila, sabe... porque a direção do estado era uma direção que tinha interesse na área de saúde pública (...) que é um dos problemas as escolas ligadas aos serviços, na verdade é muito conjuntural...” (1)

“Basicamente, essas relações podem ir desde extrema cooperação até absoluta antagonização da... essa é uma questão política. São cargos que geralmente são preenchidos

¹³ SUS Sistema Único de Saúde. Sistema que rege a política nacional em termos de Saúde Pública no Brasil. Regulamentada na Constituição Brasileira, promulgada em 1988.

politicamente... e isso existe uma interferência muito grande dentro da... Se há uma sintonia entre a Secretaria, a Fundação e a escola... tudo vai correndo.” (2)

“Essa Escola tem uma trajetória...dos 10, 15 últimos anos com alternância de direção muito grande e com tendências radicais polarizadas e, com isso, deixou uma não seqüência no trabalho, uma descontinuidade, que também me parece ser um arquétipo, que interfere muito na maturidade da casa hoje, onde as pessoas dizem: será que isso vai continuar? será que isso vai?” (3)

“Ela (Escola) tem que romper com essas amarras políticas, porque é o que mais interfere, realmente... essa questão do diretor ser indicado, isso é horrível.” (5)

“Acho que, a cada diretoria, a gente corre o risco de estar privilegiando alguns projetos. Acho que isso faz parte da direção, da linha de cada diretor. Agora, a gente periga perder um pouco da história institucional, das experiências construídas quando a gente também não incorpora esses projetos de uma forma efetiva.” (9)

“a gente sempre esteve na maior parte do tempo a gente esteve na contra hegemonia, de que a Escola não está ali para dar lucro... E, nos momentos em que a gente conseguia perceber que recursos humanos eram um investimento e não um gasto, a Escola conseguia crescer. Então, em 95, o que aconteceu foi que esse discurso voltou muito fortemente, o discurso da produção, o discurso de que a gente... a Escola, além de ser produtiva tinha que produzir dinheiro. Então, de venda de serviços, que a Escola vendesse serviços. E nós estávamos na discussão aos municípios... você vê... são 700, 800 municípios...

então a gente estava tentando abrir o leque da Escola... para que essas regiões mais carentes pudessem ganhar e crescer em termos de conhecimento de saúde... e o que veio em seguida é que o município que procurasse e que tivesse formas de comprar cursos da Escola (...) quando retornei de férias vi que a equipe tinha sido desfeita, as pessoas tinham sido desligadas. Aí pedi minha demissão.” (12)

“havia um grupo que trabalhava na Escola e também para essas reuniões, eram chamados os chefes de departamento da Secretaria de Saúde. E esse grupo, então, é que dizia das necessidades de treinamento em uma ou outra área, de acordo com o interesse das regionais (...) mas nunca havia, assim, uma (pausa) uma condição de aceitação explícita, normal... e sem atrito, não. Sempre havia atritos entre o próprio Secretário, que desejava politicamente fazer determinada orientação, num determinado sentido, e os técnicos que queriam então fazer mais pessoal para o serviço, o pessoal trabalhando em serviços...” (1)

A queixa ou constatação desses profissionais sobre o comprometimento da continuidade dos projetos, no processo de alternância política, são comuns de se verificar em toda a administração pública. Se, por um lado vêm como vantajosa a vinculação com a secretaria de Saúde, como forma de garantir a presença e eles próprios se manterem presentes na organização dos serviços sanitários, esses profissionais negam a possibilidade de se pensar a escola como uma instituição com maior autonomia e passível de ser pensada de forma dinâmica e integrada ao cotidiano do fazer sanitário.

A dificuldade em se construir o espírito de corpo

Entre as idas e vindas nos espaços onde “as coisas acontecem”, nossos entrevistados explicitam as dificuldades de se criar um grupo fixo, um corpo docente, que pense a escola como um todo, que sistematize experiências e conhecimentos adquiridos, que consiga fazer propostas e não somente aguardar a voz do dono.

“Eu acho que a escola ela tem que ser também um espaço de produção de conhecimentos, sabe, e para isso ela tem que ter um corpo docente mais fixo.” (1)

“Ela sempre viveu nesta ambigüidade, de ser uma universidade, ou ter as características de uma universidade, com um corpo docente fixo, atividades que dariam força e perenidade maior da Escola, ou esta característica mais leve, dela ter um corpo muito mais do tipo de pessoal capaz de lidar com projetos, ao mesmo tempo ser capaz de dar aula (...) ela tem um corpo docente, que hoje não atende, mas é porque este corpo docente, na medida que cruza com as questões do serviço público, começa a ter... a história do fulano que está aqui não sei desde quando... que vai se aposentar...” (11)

“Uma das preocupações que a gente tem hoje é tentar caminhar nesse sentido de definir um corpo mínimo da Escola...” (9)

***Crises, autoestima, sonhos:
ingredientes na trajetória dos profissionais***

Apesar de todas as agruras, os professores apresentam boa percepção e clareza sobre os problemas a serem enfrentados. Reconhecem que existe uma crise na escola mas que ele será superada, ou que se conseguirá dar um melhor encaminhamento, se for pensada num contexto político de desmanche dos serviços públicos e de colocação em segundo plano propositadamente das políticas sociais que venham a, efetivamente, transformar minimamente o quadro sanitário brasileiro. A crise é institucional, mas também estadual e nacional, mesmo que só possa encaminhar projetos no terreno mais próximo, sem perder de vista o contexto em que está mergulhada.

“Olha, eu acho que toda área de saúde pública em Minas Gerais está passando por um momento de crise, não sei se só em Minas Gerais...” (1)

“A Escola de Saúde, por ser uma escola de Saúde Pública ela está dentro de uma frigideira, na qual está colocado todo o serviço público (...) a solução é dispensar, já que o maior gasto é em pessoal, então dispensa-se. Se a pessoa é necessária ou não...” (2)

“Eu acho que a Escola continua voltada, dentro de todas as suas vicissitudes, de toda sua problemática que nós poderemos discutir, a tentar formar o sanitarista. É, por vezes, o sujeito da pós-graduação e, por vezes, o sujeito de nível médio, que vai assumir administrações sistêmicas e tal.” (11)

Nossos personagens, ao recordarem suas experiências, explicitam de forma emocionada o espaço concreto e simbólico que a ESMIG deve continuar ocupando no estado de Minas Gerais.

“Você tem que formar sanitarista, sim. Não precisa chamá-lo de clássico, ele vai adequar seu perfil em função daquilo que a

política de saúde do estado, momentaneamente, a faceta que ela está tomando, hoje é mais administração... administração de sistemas. Mas, ele tem que vir do paradigma do coletivo, da epidemiologia, de pensar sistema, de pensar coletividade. Isso tem de ter um “locus” que forma isso, o lugar privilegiado no estado de Minas Gerais é a Escola. Se ela não fizer isso, eu não sei quem vai fazer. E não dá mais para buscar no mercado, os municípios precisam dessa gente, ele vai ter que entender de vigilância sanitária, vigilância ambiental, recursos humanos... é uma série de demandas que hoje aparecem, dada a complexidade que você vai tendo no campo da saúde, mas que sempre vão ter este ramo comum, que é do sujeito que pensa a questão do coletivo, que pensa a questão da saúde no âmbito do direito, no âmbito da população e tal. E essa gente, ao meu ver, só pode ser formada aqui (...). Isso não fecha a necessidade de saúde da população, não tem jeito. Então, eu preciso ter um grupo de gente que, além dessa formação, porque a Escola não dá isso, vem o enfermeiro, o médico, o psicólogo, o fisioterapeuta, mas ele tem que passar... uma retomada do seu conceitual para ser colocado na percepção de como a saúde se coloca politicamente no país, que tipo de demanda que eu tenho, como se comporta a minha população... do que ela adoece... que tipo de serviço eu vou ter que instalar... como gerencio esse serviço, quais são os dados de informação que eu preciso coletar para... Esse é um tipo de abordagem, de aproximação, de problema, que não é o sujeito que sai da universidade... habitualmente, a não ser que a universidade mude, seria bom que a universidade mudasse, que ela também tivesse esses espaços, aí você não precisava nem mais... isso se agregaria, isso passaria a ser um anexo para estudar

problemas específicos... está certo? Mas não é verdade infelizmente...” (11)

“O que me dá a impressão, tendo vivido esses treze anos... Eu não vejo, no meu entender, o estado de Minas Gerais, eu acho que isso é geral, para todos os estados, estou falando só de Minas... mas não há uma compreensão do estado, da função desta Escola, de jeito nenhum, até porque não há do âmbito saúde. E não havendo, é muito difícil que se perceba com clareza o instrumental que você pode colocar aqui dentro. (...) Você está deslindando essa questão público – privado, então tudo isso faz com que os representantes que chefiam carreguem para dentro dos seus cargos essa ideologia. Raramente você tem, por isso, a importância de você formar o pessoal da saúde com esta visão sistêmica, gente que, quando dirigindo, tem esta clareza de onde é que está, do que está propondo. Então, é aquele inferno, que o pessoal brinca... O cara mexe com câncer, então ele é chefe e quer que desenvolva um programa de câncer, porque é disso que ele entende, é dessa origem que ele veio, sabe? Ele é dentista? Então, tudo para os programas de odontologia. E não é assim, você precisa fugir dessa característica do profissional que executa, e isso é difícil, e a Escola vive muito isso, ela vive essa vicissitude, como vive o estado de Minas, ao formar seu pessoal como acredito que todos os estados brasileiros... isso aí não é peculiar a Minas Gerais... O que há de diferente é que, circunstancialmente, Minas Gerais tem uma escola, ela tem um aparato, tem um instrumento para poder usar, no meu entender, no meu modesto entender, muito melhor do que ela usa. Até gastando pouquíssimo dinheiro, como ela gasta, nessa Escola. Ela poderia utilizar de uma maneira muito melhor se tivesse

clareza, se tivesse... se não fosse um lugar meio esquisito, que a gente não sabe bem para que serve... entende? (11)

“... posso te dar uma perspectiva otimista e uma perspectiva pessimista. E não sei hoje... não faço futurologia para dizer para você o que vai acontecer com ela. (...) então a Escola tem espaço para continuar formando gente, pesquisando, estando envolvida culturalmente com essas questões... Aqui, você consegue estabelecer um núcleo efetivo de gente com essas características, com esse perfil, então dar continuidade à Escola até o momento em que saúde se coloque realmente como uma política social no país e aí ela vai ter o campo dela aberto, vai conseguir realmente dar uma boa contribuição.

Na perspectiva pessimista, ela engana, continua esse chove-não-molha, você diz que está fazendo saúde... você faz alguns cursos, você faz algumas pesquisas, você tem um pessoal que vai levando e tal... e ela permanece... Eu queria ter a esperança, porque eu sempre fui uma militante na esperança desse país: eu acho que ele muda, com todos os percalços eu acho que ele muda... então, na minha pregação militante, eu espero que a Escola se mantenha, bem ou mal, ela continue, porque se ela fechar, se ela deixar de existir perde-se um espaço precioso. E, em algum momento, você começa realmente a fazer política social nesse país de uma maneira séria, que você tenha dirigentes que entendam, que venham para a área da saúde realmente querendo, não resolver o problema do seu hospital, da sua região, da sua clínica, mas que realmente entendam de desenvolver o sistema de saúde. Então, a Escola vai ter, sem dúvida nenhuma, um papel importante, que nesse momento ela não tem. Eu tenho clareza disso.” (11)

“olha, eu, durante muito tempo da minha vida, eu cresci com o sonho sanitarista... meu pai foi Secretário de Estado de Saúde algumas vezes, então, eu sempre estive marcada por essa coisa. Então, os sonhos eram... além de tudo muito acalentados, não eram sonhos superficiais.(...)”

Talvez assim... daqui a 10 anos... se outra pessoa vier fazer uma pesquisa, eu diga outras coisas... mas eu não consigo também agora ser tão neutra que eu diga assim... o próprio discurso meu, o discurso meu... a história continua e cada um... cada momento histórico tem a sua verdade, o processo social... mas como ator de um determinado processo, eu tenho que dizer a minha parte. Como autor não é de fazer análise, é de contar o caos e aí você analisa, entendeu, não estou em condições de fazer uma análise hoje... mas eu acho que houve uma reversão (...)interesses privados, privatizantes... comerciais... e que enfraqueceram a Escola.

Eu tenho, assim, um carinho muito grande pelo prédio, pelas pessoas... que a metade da minha vida está lá... Então, eu ficaria muito feliz se a Escola parasse de flutuar... que ela achasse um porto legal para ela.”

Perguntada se ela acha que tem condições de achar esse porto, responde:

“Eu acho que tem, eu acho que tem... eu continuo acreditando na política... porque não é... Em termos de concepção, é uma boa idéia, a Escola é uma boa idéia... em termos de... ela não é dispensável, ela está bem concebida... eu acho que em termos de necessidades... tudo isso justifica... E a Escola, ela tem que ter o seguinte: esse conjunto de fatores políticos, sempre

políticos, que dêem a ela essa capacidade, essa estabilidade, para que ela se desenvolva tecnicamente. Esse é o sonho.” (12)

As décadas de 60, 70 e 80 marcaram profundamente, no Brasil, mudanças nas concepções sobre responsabilidades e deveres sobre as políticas públicas de saúde.

Como analisa Bertolli Filho, os governos comandados pelas Forças Armadas, iniciados em 1964, no Brasil, transformam de maneira profunda e com conseqüências e desdobramentos até os tempo atuais as políticas sociais, particularmente a saúde. *“Sob a ditadura, a burocracia governamental foi dominada pelos tecnocratas (políticos ou administradores que defendem políticas públicas baseadas em princípios e critérios técnicos e econômicos, desprezando os aspectos sociais e políticos) civis e militares, unidos em torno do lema ‘Segurança e desenvolvimento’”*¹⁴.

