

A série
História em Movimento
compõe-se de livros destinados à leitura extraclasse.
Complementando e aprofundando temas desenvolvidos
nos livros didáticos, a série pretende apoiar o trabalho do professor
e estimular o interesse dos alunos.

História da saúde pública no Brasil
trata de um tema pouco usual nas aulas de história,
mas muito importante para os brasileiros. Mais que um tema,
é uma realidade dramática, que o conhecimento histórico
certamente vai ajudar a compreender.

Outros títulos da série:

- O racismo na história do Brasil**
Maria Luíza Tucci Carneiro
- Religião e religiosidade no Brasil colonial**
Mary Del Priore
- O brilho de mil sóis — História da bomba atômica**
José Augusto Dias Júnior e Rafael Roubicek
- O Mercosul e a sociedade global**
Walter Praxedes e Nelson Piletti
- Alemanha — Da divisão à reunificação**
Serge Cosseron
- Guerra e paz no Oriente Médio**
Michel Treignier
- Guerra e poder na sociedade feudal**
Cyro de Barros Rezende Filho
- A Segunda Guerra Mundial**
Marco Chiaretti
- Palestinos — Em busca da pátria**
Mustafa Yazbek

Claudio Bertolli Filho

História da saúde pública no Brasil

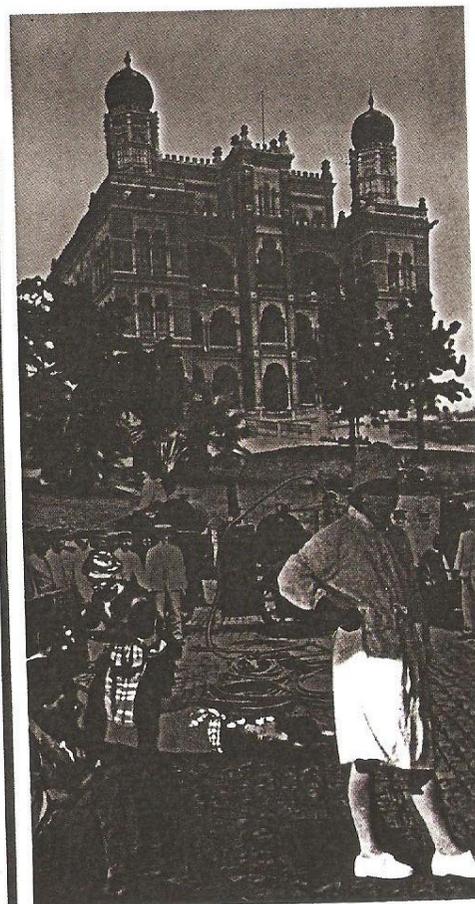
WA
B4
20 e.2

HISTÓRIA

em movimento

Claudio Bertolli Filho

História da saúde pública no Brasil



ISBN 85-08-05801-2



9 788508 058013

| | |
|--------|--------|
| Class. | W411 |
| | 124621 |
| Ano | 3 |
| Tombo | 14531 |
| Código | 16134 |

Sumário

| | |
|---|----|
| 1 — Da colonização à República: a raiz histórica da doença | 5 |
| O dilema sanitário no período colonial | 5 |
| O Império enfermo | 8 |
| A civilização contra a barbárie | 11 |
| Nasce a política de saúde brasileira | 14 |
| 2 — Na República o Brasil “civiliza-se” | 16 |
| As oligarquias e a saúde pública | 16 |
| As doenças dos brasileiros | 21 |
| O saneamento das cidades | 24 |
| A Revolta da Vacina | 27 |
| 3 — A saúde pública na era Vargas (1930-1945) | 30 |
| A institucionalização da saúde pública | 30 |
| Getúlio, o pai dos pobres | 32 |
| A educação em saúde | 34 |
| A “sociedade dos homens doentes” | 37 |
| 4 — A democratização e a saúde (1945-1964) | 39 |
| A criação do Ministério da Saúde | 39 |
| O atendimento médico aos trabalhadores urbanos | 42 |
| A politização da saúde | 46 |
| 5 — A saúde no regime militar de 1964 | 49 |
| O regime dos generais presidentes | 49 |
| O esvaziamento do Ministério da Saúde | 51 |
| O Estado e a Previdência Social | 54 |
| Saúde: um bom negócio para o capital estrangeiro | 58 |
| 6 — A saúde nos anos 80 e 90 | 60 |
| A crise da saúde | 60 |
| O Sistema Unificado de Saúde | 63 |
| A epidemiologia da desigualdade | 64 |
| Conclusão — “Saúde para todos no ano 2000” | 67 |
| Depois da leitura: reflexão e debate | 70 |
| Bibliografia | 71 |

Da colonização à República: a raiz histórica da doença

As primeiras referências sobre as terras e os indígenas descobertos em 1500 por Pedro Álvares Cabral davam a idéia de um paraíso terreno. A beleza e a grandiosidade das paisagens, a riqueza da alimentação, a pureza das águas e o clima ameno combinavam, aos olhos do europeu, com a saúde dos habitantes do Novo Mundo. Segundo as descrições, os índios que ocupavam a região litorânea do Brasil eram robustos e ágeis, desconhecendo as mortais enfermidades que naquele período ceifavam milhares de vidas em todo o continente europeu.

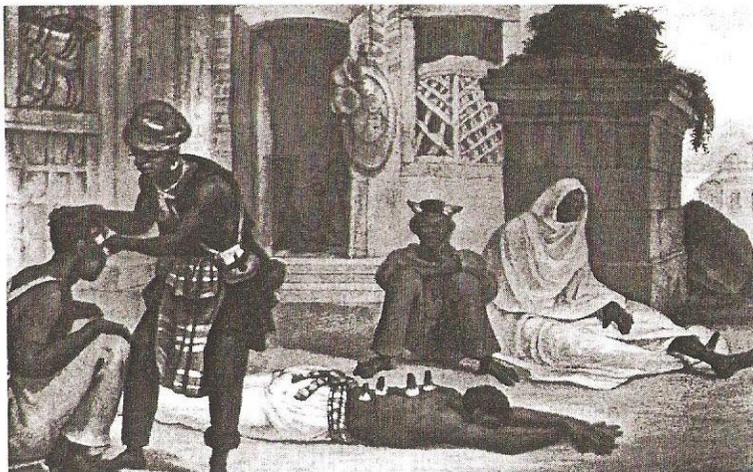
O dilema sanitário no período colonial

A forte tendência idealizadora que marcou a composição das primeiras imagens do Brasil durou pouco. O “paraíso” tropical anunciado pelos marinheiros quando retornavam para seus portos de origem foi logo substituído pela versão oposta. Já no século XVII a colônia portuguesa da América era identificada com o “inferno”, onde os colonizadores brancos e os escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência. Os conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais da vida na região e sobretudo as múltiplas e freqüentes enfermidades eram os principais obstáculos para o estabelecimento dos colonizadores.

Físicos e cirurgiões

A guerra, o isolamento e a doença colocavam em perigo o projeto europeu de colonização e exploração econômica das terras brasileiras. Diante do dilema sanitário, o Conselho Ultramarino português — órgão responsável pela administração das colônias — criou ainda no século XVI os cargos de físico-mor e cirurgião-

mor. Seus titulares foram incumbidos de zelar pela saúde da população sob domínio lusitano. Essas funções, no entanto, permaneceram por longos períodos sem ocupantes no Brasil. Eram raros os médicos que aceitavam transferir-se para cá, desestimulados pelos baixos salários e amedrontados com os perigos que enfrentariam.