Ocorrem, também, mudanças nos campos da ética pública, instalando-se de forma genérica a cultura da arbitrariedade, dos favorecimentos ilícitos e da tecnocracia estatal. *“O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à Saúde Pública. Aumentadas na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura.*

Em nome da política de “segurança e desenvolvimento”, cresceu o orçamento dos Ministérios Militares, dos Transportes e da Indústria e Comércio. O Ministério da Saúde, enquanto isso, teve de se restringir quase que somente à elaboração de projetos e programas, delegando a outras pastas, como as da Agricultura e da Educação, uma parte da

¹⁴ BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da saúde pública no Brasil*. Série História em movimento, São Paulo, Ática, 1996. p. 49.

execução das tarefas sanitárias. Tal decisão não trouxe melhoria aos serviços de saúde.”¹⁵

Além da diminuta participação do Ministério da Saúde no Orçamento da União, na década de 70, incrementa-se, por parte do governo, o número de planejadores que, ao mesmo tempo que constróem indicadores de “saúde”, controlam informações de segurança nacional, entre outras, as informações sobre as epidemias de meningite, em 1971 e 1974, e o aumento da dengue e malária presentes de forma endêmicas, até o período atual.

Na cultura do arbítrio, o setor da medicina¹⁶ privada ganha espaço e *“começa a pressionar o governo federal e os governos estaduais a restringir ou mesmo interromper os planos de construção de hospitais públicos (...) os proprietários de casas de saúde defendiam a posição de que o Estado não deveria competir com a medicina privada: deveria fazer doações e empréstimos a juros baixos para que os empresários criassem uma grande rede de clínicas e hospitais. Essa rede venderia seus serviços à população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo.”* p. 43

Retornando, no país, os governos civis, não se constata alteração em relação a política de “saúde”, ela prossegue como sendo um “bom negócio”. *“A entrada no país de um grande volume de capitais estrangeiros imediatamente deixou claro que o investimento na área de serviços médico-hospitalares privados poderia ser um negócio extremamente lucrativo.(...) Os investimentos internacionais na área*

¹⁵ Idem. p. 51.

¹⁶ Enquanto o governo dava todo o tipo de apoio ao setor da medicina-assistencial, nacional e internacional, só para darmos um exemplo, o sanitarista e infectologista Prof. Dr. Luís Hildebrando Pereira da Silva cassado de seus direitos de professor na Faculdade de Medicina da USP, passa a trabalhar no Instituto Pasteur de Paris, até 1998. Em 1999, o Prof. Ildebrando, retorna às suas atividades de sanitarista e professor e incorpora-se ao Centro de Pesquisas em Medicina Tropical de Rondônia, um *campus* avançado do Departamento de parasitologia da FM/USP, e constata que a ações de controle da malária e da dengue, no Brasil, 30 anos depois, praticamente não existe.

do seguro-saúde mostraram-se altamente rentáveis: calcula-se que atualmente apenas 25% das verbas arrecadadas são aplicadas no atendimento aos conveniados, na manutenção da burocracia e nas campanhas publicitárias. O restante representa lucro líquido. Esse fato animou tais empresas a diversificarem a aplicação de suas verbas, adquirindo hospitais e clínicas e, em alguns casos, incorporando faculdades de medicina.” p.58.

Mas a História tem seus reveses: o sistema privado, para ser lucrativo, tem que ser pago pelo consumidor. No quadro atual de desemprego em massa, empresas rompem os convênios coletivos de saúde de seus empregados e os conveniados individuais ou familiares cada vez mais se tornam escassos.

No movimento pendular, a política neoliberal, implodiu a estrutura operacional do Estado, provedor das políticas públicas e responsável pela proteção à saúde de seus cidadãos, mas, mesmo antes da virada do século, recebe de volta as pessoas que acreditaram que sua “saúde” estaria garantida a partir da comercialização médico-assistencial promovida por seguradoras de serviços.

A última epidemia de dengue, em Belo Horizonte, em janeiro de 1998, quando mais de 4.700 pessoas apresentaram os sintomas, já anuncia que as epidemias deixaram de ser uma preocupação dos grupos com baixo poder econômico, atingindo de forma ampla os diversos segmentos sociais urbanos.

Certamente, o modelo econômico e de governabilidade deixado pelo regime militar, acrescido da abertura ao comércio exterior dos insumos utilizados pela assistência à saúde e a ausência do governo na implantação das políticas sociais, desde o início da década de 90, vem influenciando um pensamento de descrédito, que permeia os centros formadores sanitários.

O dilema manifesta-se na medida que se dá pouca importância à formação de profissionais para realizar as ações sanitárias e, quando se olha no entorno, as circunstâncias anunciam imperiosamente a necessidade dessa formação para atuar na esfera pública.

Resta-nos perguntar, como fez a professora da ESMIG sobre a formação: *“se a escola de saúde pública não fizer, quem vai fazer?”*

A escola procura seu caminho

Apesar de a ESMIG, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, atender a todo o Estado de Minas Gerais, as fotos possíveis de serem localizadas em seu acervo restringem-se à própria escola ou às ações realizadas no município de Belo Horizonte – onde se encontra –, como a atividade de estágio das alunas do Curso de Visitadoras Sanitárias. Parecer ter sido esta a forma que a Escola escolheu, até o período do estudo, como preservação e divulgação de sua imagem. Os aspectos institucionais são prioritariamente valorizados, sobrepondo-se às outras atividades.

A tradição nos remete à memória dos grandes eventos. O registro fotográfico do idealizador da Escola, na época governador do Estado de Minas Gerais, Juscelino Kubtschech, aparece como paraninfo, na clássica pose, ocupando o lugar central de destaque, tendo, aos lados e ao fundo, aproveitando os degraus para possibilitar o desnível, as formandas. Trata-se de uma foto absolutamente formal, documento de um momento solene dos primeiros anos da vida da Escola.

A foto do primeiro Diretor da Escola, Dr. Cid Ferreira Lopes, é também formal e foge de uma situação natural. Ela contém todos os ingredientes necessários para a expressão das qualidades consideradas importantes para um diretor de Escola. Ele (no personagem de diretor) aparenta estar ditando alguma comunicação à secretária,

valorizando a hierarquia do seu papel e transmitindo a imagem de pessoa importante e responsável, absorvida nas suas inúmeras tarefas. A foto registra, também, os elementos necessários para conotar um ambiente de escritório.

A foto do trabalho de campo das visitadoras completa o conjunto das fotografias anteriores, parecendo que todas foram tiradas no mesmo dia. Novamente, as personagens importantes são as visitadoras e o povo é quase que apenas um pano de fundo. Todos estes registros podem ser interpretados como uma ação intencional de extensão da escola à comunidade que mereceu ser imortalizada. É clara a intenção documental de cada um deles.

A sala de aula é outro aspecto importante, que pode transmitir uma imagem de seriedade da Escola. A pedido do fotógrafo, as primeiras cadeiras foram viradas para a câmara, de forma a permitir maior detalhe das fisionomias. O curso na época era dirigido predominantemente a alunos do sexo masculino.

As duas fotos (dispostas no início e no final deste grupo de fotografias), que apresentam a estrutura construtiva da escola e sua arquitetura imponente, embora sóbria, não fazem parte do acervo da Escola. Foram tiradas mais recentemente, com o objetivo de levar o leitor a se familiarizar com o ambiente que se constituiu em um dos principais cenários desta reflexão sobre a saúde pública, sua história e seu futuro.

Ambas são fotografias coloridas recentes (uma foi tirada em 1997 e a outra é de 1998) que contrastam intencionalmente com as

outras, em preto e branco e que refletem outra época e outra tecnologia.

Foto Hallan de Oliveira, 1997 Fachada da Escola de Saúde de Minas Gerais. Av. Augusto de Lima 2061 com Rua Uberaba.

Formatura das Visitadoras Sanitárias, 1954. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. A frente, o governador Jucelino Kubtschech e a enfermeira Cléria Luizá Gonçalves Pinto. Acervo da Biblioteca da Escola de Saúde de Minas. Belo Horizonte.

Dr. Cid Ferreira Lopes, primeiro Diretor da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Acervo da Biblioteca da Escola de Saúde de Minas, Belo Horizonte. s/d.

*Alunas do Curso de Visitadora Sanitária em trabalho de campo.
Acervo da Biblioteca da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. s/d.*

*Sala de aula. Curso de Saúde Pública.
Acervo da Biblioteca da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. s/d.*

*Foto Mariangela Leal Cherchiglia, 1998.
Escola de Saúde de Minas Gerais.*

CINCO

Afinal, o que é mesmo que o sanitarista faz, na década de 90?

*“Deu meia-noite, a luz faz o claro
Eu lá subo nos aros
Vou brincar no vento leste
Aranha tece puxando o fio da teia
A ciência da abelha
Da aranha e a minha
Muita gente desconhece (...).”*

Luiz Viera e João do Vale¹

É em termos das mudanças que vêm ocorrendo na Reforma do Estado e nas chamadas carreiras de governo que devemos procurar compreender sob quais circunstância as práticas sanitárias permanecem ou entram em colapso na realidade brasileira. A crise que se coloca em relação à pertinência de serviços e da formação de agentes sanitários, expressa dilemas morais e éticos sobre as instituições e sobre o novo capitalismo, que recoloca em outros patamares as relações entre inclusão e exclusão sociais, políticas sociais e de proteção, promoção, diretos e solidariedade social para o século que se inicia, com consequências concretas na vida das pessoas.

Os agentes sanitários têm sua origem, na criação da Fundação Nacional de Saúde – Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado durante a 2^a Guerra Mundial, a partir de um acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, realizado no Rio de Janeiro em 1942².

¹ *Na asa do vento.*

² Guia de Acervo. Arquivo de Imagem e Som do Instituto Oswaldo Cruz. Fundo Fundação Serviços de Saúde Pública. FIOCRUZ. 1996. p. 61-63.

Suas atividades começam, com o objetivo de controlar os altos índices de malária e febre amarela que atingiam os trabalhadores da zona da extração da borracha e minério de ferro, na região da Amazônia e do vale do Rio Doce.

*“Atuou junto ao Departamento Nacional de Imigração, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e também na Comissão Administrativa de Encaminhamento de trabalhadores para a Amazônia, prestando assistência médica aos trabalhadores nordestinos enviados aos seringais através do Programa de Migrações (...) em 1943, um serviço semelhante em torno da exploração do minério de ferro de Itabira, MG, chamado Programa do Rio Doce, na intensificação da exploração de jazidas de mica e quartzo nesta região...”*³

Na década de 50, o SESP, além de realizar as atividades básicas – assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis –, passa a desenvolver pesquisas em medicina tropical, em Belém, pelo Instituto Evandro Chagas.

Através da lei nº 3.750, de 1960, o SESP transforma-se em Fundação de Serviços de Saúde Pública, atuando em todas as unidades da Federação e em atividades específicas junto aos municípios, na construção e monitoramento dos sistemas de abastecimento de água e tratamento de esgoto.

No final da década de 60 e década de 70⁴, o SESP vai perdendo seu prestígio de fundação executora das ações médico-sanitárias e na administração dos sistemas de abastecimento de água e esgoto, passando essas ações para os municípios e empresas estaduais.

³ Idem. p. 61

⁴ Na década de 70, um conjunto de ações arbitrárias governamentais, atingiu os sanitaristas - censura sobre informações epidêmicas e endêmicas, esvaziamento das funções da FSESP, o episódio conhecido como o “Massacre de Manguinhos”, que derivou na cassação de um grupo de cientistas, dos direitos de exercerem suas atividades profissionais, e outras perseguições em vários municípios brasileiros.

Nesse período também se dá a grande virada nas políticas públicas de assistência médica, os *lobbies* recaem sobre programas e infra-estruturas que ofertem a atenção individualizada, com o uso de alta concentração tecnológica e a disseminação do uso de medicamentos como sinônimo de saúde. Começa a se gestar uma *nova representação simbólica* na esfera pública de doença, saúde, consumo e direitos individuais.

Os efeitos das mudanças, num primeiro momento, foram imobilizadores diante do futuro incerto, como relatam esses professores da ESMIG:

“O curso de Saúde Pública esteve interrompido, de 68 a 70. Na verdade, a 72..., porque só houve em 71 um treinamento intensivo, quer dizer, nesse período que a gente viu não há nada de Saúde Pública. Agora, se a gente for olhar na área hospitalar, há uma infinidade de cursos.

Não havia demanda para a Saúde Pública. A Secretaria, em todos os seus níveis, era o que a gente pode dizer uma “casa de homens mortos”. Então, o sujeito chegava, assinava, assinava e saía... E a coisa funcionava daquela maneira mais ou menos (...) O que nós podemos fazer? O curso para sanitарista não aproveitaria ninguém, não havia candidatos e não havia aquela exigência, aquela pressão mais da Secretaria da Saúde. A Secretaria, por outro lado, não precisava, aparentemente, não precisava de curso nenhum... Então, nós procuramos, intuitivamente, alguma coisa que se pudesse fazer no interesse de saúde.” (16)

Sua menção à área hospitalar indica o “estímulo” governamental ao setor privado, que começa a ter interesse em abrir hospitais com os recursos do FAS – Fundo de Ação Social – e, ao mesmo tempo, responder aos interesses das empreiteiras, que aguardavam ser

contratadas para esse fim. O socorro governamental também foi sentido no setor educacional e nas construções de barragens e hidroelétricas.

As diferenças entre pensar saúde de forma crítica e reflexiva em seu exercício, presente desde a década de 50, teve a oposição de grupos privados *“O trabalho do Antropólogo Charles Wagley no Brasil, como Diretor de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) (...) lhe trouxe complicações com o famigerado Comitê de Atividades Anti-americanas, presidido pelo senador Joseph McCarthy. Em 1954, foi intimado a explicar por que contratara brasileiros considerados comunistas para o SESP. Era o tempo da Guerra Fria, de delações e histeria anticomunistas nos EUA. (...) Wagley adorava o Brasil, mas não perdia o senso crítico. Numa carta, me confessava que, se não fossem os seus amigos brasileiros, veria a nossa política como “uma ópera cômica”. Não aceitava a crítica radical de que o trabalho no SESP fosse um mero paliativo; achava-se eficaz, porque mostrava as condições miseráveis em que vivia a maior parte do povo e tratava de atacá-las no âmbito da Saúde Pública. “Meus programas de educação sanitária eram muito sutis e insidiosos”, dizia com orgulho, defendendo a tática de minar o sistema injusto – sutilmente”*⁵.