O cirurgião negro, de Debret, registra a aplicação da medicina popular por negros escravos nas ruas do Rio de Janeiro, no início do século XIX.

Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram no Brasil encontraram todo tipo de dificuldade para exercer a profissão. Além do imenso território e da pobreza da maior parte dos habitantes, que não podiam pagar uma consulta, o povo tinha medo de se submeter aos tratamentos. Baseados em purgantes e sangrias*, esses tratamentos em geral enfraqueciam os pacientes e causavam a morte daqueles em estado mais grave. Em vez de recorrer aos médicos formados na Europa, a população colonial, rica ou pobre, preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas.

Em 1746, em todo o território dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades européias. O capitão-general Luís de Mascarenhas, que administrava a capitania de São Paulo, reconhecia que os médicos europeus eram “raros e caros”, enquanto os boticários (espécie de farmacêuticos) haviam se “degenerado”, negando-se a socorrer os enfermos sem dinheiro. O capitão-general exaltava ainda a eficiência dos remédios popula-

Sangria
Ato de extrair sangue do corpo do enfermo, com o objetivo de curá-lo.

res, confidenciando que ele próprio recorria aos “curadores” e também aos padres da Companhia de Jesus para tratar da saúde.

Varíola

A ausência de serviços de saúde eficientes fazia com que a orientação dos médicos só fosse aceita em épocas de epidemia*, por exemplo, em surtos de varíola*.

A varíola — então chamada de mal das bexigas — era uma doença conhecida desde 3000 a.C. pelos povos do Oriente e da África. É provável que tenha vindo para o continente americano com os escravos africanos, tornando-se a principal causa da mortalidade que periodicamente assolava as cidades e as vilas brasileiras. Dos núcleos urbanos, a doença se disseminava pelos sertões, provocando a morte de grande número de índios e de escravos que trabalhavam nos engenhos de açúcar do Nordeste e na extração de ouro em Minas Gerais.

Epidemia
Aparecimento e difusão rápida e passageira de uma doença — infecto-contagiosa ou não — que atinge um grande número de pessoas ao mesmo tempo.

As vítimas da varíola

Verdade é que os que adoecem de uma espécie de bexigas, a que chamam pele de lixa, por fazer a pele do enfermo semelhante à daquele peixe, quase que nenhum escapa, porque se lhe despe a pele do corpo, como se fosse queimada

ao fogo com o deixar todo em carne viva; e eu sei de enfermo ao qual se lhe caiu a pele de uma perna toda inteira, ficando fora dela, como meia-calça, e desta maneira morre muita gente, sem se poder achar remédio preservativo

para tão grande mal, com ser doença que se comunica de uns a outros, como se fora peste.

Anônimo do século XVII. *Diálogo das grandezas do Brasil*. São Paulo, Nacional, 1977, p. 98.

Nos surtos epidêmicos, os médicos e os curandeiros pouco podiam fazer, já que quase nada se conhecia sobre a varíola, assim como sobre as demais doenças infecto-contagiosas. A única opção possível era exigir o afastamento dos enfermos do ambiente ocupado pelos sadios — o que, na maioria das vezes, levava os “bexiguentos” a morrerem sozinhos, nas matas próximas às vilas e povoados.

Se o isolamento dos infectados era prática aceita por todos, médicos e pacientes, o mesmo não acontecia quando os médicos tentavam prevenir a varíola fazendo um pequeno corte no braço, colocando aí um pouco de pus extraído das feridas de um doente em convalescença. Nesse momento, muita gente fugia aterrorizada dos povoados e das fazendas e se escondia nas matas, esperando que os agentes médicos se retirassem ou fossem expulsos do lugar.

Varíola
Moléstia infecciosa causada pelo micróbio *Poxvirus variolae*, resultando em febre alta, vômitos, dores generalizadas e principalmente no aparecimento de bolhas, que deixam cicatrizes pelo corpo. A forma *varíola major* é muito grave, matando vinte em cada cem atingidos.

O Império enfermo

A vinda da Corte portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde. Como sede provisória do império lusitano e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se o centro das ações sanitárias. Com elas, dom João VI procurou oferecer uma imagem nova de uma região que os europeus definiam como território da barbárie e da escravidão.

Escolas de medicina

Para um atendimento mais constante e organizado das questões sanitárias, era necessário criar rapidamente centros de formação de médicos. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país.

Em 1829, por ordem de dom Pedro I e em resposta ao pedido feito por membros da elite nacional, foi criada a Imperial Academia de Medicina. Reunindo os principais clínicos que atuavam no Rio de Janeiro, essa academia funcionou como órgão consultivo do imperador nas questões ligadas à saúde pública nacional. Nessa época, surgiu também a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população.

Médicos e miasmas

Filhos do seu tempo, os médicos do Império, sobretudo os que atuavam na Corte, não sabiam o que fazer para evitar as doenças infecciosas que atingiam os habitantes da capital, depois disseminadas pelos viajantes por todo o país, inclusive entre os índios da Amazônia. Uma primeira hipótese — nem sempre verdadeira — levantada nos debates médicos foi a de que os navios vindos do estrangeiro seriam os principais causadores das epidemias cariocas, como as de varíola, febre amarela* e cólera*. Em 1828 foi organizada a Inspetoria de Saúde dos Portos, e todas as embarcações suspeitas de transportarem passageiros enfermos passaram a ser obrigatoriamente submetidas a quarentena, numa ilha próxima à baía de Guanabara.

Febre amarela

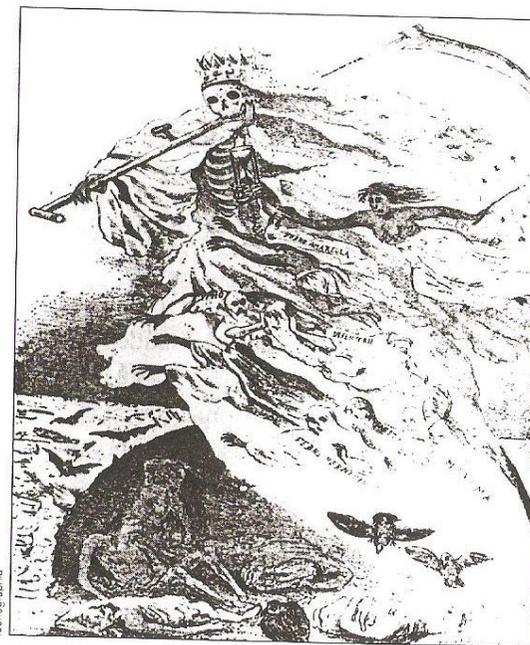
Doença infecto-contagiosa causada por um vírus transmitido ao homem pela picada de mosquito. Caracteriza-se por um começo brutal, com febre de quarenta graus, dores violentas nas costas e na cabeça e vômitos, podendo levar à morte.

Cólera

Infecção intestinal aguda e muito contagiosa causada pelo bacilo *Vibrio cholerae*, presente em águas poluídas. É caracterizada por diarreia abundante, vômitos e câibras; se não tratada rapidamente, pode levar à morte num período de 12 a 36 horas.

Em seguida, a Junta de Higiene Pública voltou os olhos para a própria população da Corte, exigindo que todos se vacinassem contra a varíola. Desde o início do século XIX, a cidade já contava com uma vacina para conter o avanço das bexigas. Criada em 1796 pelo médico inglês Edward Jenner, era produzida com o pus retirado de bovinos infectados pelo vírus da varíola. Essa vacina teve rápida aceitação no mundo ocidental como a melhor estratégia para impedir a ocorrência de epidemias da doença.

Por fim, alguns médicos concluíram que as enfermidades cariocas eram causadas por “miasmas”, isto é, pelo “ar corrompido” que, vindo do mar, pairava sobre a cidade. Como precaução, recomendavam aos mais ricos que se afastassem da Corte nos períodos de crise sanitária e procurassem refúgio nas cidades serranas, principalmente em Petrópolis. Para aqueles que não podiam sair do Rio de Janeiro, os médicos proibiam o consumo de bebidas e frutas geladas que, segundo eles, facilitavam as infecções. E ainda convocavam a milícia a disparar periodicamente tiros de canhão, para — segundo diziam — movimentar o ar e afastar os perigosos “miasmas” estacionados sobre a cidade.



As vistas do Rio de Janeiro. Desenho de H. Fleuiss sobre as doenças que atingiam a capital do Brasil no século XIX.

O Rio de Janeiro exporta a febre amarela

A febre amarela tem se tornado endêmica no Rio, reaparece em quase todas as invernações e deste foco principal irradia-se mais ou menos longe; é assim que a cidade de Montevideú foi atacada em 1856. (...)

Desde 1849, (...) época da primeira grande epidemia nesta cidade, sua duração não se limitou nunca a um ano: assim não desapareceu senão em 1854;

a segunda epidemia durou de 1859 a 1863; tudo leva a crer que depois de ter experimentado um decréscimo notável durante o inverno de 1870, vá reaparecer com a invernação de 1870 a 1871. As tripulações estão, pois, frequentemente na presença deste flagelo; e é raro que qualquer navio estacionado na enseada do Rio não lhe pague sempre seu tributo mais ou menos pesado.

Dr. José Pereira Rego. *Memória histórica das epidemias de febre-amarela e cholera-morbo que têm reinado no Brasil*. Rio de Janeiro, Typographia Nacional, 1873, p. 5. O médico José Pereira do Rego era presidente da Academia Nacional de Medicina e da Junta Central de Higiene Pública.

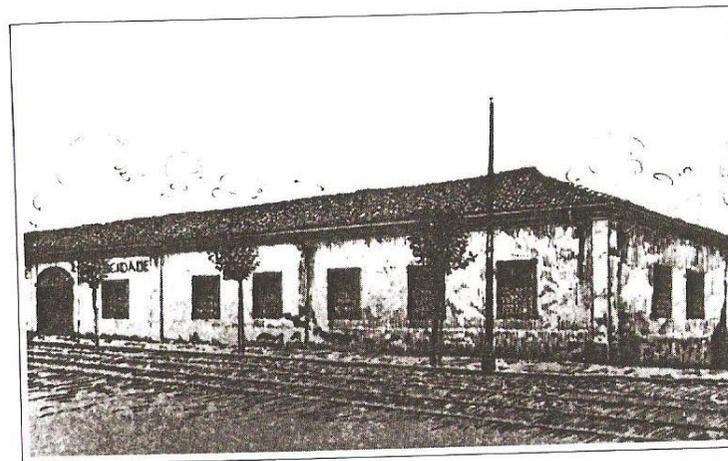
Sem avanço

A fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Em casos mais graves, os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares que começaram a ser criadas na região serrana fluminense. Para os pobres, restavam sobretudo os curandeiros negros, que continuaram a ser os principais responsáveis pelo tratamento dos que tinham pouco dinheiro.

Além disso, os doentes tinham muito medo de ser internados nos raros hospitais públicos e nas Santas Casas. Em suas enfermarias misturavam-se pacientes de todos os tipos, sendo comum dois ou mais doentes dividirem o mesmo leito. É claro que tal “tratamento”, somado à falta de higiene dos hospitais, fazia com que as famílias evitassem internar seus parentes, pois a morte era o destino certo da maioria dos pacientes pobres.

A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados. Significativamente, dom Pedro II é sempre lembrado como o monarca que incentivou as pesquisas científicas, premiando os intelectuais que se destacavam no Brasil e mesmo no exterior. O imperador foi muito elogiado pela imprensa estrangeira em 1886, por ter doado uma expressiva quantia à França, para que lá fosse montado um sofisticado laboratório de pesquisas das doenças tidas como males típicos das regiões tropicais. Apesar disso, no final do

Segundo Reinado o Brasil mantinha a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta. Era comum aconselhar aos viajantes europeus que evitassem visitar os portos nacionais.



A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, na segunda metade do século XIX. Desde o início da colonização, foram as Santas Casas que responderam pelo atendimento hospitalar à maioria da população nas cidades brasileiras.

As Misericórdias

Foi em 1498 que a regente portuguesa dona Leonor fundou o primeiro hospital da Santa Casa de Misericórdia, cumprindo a promessa cristã de socorrer todos os enfermos, principalmente os mais pobres. A transposição desse ideal para os territórios colonizados por

Portugal levou à criação de Santas Casas nos principais núcleos brasileiros. A primeira foi fundada na vila de Santos, em 1543, seguida pelas do Espírito Santo, da Bahia, do Rio de Janeiro e da vila de São Paulo, ainda no século XVI. Todas elas foram financia-

das por doações feitas pelas elites regionais e por verbas públicas.

Atualmente existem centenas de Santas Casas espalhadas por todo o Brasil, atuando como um dos principais centros de assistência médica da população.

A civilização contra a barbárie

A proclamação da República em 1889 foi embalada por uma idéia: modernizar o Brasil a todo custo. E para muitos, o lema positivista* Ordem e Progresso, inscrito na bandeira nacional, só começaria a concretizar-se a partir do momento em que o país contasse com uma “ditadura republicana”, fiadora da necessária *ordem*, e com um povo suficientemente saudável e educado para o trabalho cotidiano, força propulsora do *progresso* nacional.

Positivismo

Sistema filosófico que afirma que o conhecimento científico se limita à descrição dos fatos observados e experimentados. Pretendia reformar o Estado e a sociedade sob o domínio da ciência.

O trabalho como capital

A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade — escravistas, até pouco antes — com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como *capital humano*. Essa idéia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são a fonte geradora da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do país, considerado no exterior como “região bárbara”. Era preciso sintonizá-lo com a sociedade então rotulada de “civilizada” e que tinha como modelo as nações mais ricas do mundo.

Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país.

Conceitos e preconceitos

A atuação médica, porém, enfrentaria o choque entre as idéias tradicionais, que atribuíam as epidemias aos “ares corrompidos”, e as teorias da medicina moderna — baseadas nos conceitos da bacteriologia* e da fisiologia* desenvolvidos na Europa e que tinham em Louis Pasteur e Claude Bernard seus principais divulgadores.

Bacteriologia
Área da ciência que atualmente estuda as bactérias; quando surgiu o termo, referia-se ao estudo de todos os tipos de micróbios.

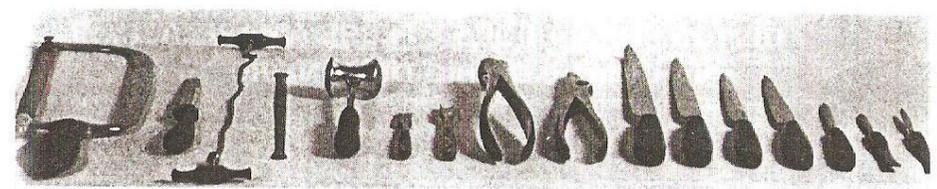
Fisiologia
Parte da biologia que estuda as funções orgânicas, os processos e as atividades vitais, como o crescimento, a nutrição e a respiração.