A atuação desses profissionais, junto às parcelas da população que viviam em situação de pobreza absoluta, leva-os a reconhecer que pensar saúde e agir para sua preservação necessariamente passaria pelo combate às condições de pobreza, desigualdade social e desemprego.

Essas características do trabalho sanitário levam à construção imaginária da figura do sanitарista, diferenciando-o dos outros profissionais de saúde a partir da *consciência sanitária*, o que significava compreender as manifestações de morbidade não circunscritas ao biológico e curativo, mas decorrentes do processo

⁵ CASTRO, Moacir Werneck. “O Brasil de Wagley”. *Jornal do Brasil*. 12 de fevereiro de 1998.

histórico, cultural e econômico, produzidas pela interação das forças sociais.

No confronto e interação entre as diversas realidades desses profissionais junto às parcelas da população, que viviam em situação de pobreza absoluta, leva-os a reconhecer que pensar saúde e preservá-la passa necessariamente pelo combate às condições de pobreza e desigualdade social, que se aprofundam e excluem parcelas significativas da população do acesso aos serviços públicos de saúde.

Esses profissionais tornam-se ativistas na luta por políticas sociais efetivas – moradia, educação, emprego, reforma agrária, preservação ambiental, cultura, transporte coletivo, etc. – como condições primordiais para o que se denomina saúde e qualidade de vida.

Este aspecto significativo no fazer sanitário leva a considerar irreconciliável pensar em defender os interesses da medicina voltada ao indivíduo sobrepondo-se ao interesses da coletividade, marcando o campo da Saúde Pública através de traços que se configuram como “ideologia de um grupo saudosista”, leva a confundir como profissão do passado, sem “função” na administração pública atual.

Mantendo discurso crítico sobre as mudanças que, cada vez mais, vão privatizando os serviços de assistência médica no país e fragmentando e fragilizando a formação política, humanista e técnica do sanitarista, a ESMIG, como as outras escolas de saúde pública, tenta responder às pressões mudando *termos*, de modo a se integrarem no movimento “moderno” de oferta de produtos para o mercado ou futuro cliente.

“Nos não queríamos isso mais, o sanitarista clássico. Nós mudamos o curso, passamos a chamar de um curso de planejamento, que nós estávamos formando planejadores em saúde. Isso, naquele contexto, foi o que a gente considerou prioritário. Então, o curso teve

uma carga horária reduzida, ele foi para 400 horas, ele mudou o conteúdo e ele passou a ter um conteúdo aí voltado para o planejamento e não para o campo da saúde pública. Por que ? Você não tinha mais jeito de... um sanitaria clássico, dentro do hospital ele ia precisar de um conteúdo específico de administração hospitalar... da vigilância sanitária, a própria epidemiologia... Então o que a gente fez... isso sempre são escolhas que a gente vai fazendo, e sempre tem uma perda, nós estávamos conscientes disso: ao escolher uma coisa estávamos perdendo outra. Mas nós optamos por isso, pelo planejador em saúde, o epidemiologista, a vigilância sanitária...” (12)

Essa ausência de rumo também pôde ser observada nos outros centros formadores, que passam a desativar seus cursos, como mencionamos anteriormente neste trabalho, e passam também a propor uma diversidade de cursos particularizando temas e habilidades, constituindo um processo de “esquecimento” da função social, dissolvendo a perspectiva política, social e cultural que embalsam as ações sanitárias.

Em 1990, com a Reforma do Estado brasileiro, a Fundação SESP foi extinta, junto com a Superintendência Nacional de Campanhas – Sucam, e suas funções incorporadas à Fundação Nacional de Saúde.

Em nome da “eficiência” e da “modernização”, a chamada Reforma do Estado brasileiro passa a delinear as novas funções do poder público, bem como suas carreiras.

De outro lado, a livre iniciativa ganha impulso e fortalece a construção do Estado Mínimo. Como analisa Chauí *“A Reforma do Estado brasileiro pretende modernizar e racionalizar as atividades estatais, redefinidas e distribuídas em setores, um dos quais é designado Setor de Serviços Não-exclusivos do Estado, isto é, aqueles que podem ser realizados por instituições não-estatais, na qualidade de prestadoras de serviços. O Estado pode prover tais serviços, mas não*

os executa diretamente nem executa uma política reguladora dessa prestação. Nesses serviços estão incluídas a educação, a saúde, a cultura e as utilidades públicas, entendidas como “organizações sociais” prestadoras de serviços que celebram “contratos de gestão” com o Estado. A Reforma tem um pressuposto ideológico básico: o mercado é portador de racionalidade sóciopolítica e agente principal do bem-estar da República. Esse pressuposto leva a colocar direitos sociais (como saúde, educação e cultura) no setor de serviços definidos pelo mercado. Dessa maneira, a Reforma encolhe o espaço público democrático dos direitos e amplia o espaço privado não só ali onde isso seria previsível – nas atividades ligadas à produção econômica –, mas também onde não é admissível – no campo dos direitos sociais conquistados”⁶.

Por quê não abrir mão do Estado, como provedor dos serviços essenciais? Porque o Estado, numa sociedade democrática é o único ator institucional que, por suas prerrogativas, pode e deve equilibrar as desigualdades, ou seja, igualar os desiguais, protegendo e garantido seus direitos sociais. Quando o Estado abdica de suas prerrogativas para o mercado, ele se desfaz deste poder, de colocar entre os desiguais a possibilidade de fazer justiça social.

Na Reforma Administrativa, manteve-se a normalização e fiscalização de produtos, processos de elaboração, condições sanitárias e serviços prestados – entre outros, que afetam à saúde da população –, como prerrogativas do Estado. A mudança vai ocorrer sobre quem e como se produz e se executa os serviços ou as funções em nome do Estado.

No caso de delegar a terceiros a execução de suas funções, o Estado não se destitui de sua responsabilidade.

⁶ CHAUÍ, Marilena. “A universidade operacional”. *Folha de São Paulo*, Seção “Brasil 500 d.C”, 9-5-1999. p. 3.

Assim sendo, *“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”*. Art.197⁷.

Os “terceiros” e “as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado”, que estabelecem “contratos de gestão” com o Estado, como analisa Chauí, como portadores da ideologia de valorização suprema do mercado, aplicam sua lógica econômica, e portanto desigual, uma vez que há de se competir para lucrar, em setores de natureza e função social totalmente distintos, desde uma cadeia de lanchonetes a clínicas de estética, laboratórios de análises clínicas e de imunizações e, por que não, hospitais.

A lógica dos prestadores é a de lucrar e, para isso, é importante se ter demanda para consumir os produtos ofertados: afinal, tecnologia parada significa subutilização e desperdício de recursos financeiros aplicados. Um bom exemplo dessa ideologia foi retratado em matéria da Folha de São Paulo, Caderno de Classificados – Tudo, com o sugestivo título *“Saúde injeta novas oportunidades: entre outras franquias, há uma especializada em vacinas, criada por David Uip, médico de Mário Covas”*. Mesmo sendo um texto longo, vale a pena reproduzi-lo para compreender esses novos valores que circulam em nossa sociedade.

“O sucateamento do sistema público de saúde está abrindo novas oportunidades de negócios para pequenos empresários, tanto na prestação de serviços como na comercialização de produtos diferenciados.

O investimento para montar uma dessas “novidades” começa em R\$ 40 mil. Os ganhos podem chegar a R\$ 12 mil, e não é preciso ser médico para entrar no ramo.

⁷ Idem. p.133.

O médico fundou, com a ajuda de seu irmão Eduardo, uma rede de clínicas de vacinação infantil e adulta, chamada Protect. “E um bom negócio, sem dúvida. Além disso, eticamente é muito adequado, afirma.(...) A idéia é estender a cultura de vacinação, com conforto e comodidade. Quem pode pagar paga, quem não pode precisa ter acesso à rede pública de saúde. Temos que desafogar o Estado”, diz Uip.

Para a regulação de uma clínica de vacinação, é necessário ter o aval da Vigilância Sanitária e da Vigilância Epidemiológica.

Além disso, o responsável deve ter formação em enfermagem ou medicina. No caso da Protect, não é preciso que o franqueado seja da área, pois o infectologista fica sendo o responsável”⁸.

À saúde vira um “negócio rentável”, desde que entendida pelo seu avesso, como doença, mesmo nos casos das imunizações, quando sabemos que prevenir é melhor do que remediar.

Nessa perspectiva, mudam-se os critério de *proteção* à saúde para *produção* de produtos, de *promoção* para *uso* pleno farmacológico ou tecnológico, de *projetos sociais de relevância e utilidade publica* para *projetos empresariais e franchising*, de *cidadãos* para *clientes/consumidores*.

Mudam, também, as práticas de intervenção; por exemplo, incrementa-se a utilização tecnológica em diagnóstico, em engenharia genética, medicina por imagens, longevidade corpórea, incluindo, transplante de órgãos, cirurgias intra-uterinas, fertilidade *in vitro* e clonagens e cirurgias corretivas.

O *pool* no setor saúde, em atividades de assistência médica individual, ou voltada para grupos populacionais específicos, que apresentam necessidades de atenção especializadas e intervenção

⁸ Folha de São Paulo, Caderno Classificados - Tudo. 19 de setembro de 1999. p.1.

clínica, não entrou em colapso porque responde e maximiza os lucros do mercado.

Esse setor, assistência médica, que basicamente se organiza a partir de instituições próprias e/ou contratadas pelo Estado, para prestar serviços de saúde em seu nome, faz o Sistema Único de Saúde funcionar, de forma sistêmica e hierárquica; articula secretarias municipais, estaduais ministério e setor privado.

Os tipos de unidades ou estabelecimentos de assistência à saúde mais comuns de serem encontrados no sistema nacional brasileiro são: posto de saúde, centro de saúde, centro regional de especialidade ou ambulatório de especialidade, hospital local, hospital regional, hospital especializado, hospital de base ou macrorregional.

Os termos sobre a rede de serviços podem ser peculiares em função das regiões. Por exemplo, no município de Porto Alegre, denomina-se Postinho e, no município de Boa Vista, Unidade Sanitária, ou ainda, nos serviços privados, o termo “Clínica de...” parece ter maior aceitação entre os que procuram assistência.

Ao Ministério cabe organizar, por projetos ou programas, suas atividades no âmbito da assistência médica a grupos populacionais específicos, com o objetivo de realizar ações *preventivas* envolvendo: saúde da mulher, câncer de colo de útero, diabetes, hanseníase, saúde bucal, saúde do idoso, tuberculose, saúde do adolescente, acidentes e violências, entre outros. Através de campanhas nacionais, consegue sensibilizar a sociedade para questões que afetam a preservação da vida e recrutar pessoas para exames preventivos.

A partir dos dados de identificação, tanto públicos quanto privados, fornecidos pelo setor de Epidemiologia e Informação de Saúde sobre: mortalidade, imunizações, nascidos vivos, morbidade hospitalar, internações hospitalares, produção ambulatorial, bem como dados de literatura e de novas descobertas no campo da saúde, e a partir

das prioridades sobre o controle de doenças, prescritos pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, o Ministério elabora seus projetos e programas, abre ou desativa serviços, contrata pessoal ou os serviços do setor privado.

Mas, diante do quadro desolador, a partir de 1997, o Ministério da Saúde “inova” e elabora uma política de assistência médica destinada aos grupos de baixa renda, denominando Rede de Proteção Social, ou seja, através de uma política compensatória dá uma pequena atenção à população que necessita de atenção dos serviços de assistência médica estatal.

Vinculado a um contrato de empréstimo entre União e o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID –, agrupa um conjunto de programas essenciais de atenção à saúde já existentes sob nova sigla.

O RPS se constitui dos Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, Programa de Saúde da Família – PSF, Programa Nacional de Imunização – PNI, Carências Nutricionais, Saúde da Mulher e Assistência Farmacêutica Básica.

Os motivos da RPS são curiosos, uma vez que todas as ações referidas no texto fazem parte da rotina em atenção básica de saúde já promovida e, ainda, executada pelo poder público. A novidade leva a crer que seja uma proposta para “inglês ver”, voltada basicamente a responder aos critérios da Reforma do Estado e receber recursos do Fundo Monetário Internacional – FMI –, conforme se observa nas justificativas de implantação da RPS:

“garantir a oferta programada de serviços sociais básicos voltados para grupos e áreas mais carentes, proporcionando adequada proteção social para tais segmentos na atual conjuntura de crise fiscal; assegurar a dotação orçamentária programada para a despesa pública nestes serviços básicos, buscando melhoria de sua eficácia; aprofundar as reformas em curso nos setores da Educação, da Previdência e

*assistência Social, da Saúde e do trabalho; assegurar a concessão de recursos de rápido desembolso para apoiar as medidas de estabilização da situação macroeconômica.”*⁹

Num misto de ações de assistência médica e medidas preventivas, a atenção básica prevista, como de responsabilidade da administração municipal, *“pressupõe mudanças na forma de realização do trabalho das equipes de saúde, com a criação de vínculos entre a população e os serviços, na ampliação da atenção sobre as necessidades de saúde de populações específicas e na busca de alternativas mais adequadas às diferentes realidades”*¹⁰.

Com o crescente desemprego, que já chegou aos 10 milhões de desempregados, e o aumento das populações abaixo da linha da pobreza, em assentamentos humanos ou como moradores de rua nos grandes e médios municípios brasileiros, o governo é pressionado a assumir suas funções de executor nas atividades de assistência médica diante das demandas sociais.

As atividades e necessidades presentes, no nível de atenção básica à saúde, apresentam as inúmeras possibilidades de engajamento de profissionais sanitaristas em suas realizações, causando estranheza que o próprio Ministério da Saúde não abra concursos específicos a esses profissionais para a realização dessas atividades. A ausência de uma preocupação social e comunitária tenderá a reproduzir neste nível a concepção de intervenção medicamentosa e reducionista sobre o processo de salubridade ou adoecimento das pessoas.

Desde o início da década de 90, a Fundação Nacional de Saúde passa a exercer um conjunto de atividades voltadas ao controle de

⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Planejamento. Programa – Rede de Proteção Social. www.saude.gov.br/programas/rede/rede.htm. 6-4-1999. p.1-2.