Os fundadores da medicina moderna

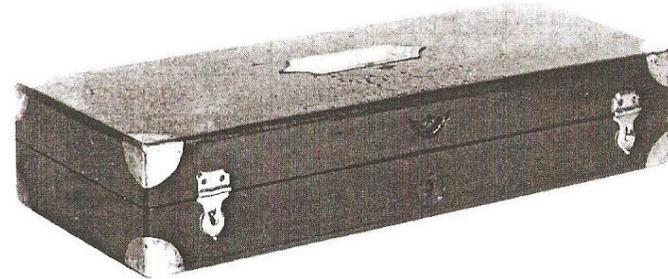
| | | |
|---|--|---|
| Coube aos franceses Louis Pasteur (1822-1895) e Claude Bernard (1813-1878) o papel de pioneiros da medicina moderna. O químico Pasteur revolucionou o conceito e os métodos de combate às | doenças infecciosas, provando que um grande número de doenças era causado por micróbios específicos. O médico Claude Bernard aperfeiçoou os métodos de estudo da fisiologia, realizando pes- | quisas referentes à fisiologia humana. Seu livro <i>Introdução à medicina experimental</i> , lançado em 1865, mantém-se até hoje como obra fundamental sobre a metodologia das pesquisas laboratoriais. |
|---|--|---|

As faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia foram as instituições que mais hesitaram em aceitar as novas propostas. Seus professores evitavam discorrer sobre os conceitos de Pasteur, repetindo as noções que vinham sendo ensinadas desde a criação dessas faculdades.

Pouco a pouco, entretanto, começou a ganhar forma no Brasil um novo campo do conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção das doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Definiu-se assim uma área científica



Estojo e instrumentos de cirurgia, de procedência francesa, de 1851. Os instrumentos eram usados tanto para cirurgias como para autópsias.



Peste bubônica
Doença epidêmica causada pelo bacilo *Pasteurella pestis*, caracterizada pelo aparecimento de bubões (línguas) nas virilhas e axilas, por hemorragias e também por septicemia rapidamente mortal. O rato desempenha papel essencial na disseminação da enfermidade, transmitindo-a ao homem por intermédio da pulga.

chamada de *medicina pública*, *medicina sanitária*, *higiene* ou simplesmente *saúde pública*. A saúde pública era complementada por um núcleo de pesquisa das enfermidades que atingiam a coletividade — a *epidemiologia*.

Novos serviços

Incentivada pelos governos republicanos, a novidade médica exigiu a reorganização dos serviços sanitários. As antigas juntas e inspetorias de higiene provinciais foram substituídas pelos serviços sanitários estaduais. Bastante deficientes no início, tais serviços pouco fizeram pela melhoria da saúde popular e tornaram-se alvo de constantes críticas, do povo e das próprias autoridades.

A desorganização dos serviços de saúde nos primeiros anos da República, aliás, facilitou a ocorrência de novas ondas epidêmicas no país. Entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras continuaram a ser assaltadas por varíola e febre amarela e ainda por peste bubônica*, febre tifóide* e cólera, que mataram milhares de pessoas.

Diante dessa situação calamitosa, os médicos higienistas receberam incentivo do governo federal, passando a ocupar cargos importantes na administração pública. Em troca, assumiram o compromisso de estabelecer estratégias para o saneamento das

Febre tifóide
Doença infecciosa e contagiosa causada pelo consumo de água poluída com o bacilo *Salmonella typhi* ou pelo contato direto com objetos de uso pessoal dos infectados. Caracteriza-se por febre contínua, alterações gastrointestinais com diarreia intensa e comprometimento do fígado.

ÓBITOS POR VARÍOLA E FEBRE AMARELA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

| Anos | Mortes por febre amarela | Mortes por varíola |
|-----------|--------------------------|--------------------|
| 1850-1859 | 10 970 | 642 |
| 1860-1869 | 2 295 | 730 |
| 1870-1879 | 12 916 | 6 625 |
| 1880-1889 | 9 376 | 6 852 |
| 1890-1899 | 20 879 | 8 599 |

Fonte: Torres, Dr. Theophilo — *La campagne sanitaire au Brésil*. Paris, Société Générale d'Impression, 1913.

áreas indicadas pelos políticos. Os principais objetivos da atuação desses médicos eram a fiscalização sanitária dos habitantes das cidades, a retificação dos rios que causavam enchentes, a drenagem dos pântanos, a destruição dos viveiros de ratos e insetos disseminadores de enfermidades e a reforma urbanística das grandes cidades. Deveriam também divulgar as regras básicas de higiene e tornar obrigatório o isolamento das pessoas atingidas por moléstias infecto-contagiosas e dos pacientes considerados perigosos para a sociedade. Iniciava-se a era da hospitalização compulsória das vítimas das doenças contagiosas e dos doentes mentais.

Nasce a política de saúde brasileira

A idéia de que população constituía capital humano e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou “útil”, da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área de saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma “política de saúde”. Esta, por sua vez, não pode existir isolada, devendo articular-se com os projetos e as diretrizes governamentais voltados para

outros setores da sociedade, tais como educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho. No conjunto, a presença e a atuação do Estado nessas áreas recebe o nome de *política social*.

Política de saúde e políticas sociais

Historicamente, a política social tem sido o setor menos privilegiado pelas autoridades republicanas. E isso apesar de o trabalho de cada um dos cidadãos ser considerado a grande fonte geradora da riqueza nacional.

Essa contradição é explicada pela lógica das relações sociais dominantes no Brasil e na maior parte dos países de passado colonial. Apesar das repetidas promessas oficiais de criar condições para a melhoria do padrão de vida da população, na verdade o Estado acaba privilegiando os investimentos na expansão da produção. Com isso, beneficia muito mais a elite econômica do que a parcela mais pobre da sociedade. A adoção do regime republicano manteve, pelo menos em boa parte, a política da desigualdade que beneficia os grupos sociais mais ricos, condenando a maioria da população a condições precárias de vida.

O compromisso governamental com as necessidades básicas da população tem sido relegado sempre a segundo plano, perpetuando um círculo tristemente vicioso: desamparado e sem participação decisiva nas decisões do governo, o trabalhador recebe salários baixos e vive mal, adoecendo com facilidade. Doente e mal alimentado, ele tem a sua vida produtiva abreviada, tornando muito mais difícil a superação da pobreza nacional.

Na República o Brasil “civiliza-se”

Durante a República Velha (1889-1930) o país foi governado pelas oligarquias* dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A cafeicultura era o principal setor da economia, dando aos fazendeiros paulistas grande poder de decisão na administração federal.

As oligarquias e a saúde pública

Os lucros produzidos pelo café foram parcialmente aplicados nas cidades. Isso favoreceu a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX. De seu lado, a República tratou de reformar as principais cidades e os grandes portos, buscando modernizá-los e facilitar o fluxo de homens e mercadorias, necessários à desejada “ordem e progresso”.

Nesse sentido, as oligarquias da República Velha buscaram apoio na ciência da higiene para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas. Tratava-se, na verdade, de definir estratégias para melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para a economia nacional — as cidades e os portos. Para isso foram montados os primeiros laboratórios de pesquisas médico-epidemiológicas da história brasileira. O meio rural seria relegado a um sombrio segundo plano, só chamando a atenção dos médicos e das autoridades quando os problemas sanitários interferiam na produção agrícola ou extrativista destinada à exportação.