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para a organização da atenção básica. Brasília. 1999. p. 9-11.

endemias e ao combate às epidemias, através de seus sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Essas funções e estruturas reproduzem-se nas instâncias estaduais e municipais, por todo país.

Mas, quais atividades são previstas nesses sistemas ?

Saneamento básico, em comunidades com até 30 mil habitantes e em aldeias indígenas, referindo-se aos serviços de água, esgoto, implantação de privadas assépticas, tratamento de resíduos sólidos, orientação sobre coleta e processamento e lixo. O incomum não é propriamente relativo às atividades desenvolvidas, mas à constatação de que ainda existem milhares de pessoas que vivem em circunstâncias tão precárias.

Atenção básica às comunidades indígenas ribeirinhas, povos da floresta, garimpeiros, assentamentos humanos e áreas de fronteira.

Controle das endemias, presentes em várias regiões – malária, dengue, tuberculose, hanseníase, bócio, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela, leishmaniose visceral e tegumentar americana, oncocercose, peste e tracoma¹¹.

As endemias indicam ausência de ações profiláticas sanitárias, nas diversas regiões, expondo seus habitantes a morbidades e mortes, por agravos passíveis de imunizações ou, como identifica Kloetzel¹², *“como doença existencial ou doença de vivência, cuja solução passa, antes de mais nada, pela mudança de todo um estilo de vida”*.

¹¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.052, de 23 de dezembro de 1998. “Constituem doenças de notificação compulsória, em todo território nacional: cólera, coqueluche, dengue, difteria, doença de Chagas, doença meningocócica e outras meningites, febre amarela, febre tifóide, hanseníase, hepatite B, leishmaniose visceral, malária (em área não endêmica), meningite por *haemophilus influenzae*, peste, poliomielite/paralisia flácida aguda, raiva humana, rubéola e síndrome da rubéola congênita, sarampo, sífilis congênita, síndrome da imunodeficiência adquirida, tétano, tuberculose.

¹² KLOETZEL, Kurt. “Ciência auto-sustentada: o caso da esquistossomose”. *Cadernos de. Saúde Publica*, Rio de Janeiro, 8 (2): 204-206, abr/jun, 1992.

Detecção, a partir dos centros de vigilância epidemiológica, determinando as estratégias e os períodos das imunizações internas, em áreas de trânsito, como portos, aeroportos e regiões de fronteiras e pelos acordos internacionais sanitários.

Manutenção de uma Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública¹³ é acionada pelas vigilâncias para a realização de análise de agentes etiológicos para diagnóstico, monitoramento e interdição, no uso do poder de polícia, que lhe é inerente, como poder de Estado.

Nas últimas décadas, vem se tornando cada vez mais clara a importância na detecção e prevenção dos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, que interferem na saúde das pessoas e na degradação ambiental, relacionadas hoje a um “mal estar” de efeitos nos eventos vitais e psicossociais. Esta área, chamada vigilância ambiental, também passou a ser uma das funções exercidas pela FNS.

Nesse sentido, entram as ações de controle dos fatores biológicos passíveis de transmissão – vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos, zoonoses, melhorias sanitárias domiciliares, controle sobre a água para consumo humano e campanha informativa sobre seu não-desperdício, controle de contaminantes ambientais hídricos, atmosféricos e do solo – metais pesados, agrotóxicos, inseticidas etc., além da avaliação de riscos e impacto na saúde causados por desastres naturais.

Em termos de Vigilância Sanitária, suas atividades estão voltadas para a normalização, controle e fiscalização da produção e comercialização de produtos, serviços – incluindo ambientes,

¹³ Nos Laboratórios de Saúde Pública, são realizadas descobertas, identificação e controle de agentes etiológicos e de fatores de risco para a saúde da comunidade em: bacteriologia, virologia, imunologia, parasitologia, micologia, entomologia, química e toxicologia de alimentos, bioquímica, química clínica e hematologia, histopatologia, biotério, análise de águas, esgotos, detritos e higiene habitacional, controle de soros, vacinas, medicamentos, cosméticos, saneantes e correlatos.

processos, insumos e tecnologias a eles relacionados – bem como controle de portos, aeroportos e de fronteiras.¹⁴

Inclui-se, em sua abrangência, medicamentos, cosméticos, sangue e hemoderivados, toxicologia e agrotóxicos, certificação da rede brasileira de laboratórios, arquitetura e engenharia em saúde, engenharia ambiental em saúde, saneantes, alimentos, equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem, órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições, produtos radioativos, cigarros, cigarrilhas e produtos derivados ou não de tabaco, serviços voltados para a atenção ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como os que impliquem na incorporação de novas tecnologias, a destinação de resíduos oriundos em todas as fases dos processos de produção dos bens, além de acompanhar a propaganda de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária e propor medidas corretivas necessárias e orientar a população sobre suas implicações à saúde.¹⁵

Os sanitарistas de hoje não precisam ser chamados de “novos” mas, simplesmente, de sanitарistas: são os profissionais que fazem esses sistemas funcionarem e, quando identificam as doenças manifestas nos indivíduos, os enviam ao sistema médico-assistencial.

As atividades sanitárias; exigem profissionais com boa formação e reciclagem permanente de informação das inovações e disponibilidades tecnológicas em imunologia, virologia, sistemas e informação, criação de indicadores epidemiológicos, sanitários e ambientais e, principalmente, que estejam preparados para a elaboração de *cartografias sociais e ambientais*, que os possibilitem compreender os significados de determinados costumes e valores ideológicos ou

¹⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Capítulo I – Categoria e Finalidade.

como grupos da população se protegem e criam formas de sobrevivência em contextos insalubres.

É, na microescala que se compreende como as necessidades vitais se manifestam e são satisfeitas e como as pessoas agem, no sentido psicossocial e ambiental, para satisfazê-las.

As funções previstas na carta sanitária governamental foram bem elaboradas e expressam a influência de outros sistemas sanitários, o europeu, que preserva as leis de proteção do bem comum aos seus cidadãos como vitais ou o sistema americano com ênfase na proteção individual.

Mesmo que a lei permita ao Estado delegar a terceiros a execução em seu nome, a proteção em defesa da vida ocorre no dia-a-dia do cidadão e não nos tribunais, para isso alguns aspectos devem ser considerados.

Primeiro aspecto: as atividades de fiscalização e controle são desaconselhadas, ou melhor, incompatíveis com regimes de trabalho que permitam dupla militância profissional.

Segundo aspecto: epidemias, desastres naturais ou produzidos pela transformações realizadas pelas sociedades, explosão de produtos químicos, intoxicações etc., podem ocorrer a qualquer momento. As ações de contenção requerem conhecimentos especializados em diversas áreas, voltadas às situações de risco emergente para a saúde, ou seja, o poder público não encontrará no mercado pessoas habilitadas para executarem as tarefas de que necessita e que tenham conhecimento sobre legislação e direito sanitário, organização administrativa do Estado, assistência médico-hospitalar, informações de relevância epidemiológica ou de notificação compulsória e habilitação para

¹⁵ Idem. p 2-9.

diagnóstico e intervenção sanitária na preservação da saúde da comunidade.

Ou seja, as exigências para exercer as funções sanitárias levam o próprio Estado à necessidade de investir na formação sanitária, como deve ser com a magistratura, segurança pública, educação e cultura.

É exatamente para a realização da formação sanitária que existem escolas de Saúde Pública, que devem assumir essa formação não somente na perspectiva das técnicas e das habilidades básicas mas compreendendo a realidade como poliparadigmática *“nela persistem crenças, valores, idéias, modos diferentes de organizar a vida, ao lado de uma racionalidade que explicita rotinas em movimento (...) todo esquema de ação precisa ser analisado no contexto da ação e toda ação política exige o exercício da ambigüidade”*¹⁶. É partindo desse exercício que não se deve perder o senso da importância do Estado, como provedor dos serviços essenciais, não aderindo à *violação de um contrato social*.

De certo modo, estamos nos acostumando a viver num país endêmico e cada vez mais com dificuldades em discernir o que de fato cabe ao Estado e o que ficaria por conta dos indivíduos e das comunidades.

Por enquanto, a receita do bolo mantém-se circulando nos manuais culinários brasileiros. Vale a pena anotar:

“Os ingredientes:

uma endemia bem fornida, uma ciência ensimesmada, voltada para o próprio umbigo, uma variedade de interesses – claros, ocultos e furta-cores.

¹⁶ LINHARES, Célia, FAZENDA, Ivani e TRINDADE, Vitor. “Os lugares dos sujeitos na pesquisa educacional”. Ed. UFMS - Fundação Calouste Gulbenkian, 1999. p.49.

Deite a mistura em país cálido, com mandatários que alternam entre o pensar complicado e o pensar coisíssima nenhuma; ponha em banho-maria e deixe lá! (o produto durará uma eternidade).

A receita adapta-se tal como uma luva à questão da esquistossomose (embora o leitor possivelmente encontre exemplos em sua própria área): por vezes, tem-se a impressão que já foi tombada, incorporada ao patrimônio público, tamanho o carinho que lhe é devotado.”¹⁷

O Ministério da Saúde – com repetições a nível estadual, na década de 90, é prescritivo, bom divulgador de elaboração de leis, decretos, portarias e medidas provisórias – indica o que deve ser feito numa concepção de que a realidade é possível de ser “arrumada” em *software*: nunca se produziu tantos bancos de dados e se gerou tantas informações. Mas, para que?

O dilema possível de se observar é que o poder público vem se ausentando cada vez mais de suas responsabilidades em relação às ações sanitárias. Não vamos nos iludir, mas a partir de discursos e medidas provisórias não chegaremos a alguma proposta de conseqüências mais efetivas à população. A política vencedora nacional e internacional é a que esta aí, particularmente no caso brasileiro, “é uma sociedade de história lenta, conduzida pelo poder do acaso”, como analisa Martins¹⁸.

A preocupação de se pensar em outras bases estruturais a questão sanitária não é nova, foi apresentada na década de 60 e não vingou, faz parte do conjunto de propostas sobre políticas públicas sociais do grupo perdedor. Vale a pena rever.

¹⁷ KLOETZEL, Kurt. “Ciência auto-sustentada: o caso da Esquistossomose”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 8 (2): 204-206, abr/jun, 1992. p.204.

¹⁸ MARTINS, José de Souza. *O poder do atraso. Ensaio de Sociologia da História Lenta*. Editora Hucitec, 1994

“Permitam-me, porém, os eminentes técnicos dos sistemas de Saúde Pública do país, valendo-me da experiência do constante convívio com os trabalhadores das cidades e com a verdadeira massa de párias da nossa agricultura, que faça uma advertência, diante de enganadoras perspectivas que possam abrigar, segundo as quais é possível obter-se uma profunda melhoria da saúde de nossas populações, com a simples aplicação de medidas de ordem médico-sanitária: a saúde, sabem os senhores mais do que eu, é um índice global, resultante de um conjunto de condições – boa alimentação, habitação higiênica, roupas adequadas, saudável regime de trabalho, educação assistência médico-sanitária, diversões e ainda outros fatores que só podem ser conseguidos em consequência do desenvolvimento econômico da nação e da distribuição eqüitativa de suas riquezas (...). Se a Saúde Pública não pode por si só assumir tão grande tarefa, poderá, não há dúvida, valendo-se das poderosas armas profiláticas e terapêuticas, de que dispõe atualmente, reduzir enormemente muitas enfermidades”¹⁹

É datada, também, desse período a municipalização dos serviços médico-sanitários, proposta identificada no discurso da reforma sanitária e dos gestores como “inovadora”, reafirmando nosso pertinência à ‘História lenta’.

“Apreciada a situação sanitária da população brasileira, com base no relatório apresentado, propõe-se à Conferência sejam definidas as atribuições dos governo federal, estaduais e municipais, no campo das atividades médico-sanitárias, para que, inspirados nos pressupostos da reforma estudada, ponha-se em prática a descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos

¹⁹ Discurso proferido pelo Presidente da República João Goulart. Anais da III Conferência Nacional de Saúde. 1963. Publicação da Prefeitura Municipal de Saúde de Niterói, 1992. pp. 24-25.

municípios na solução dos nossos angustiosos problemas de Saúde Pública.”²⁰

Os governos brasileiros, a partir da década de 70, começam lenta e gradualmente, concomitante à retomada dos direitos políticos e sociais, a abrir a grupos privados, nacionais e internacionais, a possibilidade de executarem, atividades antes realizadas pelo poder público.

O chamado sanitarismo e as escolas tradicionais de formação sanitária começam a entrar em colapso. Por latência, algumas permanecem oferecendo o Curso de Especialização em Saúde Pública. Paradoxalmente, os sanitaristas partem em meados da década de 80, junto com outros setores, para propor reformas constitucionais para o setor da saúde. Notabilizam-se pelo movimento político sanitário que irá ter como desfecho a proposta de uma nova reforma sanitária e criação do novo sistema nacional para a saúde a ser homologado na Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS.

A criação da Lei Orgânica de Saúde, em 19 de setembro de 1990, instituindo o SUS, possibilitou a descentralização e uma democratização da gestão da saúde, com a participação das três esferas político-administrativas que compõem o sistema federativo. Grupos representando interesses públicos e privados participaram na arena de discussões e negociações e chegaram a consensos delineando-se o sistema atual. Foram muitos os avanços conquistados, particularmente em relação à criação dos conselhos de saúde, à proposta de universalização do acesso aos serviços de saúde pública, regulamentação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.

²⁰ Discurso proferido pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul. Anais da III Conferência Nacional de Saúde. 1963. Publicação Prefeitura Municipal de Saúde de Niterói, 1992. p. 34.

Entretanto, se analisarmos com menos paixão as “conquistas” trazidas pelo SUS, veremos que a proposta foi construída tomando por base a individualização da assistência-médica *stricto sensu*. As propostas de gerenciamento e planejamento estão mergulhadas nas discussões sobre eficácia, eficiência, custos, orçamentos financeiros e seguros na esfera da ação privatista e na individualização da assistência, deixada para segundo plano a concepção de que a saúde da população será o resultado das condições e do processo de efetivação das políticas públicas sociais no contexto da sociedade em sua totalidade, onde se dá a luta de poder e direitos sociais.