As novas perspectivas abertas pela medicina europeia e o desejo de superar a “barbárie” do passado colonial renovaram o Serviço Sanitário paulista. Criado em 1892, em pouco tempo ele se tornou a mais sofisticada organização de prevenção e combate às enfermidades do país, servindo de modelo para os outros estados.

A forte intervenção higienista em São Paulo a partir dos últimos anos do século XIX, especialmente na capital e no porto de Santos,

Oligarquia

Grupo social formado por grandes capitalistas, geralmente latifundiários, que detêm amplo controle político e econômico de um estado ou de uma região.

só foi possível porque a rica oligarquia local decidiu destinar grandes verbas para a área da saúde pública. Foram as maiores quantias até hoje investidas na saúde, em relação ao total de recursos anuais aplicados por um estado brasileiro.

Dispondo de equipamentos e funcionários especializados, o Serviço Sanitário pôde fiscalizar as ruas e as casas, estendendo a vigilância a praticamente tudo — fábricas, estúbulos, hospitais, bares e cemitérios. Tornou-se obrigatória a notificação oficial dos casos de doenças infecto-contagiosas em pessoas residentes ou em trânsito pelo estado.

Além disso, as autoridades paulistas determinaram que apenas os médicos diplomados (em faculdades de medicina, do Brasil e do exterior) poderiam tratar da saúde da população. A polícia foi convocada para localizar e punir os curadores e os curiosos que atendiam aos enfermos mais pobres, multando-os ou ameaçando-os de prisão.

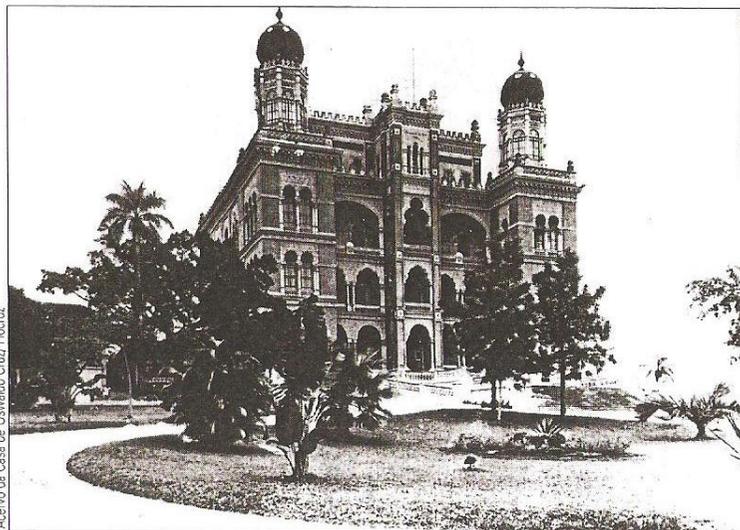
A era dos institutos

Para assegurar a eficiência das tarefas dos higienistas e dos fiscais sanitários, o governo paulista organizou vários institutos de pesquisas, articulados à estrutura do Serviço Sanitário. Em 1892 foram criados os laboratórios Bacteriológico, Vacinogênico e de Análises Clínicas e Farmacêuticas. Ampliados logo depois, transformaram-se, respectivamente, nos institutos Butantã, Biológico e Bacteriológico (este último mais tarde denominado Instituto Adolfo Lutz).

A contratação de pesquisadores estrangeiros para orientar as atividades iniciais dos institutos paulistas permitiu ainda que, em 1903, fosse inaugurado o Instituto Pasteur local, com a função de produzir e comercializar produtos de uso médico-veterinário.

A eficiência dos médicos e dos institutos inspirados pelas novas concepções científicas foi rapidamente colocada à prova. Em 1902, por exemplo, verificou-se um aumento de mortes por febre amarela nas cidades de Santos, Ribeirão Preto e Sorocaba. Os médicos ligados à teoria miasmática afirmavam que a doença era causada pela poluição dos ares ou pelo vômito dos enfermos e indicavam o isolamento dos infectados como forma de combate à enfermidade. Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário

de São Paulo, e seu auxiliar Adolfo Lutz contestaram essa explicação. Baseando-se em informações vindas da França e dos Estados Unidos, afirmavam que a doença era causada por um micróbio, veiculado pelo mosquito *Aedes aegypti* quando picava as pessoas.

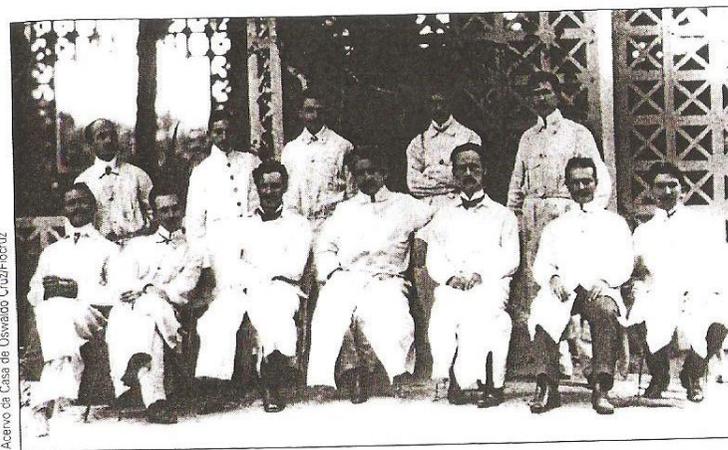


Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Prédio central do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro (foto de J. Pinto, 1917-1920).

Para confirmar essa hipótese, seis pessoas — inclusive Emílio Ribas e Adolfo Lutz — serviram de cobaias, deixando-se picar por mosquitos que tinham sido apanhados junto aos doentes de febre amarela. Os seis apresentaram sinais da infecção. Ficou assim comprovada a teoria moderna do agente disseminador da febre amarela.

No Rio de Janeiro, o principal centro de pesquisas foi o Instituto Soroterápico de Manguinhos, em funcionamento desde 1899 com o objetivo inicial de produzir soros e vacinas. Seu primeiro diretor foi o clínico Pedro Afonso, que foi sucedido por Oswaldo Cruz. Com esse médico, o instituto diversificou suas atividades, transformando-se em poucos anos num dos mais reputados laboratórios do mundo. Reunia destacados cientistas nacionais, entre eles Carlos Chagas, Artur Neiva e Rocha Lima. Em 1908, os laboratórios de Manguinhos tornaram-se o Instituto Oswaldo Cruz, que permanece até hoje como o principal centro de pesquisas médico-epidemiológicas do país.



Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Cientistas do Instituto Oswaldo Cruz. Da esquerda para a direita, sentados: José Gomes de Faria, Carlos Chagas, não identificado, Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, Antônio Cardoso Fontes, Parreiras Horta; em pé: Artur Neiva, Oscar Dutra e Silva, Gaspar Viana, Astrogildo Machado, Alcides Godói.

Cientistas e sanitaristas

Na fase heróica dos institutos de pesquisas, muitos médicos atuavam ao mesmo tempo como cientistas e como sanitaristas. Seguindo o exemplo de Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Vital Brasil, seus discípulos realizavam pesquisas laboratoriais e, paralelamente, empreendiam arriscadas via-

gens pelo interior do Brasil, dando continuidade a seus estudos e oferecendo soluções práticas para os problemas sanitários das regiões visitadas.

Uma das mais famosas expedições científicas foi realizada de março a outubro de 1912 pelos médicos Artur Neiva e Belisário Pena. Acompanhados por

farmacêuticos, técnicos de laboratório e tropeiros, eles percorreram em lombo de burro e em barcos uma vasta região dos estados da Bahia, de Pernambuco, do Piauí e de Goiás, tratando dos enfermos que encontravam pelo caminho e reconhecendo o crítico estado sanitário da população brasileira.