O que é do homem, o bicho come

O conjunto das imagens a seguir vem reforçar o olhar sobre modos de vida, pessoas, lugares, na tentativa de humanizar-se, novamente, o debate em torno das reais necessidades das ações sanitárias.

Ao tomar como interesse central a noção de saúde pública como direito social e perseguir a idéia de compreendê-la a partir de uma ‘história vista de baixo’, senti necessidade de, se não pela voz pelo menos pelas imagens, trazer os sujeitos protagonistas principais dessa história.

A saúde pública, como política social de proteção às pessoas de doenças e situações que ameaçam a vida da população, deve ser de interesse e voltada a todas as pessoas em todos os países, mas seguramente, em sociedades com maior grau de desigualdades sociais, com alta concentração de riquezas e acessos aos bens materiais e simbólicos somente a alguns segmentos, o Estado, através de suas políticas sociais, deve atuar no sentido da diminuição das desigualdades interferindo para uma distribuição mais eqüitativa da riqueza.

Mas não é isso que temos presenciado; o que se percebe é que os trabalhadores, documentados pelo fotógrafo Sebastião Salgado, foram excluídos da gestão da coisa pública, das políticas sanitárias.

A nova saúde pública fala de seguros de saúde, satisfação da clientela, cesta básica de procedimentos terapêuticos, ética, exercícios

físicos, alimentos funcionais etc., etc., etc. Aspectos importantes, certamente – nenhum de nós, em sã consciência, considera que seja possível deixa-los de lado –, mas, repare quais desses conceitos, tão importantes à nova saúde pública, estão relacionados aos homens, mulheres, crianças e condições ambientais e de assistência, nesse conjunto de imagens?

Nenhum. Porque essas pessoas foram excluídas da gestão da coisa pública. Os aspectos abordados estão voltados ao consumidor/cidadão.

Imagens testemunhas de uma realidade sem maquiagem onde não se conseguem sorrisos, olhares tristes de espera, pessoas que ainda tentam manter a dignidade e o orgulho como a família do assentamento Conquista da Fronteira, em Santa Catarina e a índia Yanomâni com seu filho, que tenta preservar sua cultura, cada vez mais rara. A menina do assentamento de Barra do Onça, que mesmo estando à margem dos direitos da infância, faz a pose clássica da criança em idade escolar.

A especificidade e a identidade do campo teórico e da intervenção da saúde pública continua existindo: meio ambiente, saneamento, paisagem urbana, habitação, poluição atmosférica, alimentos, vida social, epidemias, endemias, assistência médico-sanitária.

O que está difícil de entender é como que os defensores da nova saúde pública não percebem que estão se iludindo ao acreditarem que

"o que é do homem o bicho não come". Pois o homem comeu tanto o que é do bicho que o bicho voltou para buscar o que é seu.

Charge de Amgeli, jornal Folha de São Paulo, de 21/11/1998, sobre os técnicos em planejamento do governo federal. Acervo Folha de São Paulo, 1998. São Paulo.

*Claude Lévi-Strauss,
década de 1930.
Trabalhadores navegam
em rios da Amazônia. Acervo
Matthieu Lévi-Strauss*

*Foto Sebastião Salgado, 1996
Família em assentamento humano – MST.
Fazenda Giacometi, Paraná.*

*Foto Sebastião Salgado, 1990.
Trabalhador em região de cacau,
Bahia.*

*Foto Antônio Gaudêncio, 31/12/1998 – Folha/Imagem.
Rodovia dos Imigrantes (SP) às 17h30, em primeiro plano cartaz da Sabesp.*

Foto Sebastião Salgado, 1983. Depósito de lixo em Fortaleza - Ceará.

*Banco de Imagens.
Arquivo
Folha de São Paulo,
1997. s/d
Título: Gravidez precoce*

*Foto
Sebastião Salgado,
1986. Fronteira do Brasil
com Venezuela.
Roraima.
Índia Yanomâmi
com o filho.*

Foto Maria da Penha Vasconcellos, 1997. Hospital de atendimento rural em região de assentamento do INCRA. Acre.

Foto Maria da Penha Vasconcellos, 1997. Cruzeiro do Sul. Acre. Serviço de assistência à saúde.

*Foto Claude Lévi-Strauss, década de 1930.
Sudoeste do Estado de São Paulo. Trabalho infantil.
Acervo Matthieu Lévi-Strauss*

*Alimentos transgênicos – Enigma para o século XXI
Banco de imagens internet – sem especificação da fonte e data.*

*Claude Lévi-Strauss, década de 1930 - Goiás Velho.
Acervo Matthieu Lévi-Strauss*

*Banco de Imagens Revista Veja, 1998.
Emissão de poluentes nos Estados Unidos.
Os países ricos produzem 70% dos gases.*

*Foto de Sebastião Salgado, 1983.
Independência, sertão
do Ceará.
Trabalhador de
construção de açudes.*

*Foto de Sebastião Salgado, 1996.
Família no assentamento Conquista da Fronteira. Santa Catarina.*

Foto de Rogério Reis, 1991. Farmácia Caseira de Barcelos. Rio Negro, Amazônia. Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

*Foto Maria da Penha Vasconcellos, 1997.
Cruzeiro do Sul, Acre.
Mulheres lavando roupa
nas águas do Rio Juruá.*

*Cartão usado em
campanha de
prevenção às
doenças
sexualmente
transmissíveis.
“Sem camisinha
não dá”
Estado de São
Paulo, 1998.*

*Foto Sebastião Salgado, 1996. Sergipe.
Menina no assentamento de Barra do Onça*

Foto Maria da Penha Vasconcellos , 1997. Cruzeiro do Sul – Acre. Mercado Municipal.

Foto Clóvis Ferreira/ Folha Imagem, s/d. Frase em pára-choque de caminhão na marginal do rio Tietê, em São Paulo.

SEIS

Saúdeira

*“O organismo comporta inúmeras
possibilidades de doenças
para uma única saúde.”*

Carlos Drummond de Andrade

*“O Brasil não tem problemas,
só soluções adiadas.”*

Luís da Câmara Cascudo

Neste trabalho busquei refletir sobre algumas dimensões da formação e prática sanitária, tema recorrente em minhas atividades como professora de um curso de saúde pública.

Para compor o cenário da investigação, defini três momentos, no correr do século XX – o deslocamento da noção de higienistas para a formação de sanitaristas, a partir da criação das escolas de Saúde Pública; a concepção de formação sanitária, a partir das narrativas de diretores e professores; e as necessidades e respostas institucionais encaminhadas sobre as questões sanitárias no final da década de 90.

A pesquisa foi construída a partir do levantamento iconográfico que possibilitou maior visibilidade das ações realizadas pelos agentes

em contato com a população e das narrativas de diretores e professores da escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Investigar, sob determinadas condições históricas, como essas pessoas defenderam idéias, abordaram aspectos do cotidiano, se utilizaram do recurso fotográfico, escolhendo a dedo imagens como “testemunha ocular da história”, ou como quiseram ser vistas pela história, ou por outras tantas razões como teimosia, conservadorismo, vontade de transformar, identidade com a causa, emprego, religiosidade, resistência, paixões ou seja o que for, libera o pesquisador para o reconhecimento da dimensão subjetiva que move e gesta a ação.

As escolas de Saúde Pública podem responder, em parte, a essa formação, mas, fundamentalmente, é fora delas que se dará a lição de compreender sob as condições históricas e a partir das diversas ideologias presentes como agir sobre as condições sócio-sanitárias que poderão ameaçar a saúde da população. Para isso, os sanitaristas devem estar onde o povo está, recolocar no centro de suas preocupações as pessoas e seus modos de vida, suas produções materiais e simbólicas, suas formas predatórias de agir.

O fio que alinhavou os três períodos escolhidos permite concluir que os primeiros sanitaristas tiveram como projeto usar as ruas, praças, técnicas construtivas, hábitos culturais, valores religiosos e sociais, maneiras de produzir e consumir bens materiais, fazendo, enfim, do campo e da cidade “laboratórios experimentais”, que possibilitaram elaborar noções de higiene, prevenção, hábitos alimentares, promoção de condições salubres, conhecimentos sobre classificação de morbidade e saudabilidade. Tomaram esses espaços e as relações sociais existentes como objetos para classificar, definir

ações, interagir com o “outro”, julgar, intervir, disciplinar para atingir suas metas.

O conteúdo de seus relatos e imagens descreve pessoas e circunstâncias concretas, complexamente humanas. O mote é saber como as coisas acontecem, por que acontecem e como interferir, na medida do possível e com o que se sabe, nas condições adversas.

As narrativas dos professores, apresentam um outro momento, com códigos diversos dos anteriores. O instrumental e a forma de se organizar o processo de trabalho é outra. O mundo científico, racional, dos “fatos” e do planejamento floresce. Mensurar, codificar, informatizar e devolver com todos os recursos da modernidade, passa a dar o colorido dos acontecimentos sanitários, mesmo que seja para constatar, depois do ocorrido, episódios tão previsíveis.

O terceiro momento expressa o ponto alto do processo que vivemos, *“somos filhos de uma cultura onde o indivíduo vale mais do que a comunidade e suas regras (...). Os laços, restritos ou não, dependem de nossos afetos, mais do que de contratos”*¹.

Nessa cultura na qual *“Narciso só olha para o que acha bonito”*, direitos, obrigações, solidariedade e bem comum são noções que não levam ao sucesso e ao pragmatismo do mundo contemporâneo, pelo contrário, os ambientes e as questões apresentadas enfocam um realismo que incomoda, que se constata mas que pouco se faz para alterá-lo.

O longo período de crises e incertezas parece ter levado as escolas e os agentes sanitários a perderem os mapas de navegação, não

¹ CALLIGARIS, Contardo. *Crônicas do individualismo cotidiano*. Editora Ática, 1999. p.6.

se percebendo como detentores de conhecimentos e habilidades específicas. De forma implacável, as epidemias retornam recolocando questões, redefinindo responsabilidades e explicitando, mesmo que timidamente, o vazio e o esquecimento das políticas públicas relativas às condições sanitárias e ambientais, na realidade brasileira.

ANEXOS**CESSÃO DE DIREITOS SOBRE DEPOIMENTO ORAL**

Pelo presente documento, eu, _____
_____, nacionalidade _____, Estado civil
_____, profissão _____, RG _____ emitida pelo _____
domiciliado e residente na cidade de _____ rua/av
_____ n° _____ apto. _____, declaro ceder à
Professora Maria da Penha Costa Vasconcellos para fins de pesquisa de
tese de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São
Paulo, sem quaisquer restrições, a plena propriedade e os direitos autorais
do depoimento de caráter histórico e documental na cidade de
_____, em _____, num total de _____ horas gravadas,
perante o entrevistador Hallan Adriani de Oliveira Souza Pereira.

A doutoranda Maria da Penha Costa Vasconcellos da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo fica constantemente
autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins de conclusão de tese, o
mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, com a única
ressalva de sua integridade e indicação de fonte e autor.

_____, _____ de _____ de _____

Sobre as entrevistas e os roteiros

As entrevistas foram realizadas entre junho e setembro. Levantamos 7 depoimentos de ex-diretores, de um total de 14, até 1998 e de 9 professores, num total de 11, identificados como professores. Tivemos apenas uma recusa explícita de um professor e uma recusa velada de uma diretora

Relação dos diretores ausentes:

Dr. Clóvis Menezes: falecido

Dr. Geraldo Máximo: mudou-se para Unai

Profª. Dora Beatriz Barranos: mudou-se para a Argentina

Dr. Oscar Caldeira, Dr. Marinho Mendes Campos, Dr. Renato Quintino dos Santos: não foi possível localizá-los.

Dr. Lincoln Queiroz: na época encontrava-se viajando.

Dr. Cid Lopes, já falecido, não foi entrevistado por nós. Trabalhamos com o depoimento colhido, em 1986, pelas profª. Virgínia e Edite, que se encontrava na biblioteca da ESMIG.

Dr. Otto Mendonça de Pessoa, já falecido, foi entrevistado pela profª. Virgínia. Seu depoimento encontrava-se na biblioteca da ESMIG.

Solicitamos que todos os depoentes assinassem uma cessão de direitos sobre depoimento oral, autorizando o uso nesta pesquisa das informações fornecidas.

Os depoimentos foram colhidos seguindo um roteiro, criado com o objetivo de facilitar o trabalho do entrevistador e orientar o diálogo entre o entrevistador e depoente, evitando-se, porém, sua utilização de forma rígida e limitada.

Foram realizadas duas entrevistas, com a Profª. Virgínia (ESMIG) e a Profª. Edite (Fundação Ezequiel Dias), sem roteiros, na condição de entrevistas exploratórias para possibilitar uma primeira aproximação com o tema da pesquisa.

Roteiro para o entrevistador

- a) Solicitação de consentimento por escrito:
- b) Preparação do equipamento.
- c) Preenchimento da etiqueta de identificação das fitas com os seguintes dados:
- nome completo do entrevistado
 - local onde a entrevista foi realizada
 - início e término da entrevista
 - registro das condições em que a entrevista foi realizada: se o entrevistado estava tranquilo, se ficaram sozinhos ou mais alguém esteve presente, se o entrevistado colaborou em todo o trabalho, se resistiu às perguntas ou ocorreu algum evento que tenha chamado sua atenção.
- d) Através de uma conversa inicial, foram explicadas ao entrevistado as razões do convite, o objetivo da pesquisa, a destinação do depoimento e a solicitação de autorização para Cessão de Direitos sobre o Depoimento Oral. Foi disponibilizado o número de telefone do pesquisador, para o caso do entrevistado querer entrar em contato.

Roteiro para os ex-diretores da ESMIG

a. Dados pessoais.

1. Onde nasceu?
2. Se fora de Belo Horizonte, onde?
3. Há quanto tempo mora na cidade? Qual o motivo da vinda para a Capital?
4. Qual a sua formação escolar? (até o ensino superior se houver).
5. Na vida profissional, a que ocupação mais se dedicou?
6. No que mais gostava de trabalhar?
7. O que faz atualmente?

b. Trajetória profissional.