Fora da área de atuação dos pesquisadores dos institutos de São Paulo e do Rio de Janeiro, a escassez de recursos fez com que pouco ou nada fosse realizado em benefício da saúde coletiva. Alguns laboratórios de pesquisas foram criados em Minas Gerais, no Pará e no Rio Grande do Sul, mas a pobreza dessas instituições e as disputas entre os grupos políticos faziam com que os centros médicos pouco fizessem em favor da população. Os trabalhos dependiam quase sempre da dedicação de algumas pessoas. No Recife, por exemplo, o médico Otávio de Freitas teve de se defrontar com políticos e mesmo com colegas de profissão para desenvolver importantes pesquisas sobre a disseminação da tuberculose no Nordeste.

Como resultado, enquanto diminuía ou pelo menos ficava estável a propagação de várias doenças contagiosas ou parasitárias no Rio de Janeiro e em São Paulo, no restante do país os índices das mesmas enfermidades mantinham-se altos, tendendo a elevar-se.



Carlos Chagas

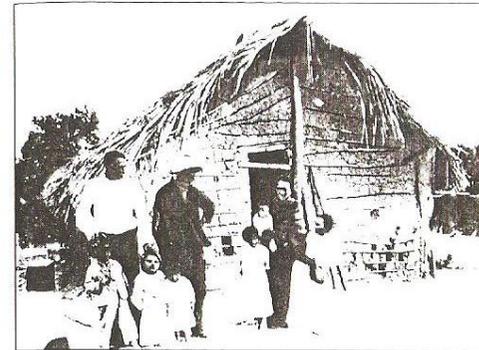
A descoberta do Dr. Chagas

Tudo começou no verão de 1909, quando Carlos Chagas trabalhava na organização de uma campanha contra a malária na cidade mineira de Lassance (hoje Carlos Chagas). Preocupado em conhecer os insetos locais, o pesquisador percebeu a existência de um grande número de insetos hematófagos (que se alimentam de sangue humano), conhecidos como barbeiros.

Procurando esclarecer suas características o Dr. Chagas analisou o conteúdo dos intestinos dos barbeiros, descobrindo aí um protozoário até

então desconhecido, a que chamou *Trypanosoma cruzi*. Para saber se tal micróbio causava alguma doença, ele realizou exame de sangue nos moradores da região. Encontrou grande número de protozoários na amostra sanguínea de uma menina de dois anos, que apresentava pequenas feridas na pele e aumento do tamanho do fígado e do baço. Tais sintomas eram comuns nos habitantes de Lassance, muitos dos quais morriam de problemas cardíacos resultantes da doença. Estava descoberta a enfermidade que recebeu o nome de *doença de Chagas*.

A partir desse achado, o médico descreveu o quadro clínico apresentado pelos contaminados, estudando também as características da doença e seu modo de propagação. Soube-se então que os barbeiros infestavam as casas de pau-a-pique, atacando os moradores enquanto dormiam. Como o intestino do inseto é pequeno, ao mesmo tempo que o barbeiro ingere o sangue humano, expele fezes com o protozoário chagásico. Importunada pela picada, a vítima tende a coçar o local do pequeno ferimento e com isso o material contaminado cai na corrente sanguínea, permitindo a infecção.



Habitação de caboclos em Lassance, interior de Minas, no início do século XX. Foi nessa cidade que Carlos Chagas começou a estudar o barbeiro, inseto que transmite a doença de Chagas. Todos os habitantes dessa casa foram atingidos pela moléstia.

As doenças dos brasileiros

Apesar da redefinição dos conceitos epidemiológicos e da atuação dos institutos de pesquisas, a maior parte das oligarquias estaduais não se dispunha a gastar dinheiro com os órgãos da saúde pública. Assim, os brasileiros, principalmente os do interior, continuavam a sofrer muitas enfermidades de caráter endêmico*.

Campo e cidade

Em 1918, o Brasil tinha uma população rural em torno de vinte milhões de pessoas; havia 17 milhões de enfraquecidos pelos parasitas intestinais, três milhões de vítimas da doença de Chagas, dez milhões de atacados pela malária* e ainda cinco milhões de tuberculosos. Mesmo considerando apenas esse pequeno conjunto de doenças, podemos concluir que as pessoas padeciam geralmente de mais de uma enfermidade. Juntando a esse quadro a subnutrição e o alcoolismo, conclui-se que o homem rural brasileiro era acima de tudo um personagem doente.

Debilidade, a população pobre do interior pouco podia fazer. Quando muito ia até a farmácia e conseguia remédios fortificantes em troca de algum dinheiro ou de uma ou duas galinhas. Se nem isso fosse possível, recorria aos coronéis* que dominavam a região. Eles geralmente possuíam um exemplar do *Formulário Chernoviz*, um guia médico editado desde meados do século XIX, que ensinava a tratar das doenças, muitas vezes com remédios preparados à base de ervas das matas brasileiras.

Endemia

Doença que existe constantemente em determinada região e ataca um número de vítimas previamente esperado.

Malária

Também conhecida como maleita e impaludismo, é uma doença infecciosa provocada pelo hematozoário *Plasmodium*, inoculado no homem pela picada dos mosquitos da variedade *Anopheles*. O doente apresenta febre em intervalos regulares e anemia. Seu medicamento específico é a quinina.

Coronel

Patente militar da Guarda Nacional no tempo do Império, reservada aos homens mais poderosos de um local. Na República, esse título passou a ser dado pela população aos ricos fazendeiros que dominavam econômica e politicamente uma região.

Para muitos estudiosos do início do século, as doenças eram a grande causa da pobreza brasileira. O *Jeca Tatu*, criado pelo escritor Monteiro Lobato, tornou-se o símbolo do caboclo brasileiro. Era um homem fraco e desanimado, cujas enfermidades o impediam de participar no esforço de fazer o Brasil progredir.

Nas cidades, as mesmas doenças que atingiam a população no período anterior à proclamação da República ganharam novas e mais trágicas dimensões, tanto pela chegada de grandes levas de imigrantes quanto pelo aumento da pobreza. O contínuo crescimento da população urbana resultou na multiplicação dos cortiços e das favelas e também do número de enfermos.



Jeca Tatu, imagem permanente do caipira ignorante e doente do interior brasileiro. Capa da 17ª edição (1950) do livro de Monteiro Lobato, distribuído como propaganda do laboratório Fontoura.

Jeca Tatu

Jeca Tatu era um pobre caboclo que morava no mato, numa casinha de sapé. Vivía na maior pobreza, em companhia da mulher, muito magra e feia, e de vários filhinhos pálidos e tristes. (...)

Jeca Tatu era tão fraco que quando ia lenhar vinha com um feixinho que parecia brincadeira. E vinha arcado, como se estivesse carregando um enorme peso.

— Por que não traz de uma vez um feixe grande?, perguntaram-lhe um dia.

Jeca Tatu coçou a barbicha rala e respondeu:

— Não paga a pena.

Tudo para ele não pagava a pena.

Não pagava a pena consertar a casa, nem fazer uma horta, nem plantar árvores de fruta, nem remendar a roupa.

Só pagava a pena beber pinga.

— Por que você bebe, Jeca?, diziam-lhe.

— Bebo para esquecer.

— Esquecer o quê?

— Esquecer as desgraças da vida. E os passantes murmuravam: — Além de vadio, bêbado...

Monteiro Lobato. *Problema vital*. São Paulo, Brasiliense, 1951, p. 329-330. (Texto publicado originalmente em 1918 e durante muitos anos editado como folheto de propaganda do Biotônico Fontoura.)



Um cortiço carioca, por volta de 1900. A pobreza e a falta de higiene criavam o ambiente certo para a difusão de doenças infecto-contagiosas nas cidades brasileiras.

Questão de raça ou de saúde?

Diante dessa grave situação, uma parcela da elite intelectual acreditava que as endemias e a baixa produtividade da população se deviam à qualidade da “raça brasileira”. Apoiados nos conceitos da eugenia*, dizia-se que a mistura de brancos, negros e índios criaria um “tipo nacional” condenado à preguiça e à debilidade física e mental. Destacou-se o médico João Batista de Lacerda, diretor do Museu Nacional, que defendeu essa idéia no estudo *Os métis ou mestiços do Brasil*, publicado em 1911.

Acreditavam os eugenistas que pouco poderia ser feito pelos doentes e pela saúde pública nacional, a não ser esperar o desaparecimento dos “híbridos raciais” e dos grupos humanos considerados “biologicamente inferiores”, entre os quais se incluíam os negros e os indígenas.

Contrariando essa pregação, outra parcela da elite intelectual via o Brasil como “vasto hospital”, que necessitava de urgente intervenção do governo no setor sanitário. Saúde e desenvolvimento econômico eram considerados elementos de uma mesma equação. Médicos como Belisário Pena e Miguel Pereira empenhavam-se em alertar as autoridades para a precária situação que vitimava os brasileiros, exigindo pronta intervenção oficial na questão sanitária e na melhoria geral das condições de vida da população.

Eugenia

Ciência que estuda as características raciais dos grupos humanos. No início do século, afirmava que os brancos eram os mais perfeitos representantes da espécie humana; as demais raças teriam alguma dose de “inferioridade biológica”.

Doença e miséria

Num país de doentes e de analfabetos, como o Brasil, a preocupação máxima, primordial, de governantes conscientes deveria ser a do saneamento físico, moral e intelectual dos seus habitantes.

Não há prosperidade, não pode haver progresso entre indivíduos ignorantes, e muito menos quando à ignorância

se junta a moléstia e os vícios, o abatimento físico e intelectual, as lesões dos órgãos essenciais.

É esse desgraçadamente o caso do Brasil, que conta seguramente 80% de analfabetos e outros tantos dos seus habitantes afetados de várias moléstias "evitáveis", vegetando pelas cidades, pelos campos e pelos sertões, con-

sumindo sem produzir, anemiando a nação, ou pelo menos embaraçando o seu surto para o progresso e para a expansão.

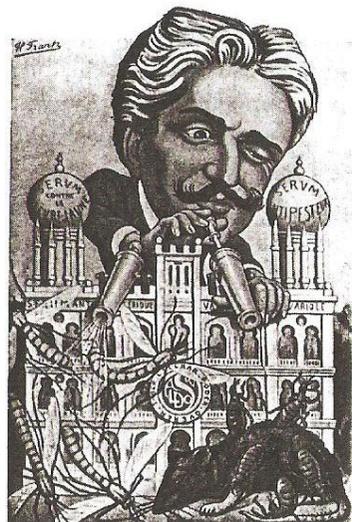
Belisário Penna. Saneamento do Brasil. Rio de Janeiro, *Revista dos Tribunaes*, 1918. p. 7.

O saneamento das cidades

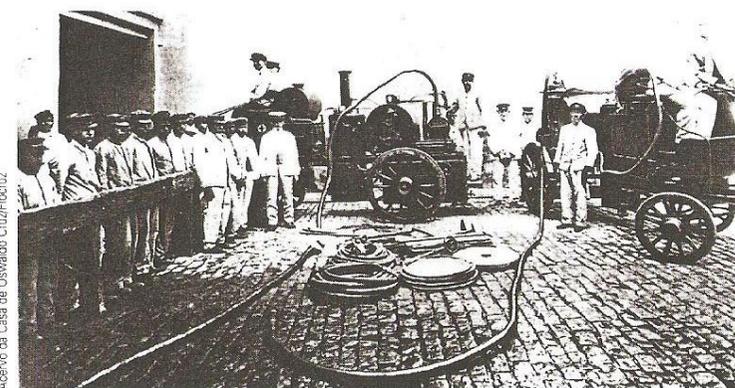
Apesar de as condições de saúde serem mais precárias na área rural, durante a República Velha pouco foi realizado em benefício dos habitantes dessas regiões. A Amazônia, cujos lucros originários da exploração da borracha interessavam ao governo federal, foi uma exceção. O próprio Oswaldo Cruz foi convocado em 1913 a visitar a região e traçar um plano para a erradicação das principais enfermidades que dizimavam os seringueiros. No resto do país, o Estado voltou suas atenções para a recuperação e modernização dos portos do Rio de Janeiro, de Santos, do Recife, de Salvador e de Belém, contraindo grandes empréstimos no exterior.

Rio de Janeiro

Nenhuma outra metrópole brasileira foi alvo de tantas ações médicas quanto o Rio de Janeiro. Porta de entrada do Brasil e principal saída das exportações, nos primeiros anos da República a cidade mantinha-se como matadouro de estrangeiros que ousavam permanecer por algum tempo nos trópicos. Por isso, durante o período presidencial de Rodrigues Alves (1902-1906) a capital da República passou por uma profunda reforma urbanística e sanitária, comandada pelo prefeito da cidade, engenheiro Pereira Passos, e por Oswaldo Cruz, diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde Pública.



Oswaldo Cruz, numa caricatura publicada na revista francesa *Chanteclair*, de outubro de 1911.



Agencio da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Brigada de mata-mosquitos, com equipamentos usados para pulverizar inseticida.

Pereira Passos começou por determinar a expulsão de milhares de trabalhadores pobres que viviam nos prédios antigos e decadentes do centro da cidade, transformados em cortiços. Sob a alegação de que tais construções eram as principais responsáveis pela proliferação dos ratos e dos mosquitos transmissores da febre amarela e da peste bubônica, as autoridades sanitárias promoveram a derrubada desses prédios. Em seu lugar foram construídas amplas avenidas, parques e edifícios afinados com a modernidade arquitetônica.

Em seguida, Oswaldo Cruz iniciou os trabalhos de higienização da capital, montando um esquema de fiscalização das ruas e das casas que abrigavam a população do centro carioca. Em poucos meses, foi criado um corpo de inspetores sanitários que tinha a missão de entrar em todas as residências para localizar possíveis ninhos de ratos ou ambientes que servissem de viveiro para os mosquitos.

Paralelamente, os higienistas voltaram-se para os morros que circundavam o centro do Rio de Janeiro e que já abrigavam inúmeras favelas. Alegando que alguns morros dificultavam a circulação dos ares e comprometia a saúde coletiva, Oswaldo Cruz ordenou a retirada da população dessas áreas, a destruição das favelas e a terraplanagem dos morros pela prefeitura.

Em poucos anos, o Rio de Janeiro ganhou nova fisionomia, de acordo com os modernos padrões sanitários e arquitetônicos que caracterizavam as principais metrópoles européias e norte-americanas. Como reflexo dessas transformações, diminuíram os óbitos por doenças epidêmicas no espaço carioca. Já se dizia até que o Rio de Janeiro, finalmente, civilizara-se.