8. Em que instituição trabalhava ou que ocupação tinha na época que foi nomeado diretor da Escola?
9. Quem era o Secretário de Saúde e o Governador?
10. Quais eram suas expectativas ao iniciar sua gestão da Escola?
11. Na sua opinião, qual a importância da Escola para a cidade de Belo Horizonte? E para o Estado de Minas Gerais? Para alguma região específica, por exemplo, o Vale do Jequitinhonha?
12. Na sua época, quem compunha o grupo na Escola: professores, técnicos e quem mais? Quem eram os professores e os técnicos? De onde vinham, quem os convidava? Como se envolviam nas atividades da Escola?
13. Que atividades a Escola realizava?
14. Qual era o cotidiano da Escola? Como aconteciam as atividades? Havia um grupo que discutia o dia-a-dia da escola ou eram mais indivíduos realizando as tarefas previstas?

15. Nesta época, como eram definidas pela Secretaria da Saúde as ações exclusivas de Saúde Pública?
16. Quem solicitava estas atividades à Escola? (Secretário, prefeitos, a Fundação Ezequiel Dias ou a própria direção com os seus professores e técnicos ou a ainda escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, a ENSP?)
17. Em sua opinião, a Escola formava profissionais para a Saúde Pública, os chamados sanitaristas, ou formava outro tipo de profissional? De que tipo, para que?
18. Como eram as relações políticas entre a direção da Escola e a Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro? Havia convênios para a realização dos cursos e o certificado era validado pela ENSP?
19. E as relações políticas da Escola com a Fundação Ezequiel Dias e a Secretaria da Saúde?
20. Você acha que a Escola ainda deve formar os sanitaristas hoje em dia ou não há mais necessidade? Se não for esta Escola quem deveria formar?
21. Como vê as questões de Saúde Pública no Estado e como estão sendo preparados os profissionais para o trabalho de Saúde Pública?
22. Que expectativas, como ex-diretor, você teria para a ESMIG? Fique à vontade para sonhar. Como ela poderia ser? Para que serve? Que papel ainda pode ter no Estado de Minas?

c. Observação final.

Seu depoimento é muito importante. Você gostaria de falar sobre outros fatos, outros aspectos de sua vida profissional e pessoal?

Eu agradeço em meu nome e em nome da Maria da Penha. Obrigado.

Roteiro para os professores da ESMIG

a. Dados pessoais.

1. Onde nasceu?
2. Se fora de Belo Horizonte, onde?
3. Há quanto tempo mora na cidade? Qual o motivo da vinda para a Capital?
4. Qual a sua formação escolar? (até o ensino superior se houver)
5. Na sua vida profissional, a que ocupação mais se dedicou?
6. O que faz atualmente, além do trabalho na ESMIG?
7. Qual seu vínculo atual com a ESMIG? Há quanto tempo?
8. Em que instituição trabalhava ou que ocupação tinha na época em que começou a trabalhar ou a desenvolver atividades junto à Escola?
9. Você dá aula sobre que matéria?
10. Quem era o Diretor?
11. Quais eram suas expectativas ao iniciar suas atividades na Escola?
12. Qual a importância da Escola para a cidade de Belo Horizonte? E para o Estado de Minas Gerais?
13. Quem compõe o grupo na Escola: professores, técnicos e quem mais? Existe algum grupo que discute a vida, o cotidiano da Escola? Qual ?
14. Como você foi convidada(o)? Como se envolveu nas atividades da Escola?
15. Que atividades, além das aulas, você tem aqui na Escola?
16. Quem define quais cursos a Escola vai oferecer?
17. Quem elabora o currículo da Escola?
18. Com que pessoas você discute o curso que vai dar? Vocês chegam a fazer planejamento educacional na ESMIG?
19. Como você fica sabendo quem serão seus alunos? Como é feita a seleção?

20. Quem solicita atividades à Escola? (Secretário, prefeitos, a Fundação Ezequiel Dias ou a própria direção com os seus professores e técnicos?)
21. Você participa de algum núcleo aqui na Escola?
22. O que faz o núcleo? Que relações o tem com os cursos da escola?
23. Você participa dos cursos que a ESMIG ministra fora de Belo Horizonte?
24. Em sua opinião, a Escola forma profissionais para a Saúde Pública, os chamados sanitaristas, ou ela forma outro tipo de profissional. Que tipo? Para que?
25. O que existe de específico em um professor de Saúde Pública em relação a outros professores?
26. Como são as relações políticas da Escola com a Fundação Ezequiel Dias e a Secretaria da Saúde?
27. Como você vê as questões de Saúde Pública no Estado e como estão sendo preparados os profissionais para o trabalho de Saúde Pública?
28. Quais as suas expectativas para a ESMIG? Fique à vontade para sonhar. Como ela poderia ser? Que papel ela ainda poderia ter no Estado de Minas?

c. Observação final.

Seu depoimento é muito importante. Você gostaria de falar sobre outros fatos, outros assuntos de sua vida profissional e pessoal?

Eu agradeço em meu nome e em nome de Maria da Penha. Obrigado.

Depoentes

Anna Flávia Moreira Martins de Almeida Pereira, professora na ESMIG

Nasceu em Belo Horizonte.

Graduada em pedagogia, completou, na ESMIG, seus estudos com o curso de Especialização “*lato sensu*” em Gestão Hospitalar.

Antes de trabalhar na ESMIG, foi orientadora educacional em um colégio do Estado.

Estagiária, posteriormente passou a funcionária da Fundação Ezequiel Dias. Na época da entrevista, atuava 40 horas semanais na ESMIG, coordenando o Curso de Especialização em Gestão Hospitalar.

Ingressou na ESMIG na gestão de Lúcia Vieira Sarapu.

Foi entrevistada em 2 de setembro de 1997. Início: 10 h Término: 11h30. Local da entrevista: ESMIG.

Conceição Maria do Socorro Ávila (Marizinha), professora na ESMIG.

Nasceu em Diamantina, mora em Belo Horizonte há dez anos.

Graduada em pedagogia pela Faculdade de Jequetinhonha, fez o Curso de Especialização em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 1980.

Em 1989, retornou aos estudos na Escola Nacional, fazendo o Curso de Especialização em Planejamento.

Em 1991, realizou Curso de Pós-Graduação em Informática na cidade de Belo Horizonte.

Trabalhou na Regional de Saúde de Diamantina, no Vale do Jequetinhonha, por dezesseis anos.

Em 1986, convidada pela Superintendência de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde, para trabalhar na implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), foi levada a se estabelecer em Belo Horizonte.

Seu vínculo era com a Secretaria de Estado da Saúde, que a colocou à disposição da Fundação Ezequiel Dias para atuar junto à ESMIG.

Na ESMIG desenvolveu projetos e atividades de ensino sobre os temas: planejamento, informação, comunicação e informática. Na época, a Direção era de Mariana Tavares.

No período da entrevista, Marizinha, havia deixado há seis meses a função de assessora de planejamento junto ao município de Contagem. Mantinha suas atividades na ESMIG, era assessora de planejamento no município de João Pinheiro e chefiava um processo de discussão sobre educação continuada com a diretoria regional de Patos de Minas. O município de João Pinheiro, pertence a regional de Patos de Minas.

Foi entrevistada em 5 de setembro de 1997. Início: 15 h. Término: 16h30. Local da entrevista: ESMIG.

Edite Novais da Mata Machado foi diretora da ESMIG.

Graduada em biologia. Em meados da década de 70, participou junto ao Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Educação Sanitária, da produção de material educativo para escolas de primeiro grau. Prosseguiu seus estudos nos USA, fazendo um curso de Especialização em Educação Sanitária.

Retornando ao Brasil, fez o curso de Especialização em Saúde Pública na Escola Nacional e se apresentou à Secretaria de Estado da Saúde, integrando-se a equipe do projeto de regionalização e expansão de unidades de atenção básica em Minas Gerais, por sete anos. Sua última função, na Secretaria, foi coordenar a área de recursos humanos, durante dois anos, na segunda gestão do secretário de Saúde Dario Tavares (1983).

Em 1990, defendeu sua Dissertação no Curso de Mestrado da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais com o título: Formação de Sanitaristas e Políticas de Saúde em Minas Gerais, 1947-1955.

Na época da entrevista, Edite completava seu quinto ano de trabalho na Fundação João Pinheiro. Foi entrevista em 11 de junho de 1997. Início: 8h44. Término: 9h50. Local da entrevista: Fundação João Pinheiro.

Elizabeth França Mendonça foi professora na ESMIG.

Nasceu numa fazenda, pertencente ao município de Fortuna, em Minas Gerais. Mudou-se para Belo Horizonte, em 1964, para poder dar continuidade aos seus estudos e dos oito irmãos.

Graduada em medicina, iniciou seu trabalho na Secretaria de Estado da Saúde.

Vinculada à Superintendência de Epidemiologia da Secretaria, foi disponibilizada para realização de seu doutorado, defendido em 1995.

Manteve relações profissionais com a ESMIG, desde 1992, “informalmente”, fazendo parte da comissão coordenadora e ministrando aulas no curso de epidemiologia, chegando a formar cinco turmas. Vem se dedicando, nos últimos cinco anos, prioritariamente ao ensino.

Começou a participar das atividades da ESMIG na gestão de Mariana Tavares.

Na época da entrevista, Elisabeth tornou-se professora na Faculdade de Medicina da UFMG. Entrevistada em 12 de setembro de 1997. Início: 9 h. Término: 9h40. Local da entrevista: ESMIG.

Hélio Lopes foi diretor da ESMIG entre 1964 e 1967, no governo de Israel Pinheiro. Secretário da Saúde do Estado, com José Pinto Machado

Nasceu em Ouro Preto. Devido ao trabalho do pai, diretor de obras da prefeitura, morou em Belo Horizonte até os treze anos de idade. Retornou a Ouro Preto para terminar o ginásio e, aos 17 anos, voltou a Belo Horizonte para fazer o curso de medicina, formando-se em 1941.

Logo ao se formar, integrando um grupo de 30 médicos que compuseram a elite sanitária de Minas Gerais, formou-se no Curso Intensivo de Especialização em Saúde Pública, patrocinado pela Secretaria da Saúde, em cooperação com o Departamento Nacional de Saúde do Rio de Janeiro. Começou o exercício profissional como residente no pronto socorro em Belo Horizonte, em traumatologia.

Na época da Segunda Guerra Mundial, tornou-se tenente-médico da marinha, ficando responsável, no navio encouraçado São Paulo, pela água, esgoto, assistência médica e cirúrgica. Nesse período, completou sua segunda formação como sanitarista na Escola Nacional de Saúde Pública da França.

Retornou a Belo Horizonte e passou a lecionar disciplinas de Saúde Pública na Escola de Engenharia Federal, da UFMG, sem abandonar a cirurgia traumatológica, na Santa Casa de Belo Horizonte. Essa duplicidade de especialidades manteve-se ao longo de sua vida.

Fez parte do grupo de 22 fundadores da escola de engenharia da FUNED, com a disciplina de Higiene e Saneamento. Foi Diretor e Presidente da FUNED durante 18 anos. Durante nove anos, representou a associação médica no DEMAÉ, Departamento Municipal de Água e Esgoto. Foi relator do projeto do BID, Banco Interamericano de Desenvolvimento, que viabilizou o anel circular de água de Belo Horizonte, e presidente da SLU, Superintendência de Limpeza Urbana.

Dr. Hélio, três meses depois da entrevista, completou 80 anos. Entrevistado em 25 de setembro de 1997. Início: 14h30. Término: 15h15. Local da entrevista: residência do entrevistado.

José Lucas Magalhães Aleixo, professor na ESMIG.

Nasceu em Belo Horizonte.

Graduado em medicina, até 1982 dedicou-se à pediatria. A partir desta época, passou a dividir seu tempo entre a pediatria e Saúde Pública.

Trabalhou na Diretoria Metropolitana de Saúde, coordenando o setor de capacitação e treinamento com funções específicas de desenvolvimento de recursos humanos. Nesta época, em 1986, foi chamado pela ESMIG. Como professor, deu aulas em diversas áreas: planejamento, políticas de saúde, história.

Começou suas atividades na ESMIG, na gestão de Lúcia Vieira Sarapu.

Entrevistado em 4 de agosto de 1997. Início: 8h50. Término: 9h47.

Local da entrevista: ESMIG.

José Pinto Machado foi diretor da ESMIG.

Nasceu no interior de Minas Gerais, no município de Bom Sucesso, em 1918. Logo após, veio para Belo Horizonte. Foi monitor de química do Prof. Baeta Viana, na Universidade. Entrou para o serviço público federal, através do Serviços de Saúde Pública (Fundação SESP). A seguir, foi para os EUA fazer curso de treinamento em administração de saúde.

Retornando, prestou concurso na faculdade de Medicina e criou o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFMG, que foi, por sinal, o segundo departamento de medicina preventiva do Brasil. (O professor José transformou a Cadeira de Higiene em Departamento de Medicina Preventiva e Social, em agosto de 1960).

O Secretario de Saúde, na época que assumiu a direção da ESMIG, era o Dr. Roberto Rezende.

Entrevistado em 18 de setembro de 1997. Início: 15h30. Término: 16h10. Local da entrevista: residência do entrevistado.

Leda Lúcia Teixeira Leite, professora na ESMIG.

Nasceu em Coronel Fabriciano. Ainda recém-nascida, mudou-se para Belo Horizonte.

Formada em enfermagem, funcionária da Fundação Ezequiel Dias, está na ESMIG há 19 anos. Há cerca de cinco anos atua na coordenação do Curso de Gestão Hospitalar. Leciona no curso Logística Hospitalar.

Entrevistada em 27 de agosto de 1997. Início: 9:10h Término: 10h.
Local da entrevista: ESMIG.

Lúcia Vieira Sarapu foi diretora da ESMIG.

Nasceu em São Paulo, capital. Entre o início da década de 70 e o início da década 80, viveu dez anos no exterior (por problemas políticos). Ao retornar, iniciou seu trabalho na Fundação das Pioneiras Sociais, em Brasília, e, em 1983, mudou-se para Belo Horizonte.

Formada em psicologia na universidade, foi professora de psicologia educacional. Em sua permanência fora do país, sempre trabalhou com formação de pessoal – como consultora da UNESCO – alfabetização, pré primário, formação de pessoal de nível elementar, segundo grau. Na Fundação das Pioneiras Sociais, dirigiu por três anos o departamento de recursos humanos, no âmbito da saúde.

No governo de Tancredo Neves – com Dario Tavares, como Secretario da Saúde; Edite Machado, como chefe de recursos humanos, e Dora Barrancos, como Diretora da ESMIG, – Lúcia vincula-se à escola a partir do projeto de educação médica continuada para os médicos da rede de saúde de Minas Gerais.

Atualmente aposentada, é consultora autônoma com particular interesse na formação de pessoal para a área de cooperativismo.

Entrevistada em 11 de setembro de 1997. Início: 14h45. Término: 15h30. Local da entrevista: ESMIG.

Lucimar Ladeira Colen, professora na ESMIG.

Nasceu em Pescador, interior região norte de Minas. Há trinta anos, mora em Belo Horizonte. Em busca de melhores condições para os filhos estudarem, adquirirem uma formação básica para o trabalho e melhor assistência na área de saúde, mudou-se com a família para a capital.

Formada em Sociologia pela UFMG. Antes de se vincular a ESMIG, trabalhou na Secretaria de Cultura de Minas Gerais, na assessoria de museus do interior, fazendo um levantamento sócio econômico e tentando integração entre museus e casas de cultura com as comunidades locais.

Na ESMIG, iniciou seus trabalhos coordenando Projeto de Apoio ao Usuário, cujo objetivo, na área rural do estado, era desenvolver atividades de articulação entre instituições de saúde, grupos de profissionais, associações comunitárias para a melhoria da qualidade do atendimento. Quando entrou na ESMIG o diretor era Renato Quintino.

No período de desenvolvimento de seu mestrado, envolve-se com a coordenação de cursos para conselheiros municipais de saúde. Nesses cursos, deu aulas, coordenou toda a parte administrativa e pedagógica, além de organizar o curso. Os temas a que se dedicou foram políticas públicas e controle social, no SUS. Mais recentemente, atuou no curso de Especialização em Organização de Serviços e orientou duas monografias do curso. Trabalhou no Curso Descentralizado de Saúde Pública de Varginha, coordenado pela ESMIG.

Nos últimos três anos, esteve envolvida com a área de pesquisa, participando de uma comissão do programa de capacitação de recursos humanos da Fundação Ezequiel Dias, além de trabalhar na divisão de pesquisa da ESMIG. Atualmente, retornou de licença maternidade e está envolvida na ESMIG no projeto Cidade Saudável. Entrevistada em 6 de agosto de 1997. Início: 10h30. Término: 11h40. Local da entrevista: ESMIG.

Maria Lúcia Teixeira Leite, professora na ESMIG.

Nasceu na cidade de Morada Nova de Minas, região centro do estado. Mora há trinta e cinco anos em Belo Horizonte. O motivo da migração foi a procura de escola e trabalho dos irmãos.

Formada em pedagogia pela UFMG, trabalhou na formação de professores para os cursos profissionalizantes da Secretaria do Trabalho no Estado de Minas Gerais.

Na ESMIG, há oito anos dirige a Divisão de Ensino e Treinamento. Não desenvolve atividades docentes, só trabalho técnico – elaboração de projetos, elaboração de curriculum e administração do centro formador e da divisão. Nesse período de ESMIG, desenvolveu capacitação pedagógica para professores que trabalham no centro formador, que é a escola de nível médio.

Sua vinda para a ESMIG ocorreu sob a direção de Clóvis B. Menezes

Entrevistada em 6 de agosto de 1997. Início: 15h35. Término: 16h.
Local da entrevista: ESMIG.

Mariana Tavares foi diretora da ESMIG

Nasceu em Belo Horizonte. Filha do Secretário de Estado de Saúde, Dario Tavares, que a ocupou em mais de uma gestão, Mariana “cresceu com o sonho sanitaria”.

Formada em psicologia, pela UFMG, em seus dezessete anos de vida profissional catorze foram dedicados à Saúde Pública.

Ingressou na rede pública municipal como psicóloga, em 1982, trabalhando em um centro de saúde. Em 1984, sob a direção de Lúcia Sarapu, vinculou-se desenvolvendo um projeto de saúde mental.

Começou a trabalhar na ESMIG em 1984, implantando a linha de saúde mental, na Escola, até 1990.

Em 1991, com a eleição do governador Hélio Garcia, o Secretário de Estado, José Saraiva, convida-a para ocupar a direção da ESMIG.

Por considerar que já havia cumprido uma série de projetos pediu autorização para sair da direção da Escola um ano antes do final de seu mandato.

Em 1995, na gestão Eduardo Azeredo, foi reconduzida pelo governador ao cargo, que ocupou de março de 1995 a janeiro de 1996. A brevidade do período foi decorrente de disputas ideológicas e brigas de projetos políticos entre grupos.

Em 1996, abandonou as atividades em Saúde Pública. Atualmente, Mariana dedica-se a uma associação filantrópica voltada para os adolescentes.

Entrevistada em 1 de outubro de 1997 Início: 14 h Término: 15h50.
Local da entrevista: residência da entrevistada.

Sônia Dalva de Souza Andrade, professora na ESMIG

É funcionária da FUNED, lotada na ESMIG, participando do curso Preparo Técnico Pedagógico para Instrutores e Professores.

Quando entrou na ESMIG, o diretor era Clóvis B. Menezes.

Entrevistada em 27 de agosto de 1997. Início: 10h35. Término: 11 h.

Local da entrevista: ESMIG.

Maria Virgínia Vieira Pinheiro foi diretora da ESMIG.

Formada em enfermagem, em 1956, foi logo para a ESMIG trabalhar com Dr. Cid Ferreira Lopes, diretor na época.

Permaneceu como diretora poucos meses, entre as gestões de Otto Mendonça de Pessoa e Clóvis B. Menezes.

Seu depoimento foi colhido sem roteiro determinado, com o objetivo exploratório e como primeira aproximação com a escola.

Entrevistada em 12 junho de 1997. Início: 14h55. Término: 16 h. Local da entrevista: ESMIG.

Fontes iconográficas

Ações sócio-sanitárias entre 1910 e 1950, no Brasil

Hino do Sanitarista. Reprodução fotográfica da placa no saguão de entrada do prédio do Ministério da Saúde. Brasília – DF. Sem identificação de autoria.

Rotas de alguns sanitaristas expedicionários 1911/1913. Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Membros da expedição 1912, Vale do Tocantins. Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Rio de Janeiro.

Atendimento médico 1911 Palma – Goiás. Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Expedição liderada por Carlos Chagas em 1913, Rio Negro, Amazonas. Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Habitantes de Massarabi, 1913, Amazonas. Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Maquete da seção de Higiene Rural, 1923. Acervo do Centro de Memória Iconográfica. Faculdade de Saúde Pública. USP.

Quintal de um cortiço em Santana, na década de 20. Acervo do Centro de Memória Iconográfica. Faculdade de Saúde Pública. USP.

Vista geral do riacho da Saracura Grande, nas imediações da Av. Brigadeiro Luís Antônio, na década de 20. Acervo do Centro de Memória Iconográfica. Faculdade de Saúde Pública. USP.

Drs. Smillie e Samuel Pessoa, analisando vermes na Fazenda Santa Ernestina, Araraquara, 1922. Acervo do Centro de Memória Iconográfica. Faculdade de Saúde Pública. USP.

Mensagem em formato de cartaz e cartão postal utilizados nas campanhas de educação sanitária, na década de 20. Acervo do Centro de Memória Iconográfica. Faculdade de Saúde Pública. USP.

Capa do número especial da Revista da Sociedade Rural Brasileira, junho de 1936, dedicada ao saneamento rural. Acervo do Centro de Memória Iconográfica. Faculdade de Saúde Pública. USP.

Lado leste da avenida Paulista (São Paulo), Vista transversal do Vale do Itororó na década de 1930. Imagem digitalizada de Claude Lévi-Strauss em Saudades do Brasil. São Paulo, Companhia da Letras. 1994. p.34.

Escola de Saúde de Minas Gerais – ESMIG

Imagem frontal da Fachada da Escola de Saúde de Minas Gerais.

Cidade de Belo Horizonte, 1997. Foto Hallan de Oliveira.

Fachada do Prédio da Escola de Saúde de Minas Gerais Cidade de

Belo Horizonte, 1998. Foto Mariangela Leal Cherchiglia.

Visitadoras Sanitárias diplomadas em 1954 pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, tendo a frente o governador Jucelino Kubtschech e a enfermeira Cléria Luizá Gonçalves Pinto. Acervo ESMIG, 1954.

Dr. Cid Ferreira Lopes. Primeiro Diretor da ESMIG no Gabinete da Diretoria. Acervo ESMIG. s/d.

Aluna do Curso de Visitadora Sanitária em serviço de campo. Acervo ESMIG. s/d.

Alunas Visitadoras Sanitárias, fazendo vacinações diversas nos habitantes das vilas. Acervo ESMIG, 1960.

Aluna Visitadora Sanitária, fazendo demonstração na preparação de alimentos no domicílio. Acervo ESMIG. s/d.

Sala de aula. Curso de Saúde Pública. Acervo ESMIG. s/d.

Turma de Sanitarista, 1960. Acervo ESMIG.

Algumas questões sócio-sanitárias – década de 1990.

Barés da ilha de Massarabi 1995, Amazonas. Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. 1996. Rio de Janeiro.

Farmácia Caseira de Barcelos. Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Deposito de lixo em Fortaleza, 1983. Imagem digitalizada de Terra. São Paulo. Companhia das Letras, 1997. p. 77.

Trabalhador de Construção. São Paulo 1996. Foto digitalizada de Terra. São Paulo. Companhia das Letras, 1997. p. 93.

Trabalhadores que navegam em rios da Amazônia – “Ali se cozinha, ali se come, ali se dorme”. Foto digitalizada de Claude Lévi-Strauss em Saudades do Brasil. São Paulo. Companhia da Letras, 1994. p.209.

Criança no assentamento de Barra do Onça. Sergipe, 1996. Foto digitalizada de Terra. São Paulo. Companhia das Letras, 1997. p. 107.

Ocupação da Fazenda Giacometi. Paraná, 1996. Foto digitalizada de Terra. São Paulo. Companhia das Letras, 1997. p. 125.

Campanha de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis. Estado de São Paulo, 1998.

Emissão de poluentes nos Estados Unidos: países ricos produzem 70% dos gases. Banco de Imagens da Revista Veja, 1998.

Av. Radial Leste. Município de São Paulo. Banco de Imagens da Revista Veja, 1998.

Gravidez precoce. Banco de Imagens da Folha de São Paulo, 1997.

Médica examina criança na aldeia ianomâmi de Ariabu. Acervo FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Aplicações de injeções e curativos em geral. Serviços de assistência Município de Cruzeiro do Sul. Foto de 1997.

Mercado Municipal. Município Cruzeiro do Sul. Foto de 1997.

Mulheres lavam roupa nas águas do Rio Juruá. Município de Cruzeiro do Sul. Foto de 1997.

Hospital de atendimento rural. Região de assentamento do INCRA, próxima ao município de Cruzeiro do Sul, 1997.

Cidade interiorana. Goiás Velho (já foi a capital do Estado de Goiás). Foto digitalizada de Claude Lévi-Strauss em *Saudades do Brasil*. Companhia da Letras. São Paulo, 1994. p.209.

Trabalho infantil em condições subumanas. Foto digitalizada de Claude Lévi-Strauss em *Saudades do Brasil*. Companhia da Letras. São Paulo, 1994. p.53.

Rodovia dos Imigrantes. Banco de Imagens da Folha de São Paulo, 1998.

Os abomináveis homens de gelo. Folha de São Paulo, 1998.

O Ministério da Saúde Adverte. Banco de Imagens da Folha de São Paulo.

Legislação e Documentos

Legislação

1. Criação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Minas Gerais. Decreto-lei n. 1.751 de 3 de junho de 1946. Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 5 de junho de 1946. p. 2-3.
2. Aprovação do Regulamento da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde e Assistência. Decreto n.º 5.634 de 27 de agosto de 1959. Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 28 de agosto de 1959. p. 1-3.
3. Normas de caráter regimental sobre a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Portaria n. 72. Órgão de Oficial dos Poderes do Estado, 11 de março de 1951. p. 16.
4. Concessão de bolsas de Estudos na Escola de Saúde Pública e da outras providências. Decreto n. 5.622 de 2 de junho de 1956. Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 14 de julho de 1956. p. 1.
5. Equiparação da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde e Assistência de Minas Gerais à Escola Nacional de Saúde Pública. Decreto Presidencial n. 49.309 de 21 de novembro de 1960. Diário Oficial da União, 12 de janeiro de 1961.
6. Reconhecimento dos cursos de Saúde Pública e de Doutorado da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Decreto Presidencial n. 49.846 de 7 de janeiro de 1961. Diário Oficial da União, 12 de janeiro de 1961. p. 12.

7. Criação da Fundação Ezequiel Dias e aprovação do seu Estatuto.

Decreto n. 13.409 de fevereiro de 1971. Minas Gerais – Diário do Executivo, 14 de julho de 1972. p. 9.

8. Estatuto da Fundação Ezequiel Dias.

Decreto n. 15.611 de 16 de julho de 1973. Minas Gerais – Diário do Executivo, s/d de julho de 1978. p. 21.

9. Normas Gerais para os cursos de pós-graduação “*lato sensu*”.

Regulamento de Ensino de 28 de abril de 1987. Doc. Interno da ESMIG.

10. Reorganização da Secretaria de Estado de Saúde e outras providências.

Minas Gerais – Diário do Executivo, 17 de janeiro de 1992.

11. Reforma João Alves – Rocha Vaz. Reforma do Ensino 1925.

Decreto n. 16.582 – A/25.

12. Criação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais a partir da reorganização do Departamento Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Lei n. 1.751 de 3 de junho de 1946, Governo Juscelino Kubitschek. (Jornal do Governo do Estado de Minas Gerais, 5 de junho de 1946).

Criada com a finalidade de formar sanitaristas, através de cursos de aperfeiçoamento para médicos, cursos de doutorado para médicos e

engenheiros sanitaristas, ensino oficial de enfermagem e preparação de pessoal auxiliar de saúde pública.

13. Criação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Minas Gerais. Decreto-lei n. 1.751 de 3 de junho de 1946. Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 5 de junho de 1946. p. 2-3.

14. Aprovação do Regulamento da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde e Assistência.

Decreto n. 5.634 de 27 de agosto de 1959. Órgão Oficial dos Poderes do Estado, de 28 de agosto de 1959. p. 1-3.

15. Normas de caráter regimental sobre a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Portaria n. 72. Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 11 de março de 1951. p. 16.

16. Concessão de bolsas de Estudos na Escola de Saúde Pública e outras providências.

Decreto n. 5.622 de 2 de junho de 1956. Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 14 de julho de 1956. p. 1.

17. Equiparação da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde e Assistência de Minas Gerais à Escola Nacional de Saúde Pública.

Decreto Presidencial n. 49.309 de 21 de novembro de 1960. Diário Oficial da União, 12 de janeiro de 1961.

18. Reconhecimento dos cursos de Saúde Pública e de Doutorado da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Decreto Presidencial n. 49.846 de 7 de janeiro de 1961. Diário Oficial da União, 12 de janeiro de 1961. p. 12.

19. Criação da Fundação Ezequiel Dias e aprovação do seu Estatuto.
Decreto n 13.409 de fevereiro de 1971. Minas Gerais – Diário do Executivo, 4 de julho de 1972. p. 9.
20. Estatuto da Fundação Ezequiel Dias.
Decreto n. 15.611 de 16 de julho de 1973. Minas Gerais – Diário do Executivo, s/d de julho de 1978. p. 21.
21. Normas Gerais para os cursos de pós-graduação “*lato sensu*”.
Regulamento de Ensino de 28 de abril de 1987. Doc. Interno da ESMIG.
22. Reorganização da Secretaria de Estado de Saúde e outras providências.
Minas Gerais – Diário do Executivo, 17 de janeiro de 1992.
23. MINAS GERAIS – Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 11 de março de 1951.
24. MINAS GERAIS – Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 2 de fevereiro de 1947.
25. MINAS GERAIS – Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 5 de junho de 1947.

Documentos

Biblioteca Virtual Carlos Chagas Fiocruz. Texto disponível na Internet:
www.fiocruz/historia [13 jul. 1999]

Boletín de la OPS 6(3):172-177, marzo, 1927.

Boletín de la OSP – 3(2): 57, febrero, 1924.

Boletín de la OSP – 4 (1), enero, 1925.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Documentos Parlamentares – 9. Mensagens presidenciais (1890-1910). Coordenação de Publicações, Brasília, 1978.

MINAS GERAIS – Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 11 de março de 1951.

MINAS GERAIS – Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 2 de fevereiro de 1947.

MINAS GERAIS – Órgão Oficial dos Poderes do Estado, 5 de junho de 1946.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE — Departamento Nacional de Saúde – Cursos, Atividades dos Cursos do DNS, período 1942-1950, Rio de Janeiro, 1950.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Capítulo I – Categoria e Finalidade.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Planejamento. Programa – Rede de Proteção Social. Texto disponível na Internet: www.saude.gov.br/programas/rede/rede.htm [6 abr. 1999]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para a organização da atenção básica. Brasília. 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.052, de 23 de dezembro de 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. História y Estructura de la Organización Panamericana de la Salud. Texto disponível na Internet: www.opas [5 mar. 1999]

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Recursos humanos y sistemas locales de salud. Washington, D.C., 1994. In: PAIM Jairnilson, S. e ALMEIDA FILHO, Naomar. *Saúde coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou*

campo aberto a novos paradigmas? Ver. Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 1998. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 99).

SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, Serviço Médico Escolar em Minas Gerais, Belo Horizonte, 1950.

Livros e Artigos

ACHUTTI, Luiz Eduardo Robinson. *Fotoetnografia: um estudo de Antropologia Visual sobre cotidiano, lixo e trabalho*. Porto Alegre: Tomo Editorial e Livraria Palmarinca, 1997.

AGUDELO, Saul Franco. “Saúde e imperialismo a ação anti-malária na América Latina e a Fundação Rockefeller”, *Textos de Apoio, Ciências Sociais* 2. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1984.

ANDRADE, Carlos Drummond. *Mata Atlântica*. São Paulo: AC&M Editora, 1984.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 6. ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 1993.

ARRUDA, Maria A do Nascimento. *Mitologia da Mineridade*.

BARTHES, Roland. *A Câmara clara*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

BENCHIMOL, Jaime (coord.) *Manguinhos, do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz, 1990.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da saúde pública no Brasil*. Série História em movimento, São Paulo: Ática, 1996.

BERTUCCI, Liane Maria. *Saúde: Arma revolucionária. São Paulo – 1891/1925*. Campinas: Centro de Memória UNICAMP, 1997. (Coleção Tempo & Memória, v. 3).

BOGDAN, Robert. *Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, 1994.

BONDUKI, Nabil. *Origens da habitação social no Brasil: Arquitetura Moderna, Lei do Inquilinato e Difusão da Casa Própria*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

BOSI, Ecléa *Memória e Sociedade – lembranças de velhos*. 1. ed. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979.

CALDEIRA, Jorge. *Viagem pela história do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

CALLIGARIS, Contardo. *Crônicas do individualismo cotidiano*. Editora Ática, 1999. p.6.

CANCLINI, Néstor García. *Consumidores e Cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1997.

CASTRO, Moacir Werneck. “O Brasil de Wagley”. *Jornal do Brasil*. 12 de fevereiro de 1998.

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

CHAUÍ, Marilena. “A universidade operacional”. *Folha de São Paulo*, Seção “Brasil 500 d.C”, 9-5-1999.

CHAUÍ, Marilena. “Neoliberalismo e Universidade”. In: OLIVEIRA, Francisco e PAOLI, Maria Célia (orgs.). *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. Editora Vozes/FAPESP, 1999.

CHAUÍ, Marilena. “Os trabalhos da memória” In BOSI, Ecléa *Memória e Sociedade – lembranças de velhos*. São Paulo, T. A. Queiroz, 1. ed., 1979.

CHAUÍ, Marilena. “Ventos do progresso: a universidade administrativa”. In: PRADO Jr, B. et alii. *Descaminhos da Educação pós-68*. Citado por SAUL, Ana Maria. *Avaliação Emancipatória*. (1988) São Paulo: Cortez.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1983.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1986.

DAGNINO, Evelina. *Anos 90 – política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

DEGENSZAJIS, Raquel Raichelis. “A construção da esfera pública no âmbito da política de assistência social”. Tese de Doutorado em Serviço Social – PUCSP, 1997.

FELICE, Massimo Di e MUÑOZ (orgs.). *A revolução invencível. o subcomandante Marcos e o Exército Zapatista de Libertação Nacional – cartas e comunicados*. Editorial Bontempo, 1998.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes*. São Paulo: Companhia das Letras.

GINZBURG, Carlo. “Sinais. Raízes de um paradigma indiciário”. In: *Mitos, emblemas, sinais. Morfologia e história*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

GRAMSCI, *Cartas do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

GUARESCHI, P. A. e JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). *Textos de representações sociais*. Vozes, 1994.

HOBSBAWM, Eric. “O sentido do passado”. In: *Sobre História*. São Paulo: Companhia das Letras.

HOCHAMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec-Anpocs, 1998.

KLOETZEL, Kurt. “Ciência auto-sustentada: o caso da Esquistossomose”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 8 (2): 204-206, abr/jun, 1992.

KOSSOY, Boris. “Estética, Memória e Ideologia Fotográfica: decifrando a realidade interior das imagens do passado”. *Revista Acervo*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, jan./dez. 1993.

LABRA, Maria Eliana. “O movimento sanitaria nos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil”. Mimeo. Fundação Getúlio Vargas, 1985.

LAVILLE, Cristian e DIONNE, Jean. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Artmed/UFMG, 1999.

LEGOFF, J. *História e Memória*. Campinas: Unicamp, 1990.

LÉVI-STRAUSS, Claude. “A crise moderna da Antropologia”. *Revista de Antropologia*. São Paulo, 10:1-2. 1962.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Tristes Trópicos*. 2. ed. Editorial Universitária de Buenos Aires. 1973.

LIMA, Nísia Trindade e HOCHMAN, Gilberto. “Descobrimdo a Nação, construindo o Estado: o movimento pela reforma da Saúde Pública no Brasil da Primeira República”. Mimeo apresentado na Latin American Studies Association, Washington, 1995.

LINHARES, Célia, FAZENDA, Ivani e TRINDADE, Vitor. “Os lugares dos sujeitos na pesquisa educacional”. Ed. UFMS – Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

LOBATO, José Bento Monteiro. *Mr Slang e o Brasil e Problema Vital*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1948.

LOBATO, José Bento Monteiro. *Mr. Slang e o Brasil e o Problema Vital*. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 1957.

LOPES, Cid Ferreira. “A necessidade de técnicos de Saúde Pública”. Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947.

LOPES, Cid Ferreira. Discurso na solenidade de entrega de diploma dos médicos sanitaristas e da primeira turma de médicos fisiólogos de 1954.

MACHADO, Edite Novais da Mata. “Formação de Sanitaristas e Políticas de Saúde Pública em Minas Gerais, 1947-1955”. Dissertação – UFMG, 1990.

MACIEL, Laura Antunes. “A Nação por um fio: caminhos, práticas e imagens da ‘Comissão Rondon’”. Tese de Doutorado em História. PUC-SP, 1997.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. *Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

MARTINS, José de Souza. *O poder do atraso. Ensaio de Sociologia da História Lenta*. Editora Hucites, 1994.

MELO, Eder Jansen de, “Relatório da Diretoria de Hygiene do Estado de Minas Gerais”, 1922.

MICELI, Sérgio. *Intelectuais e classe dirigente no Brasil (1920-1945)*. São Paulo: DIFEL, 1979.

MORAIS E SILVA, Nelson L. de Araújo de , ORLANDO, J., “Contribuição do serviço Especial de Saúde Pública e do Instituto de Assuntos Interamericanos à formação de técnicos”, Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947.

NIETHAMMER, Lutz. “Conjunturas de identidade coletiva”. *Projeto História* 15. PUC-SP, abril/97.

OLIVEIRA, Francisco e PAOLI, Maria Célia (orgs.). *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. Editora Vozes/FAPESP, 1999.

PAIM Jairnilson S. e ALMEIDA FILHO, Naomar. “Saúde coletiva: uma ‘nova saúde pública’ ou campo aberto a novos paradigmas?”. *Saúde Pública*, 3s, 1998

PEREIRA, Potyara. *A Assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil*. Brasília: Thesaurus, 1996.

PORTELLI, Alessandro. “Tentando aprender um pouquinho; Algumas reflexões sobre a ética na História Oral”. *Projeto História* (15), São Paulo, abril de 1997.

REVEL, Jacques (org.). *Jogos de Escalas. A experiência da microanálise*. São Paulo: FGV, 1998 e CERTEAU, Michel. *A invenção do cotidiano*. São Paulo: Vozes, 1994.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa, *História sem fim... Inventário da Saúde Pública*. São Paulo: Editora UNESP, 1993.

RIBEIRO, Renato Janine. *A política como espetáculo*. In: DAGNINO, Evelina. *Anos 90 – política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

RODRIGUEZ Neto, R. “Teoria y practica de la salud pública”. Washington, D.C., Organización Pan-americana de la salud, 1994.

SALGADO, Sebastião. “Nossa América”. *Revista da Fundação do Memorial da América Latina*, São Paulo, julho/setembro 1993.

SAMUEL, Raphael “Teatros de Memória”. *Projeto História*, São Paulo, 14 fev. 1997.

SANTOS, Luiz A. de Castro. “O Pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, 1985. vol. 28, n. 2.

SANTOS, Milton. *Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica*. 3. ed.

SAUL, Ana Maria. *Avaliação Emancipatória*. (1988) São Paulo: Cortez.

SCLIAR, Moacyr. *Sonhos Tropicais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

SILVA, Regina Helena Alves da. “A cidade de Minas”. Dissertação em Ciência Política. Belo Horizonte – UFMG, 1991.

SEVCENKO, Nicolau *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984. (Coleção Tudo é História).

SIMIONATTO, Ivete. *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. Editora Cortez, 1995.

SOTTILI, Rogério “MST: A nação além da cerca: a fotografia na construção da imagem e da expressão política e social dos sem-terra”. Tese de Mestrado – PUC-SP, 1999.

SOUZA, Geraldo H. Paula e VIEIRA, Francisco B. “Formação de Técnicos para os Serviços de Saúde Pública”, Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947.

SPINK, Mary Jane Paris. “Desvendando as teorias implícitas : uma metodologia de análise das representações sociais”. In: GUARESCHI, P. A. e JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). *Textos de representações sociais*. Vozes, 1994.

TELLES, Vera. *Sociedade civil e a construção de espaços públicos*. In DAGNINO, Evelina (org). Anos 90 – política e sociedade no Brasil. Editora Brasiliense, 1994.

THIELEN, Eduardo Vilela. “Imagens da saúde do Brasil: a fotografia na institucionalização da Saúde Pública”. Dissertação de Mestrado em História. – PUC-SP, 1992.

THOMPSON, E. P. *A miséria da teoria, ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1978.

THOMPSON, E. P. *Costumes em comum; estudo sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

THOMPSON, E. P. *History from below*. In GINZBURG, Carlo. “Sinais. Raízes de um paradigma indiciário”. In: *Mitos, emblemas, sinais. Morfologia e história*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

THOMSON, Alistair. “Recompondo a memória: questões sobre a relação entre a história oral e as memórias”. *Projeto História* (15), São Paulo, abril de 1997.

VALLA, Victor. *A penetração norte-americana na economia brasileira (1898-1929)*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1978.

VASCONCELLOS, Maria da Penha C. *Memórias da Saúde Pública: a fotografia como testemunha*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.

VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. “A doença mental acima de qualquer suspeita: Franco da Rocha e a prática psiquiátrica na cidade de São Paulo – 1885 a 1923”. Dissertação em Psicologia Social – PUC-SP, 1992.

VELLOSO, Monica Pimenta. *Modernismo no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

VIGARELLO, Georges. *O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

WELCH, W. H. & Rose, W. *The Institute of Hygiene (N. Y.)*, 1915.