São Paulo

A cidade de São Paulo, que então ocupava o segundo lugar entre as maiores cidades brasileiras, também passou por processo semelhante, diferenciando-se da capital federal apenas pelo fato de sua transformação ter ocorrido de maneira mais gradual. Também houve a demolição de inúmeros prédios do período colonial, abriram-se novas ruas e foram inaugurados edifícios e fábricas. Apesar de o estado sanitário paulista não ser tão grave quanto o carioca, os rios que cortam o centro da cidade foram retificados para diminuir o alcance das enchentes e muitos pântanos foram drenados para o bem da saúde pública.

Ricos e pobres

Tais medidas, em maior ou menor escala, foram reproduzidas em outras capitais estaduais e nas principais cidades do interior, diminuindo em escala nacional os índices de mortalidade e morbidade* por doenças que vitimaram as populações urbanas por séculos.

Nesse contexto, as transformações urbanísticas e sanitárias que ocorreram no país surtiram um efeito positivo na higiene pública, mas foram as elites econômicas que mais se beneficiaram: não só receberam, nos bairros onde moravam, equipamentos urbanos como água encanada, esgotos subterrâneos e serviços de luz elétrica, como também garantiram, nas áreas de indústria e comércio, condições minimamente saudáveis para a estabilidade e a eficiência das atividades produtivas.

As camadas mais pobres da população, ao contrário, continuaram a ter precárias condições de vida. Ao proteger o bem-estar dos ricos, a política de saúde relegava a segundo plano o restante da população, que continuava a viver em cortiços e a ser a maior vítima de enfermidades que se tornavam raras entre os grupos mais abastados.

Apesar das promessas de proteger a saúde de todos os grupos sociais, em momentos epidêmicos ficava evidente que os cidadãos mais pobres pouco podiam contar com a ajuda oficial. Em 1918, quando uma violenta epidemia — a *gripe espanhola* — se abateu sobre todo o mundo, no Brasil um grande número de políticos e médicos fugiu dos centros urbanos, deixando a população trabalhadora entregue à própria sorte. Não se sabe o número preciso de

Índice de morbidade

Indica a incidência de uma determinada doença na população. Chamando de x o número de casos existentes (novos e antigos) numa certa área e em dado período, e de y a população dessa área no meio do período, o índice de morbidade é dado pela seguinte expressão:

$$\frac{x}{y} \cdot 10\ 000$$

mortes devidas à gripe, mas fala-se em mais de quinhentas mil. A situação só não foi pior porque o próprio povo se solidarizou, criando hospitais de emergência e cozinhas populares que distribuíam alimentação gratuita aos mais carentes.

Por vezes, o descaso ou a arrogância das autoridades provocaram respostas violentas, como a Revolta da Vacina, ocorrida no Rio de Janeiro em 1904.

A Revolta da Vacina

A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A retirada à força da população dos ambientes a serem saneados foi constantemente acompanhada pela vigilância policial, pois temia-se que o povo se revoltasse, agredindo os agentes sanitários. Além disso, muitas vezes a polícia agia com violência sem motivo, reproduzindo as formas repressoras comumente empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos, como passeatas e greves.

A situação mais tensa no processo de modernização das cidades ocorreu no ano de 1904, na cidade do Rio de Janeiro. Desde o início do ano, Oswaldo Cruz vinha forçando o Congresso Nacional a aprovar uma lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola. O povo, assustado, reagiu contra o programa de vacinação em massa não só porque nunca tinha passado por um processo semelhante, mas também por desconhecer a composição e qualidade do material empregado na imunização. Muitos ainda achavam indecoroso o fato de as moças terem de levantar a manga da blusa para um desconhecido encarregado da aplicação da vacina.

Aproveitando o clamor popular, grupos políticos de oposição passaram a engrossar as críticas contra o Estado e sua ação sanitária. Defensores da restauração monárquica, militares positivistas e até médicos homeopatas, contrários ao uso de vacinas, uniram-se à movimentação do povo, tentando obstruir as discussões parlamentares sobre a imunização compulsória.

No dia 31 de outubro de 1904, finalmente, a lei que estabelecia a obrigatoriedade da vacina foi aprovada pelo Congresso Nacional. A agitação nas ruas ganhou intensidade maior, ninguém mais querendo se submeter ao “código de torturas”, nome dado zombeteiramente ao conjunto de medidas sanitárias aplicadas aos

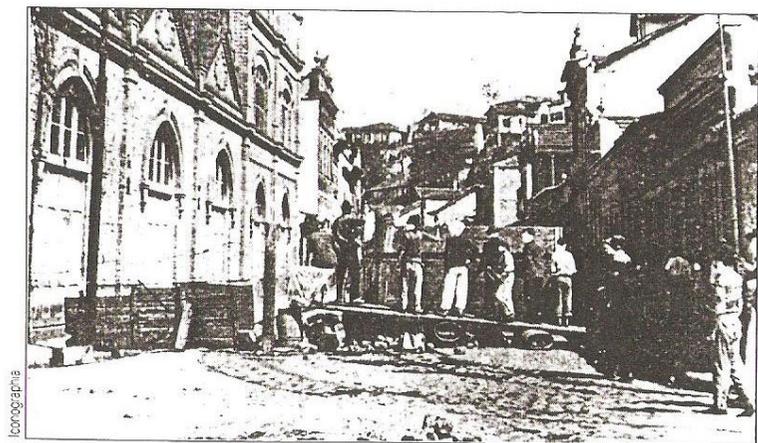
habitantes do Rio de Janeiro. Cinco dias depois, foi fundada a Liga Contra a Vacina Obrigatória, tendo à sua frente os políticos Lauro Sodré, Barbosa Lima e Vicente de Souza. A liga passou a promover reuniões populares diárias, afirmando que a lei de 31 de outubro era inconstitucional.

Insurgência popular

Em 10 de novembro começaram os confrontos entre populares e policiais, dando início à revolta. A seqüência de protestos obrigou o comércio a cerrar as portas e a polícia a recuar momentaneamente. O povo dominou as áreas centrais da cidade, gritando “Viva” para a parte do Exército que o apoiava e “Morra” para a polícia legalista.

A morte de um dos revoltosos pelas forças repressoras serviu para colocar os protestos em outro plano. Logo a população começou a tombar e incendiar os bondes da Companhia do Jardim Botânico. Enquanto isso, os militares que apoiavam os revoltosos tentaram tomar a sede do governo e depor o presidente Rodrigues Alves, mas fracassaram.

Nos dias seguintes, o conflito foi além das ruas do centro, espalhando-se por todo o Rio de Janeiro. Vários manifestantes foram mortos à bala, inclusive uma criança. Os acontecimentos alteraram as características da revolta de 1904. Aos poucos a ira popular voltou-se contra o presidente Rodrigues Alves. Ele e Oswaldo Cruz passaram a ser acusados de serem os únicos responsáveis pelo motim.



Cena da Revolta da Vacina: barricada no bairro de Porto Artur, principal centro de resistência dos rebeldes contra as forças do governo.

Assustados com as dimensões da revolta e com a possibilidade de serem presos, os líderes da Liga Contra a Vacina fugiram da cidade, não se importando com o povo nem com a promessa que haviam feito de apoiar o movimento com dinheiro, armas e idéias.

Enquanto isso, o bairro da Saúde, reduto da gente pobre carioca, tornou-se a fortaleza dos revoltosos e o centro dos confrontos com a polícia. O Porto Artur, como ficou popularmente conhecido o bairro, lembrando a guerra russo-japonesa que então ocorria, ofereceu forte resistência às investidas legalistas, usando no combate enorme quantidade de dinamite.

A resistência popular, ali comandada por um negro apelidado Prata Preta, atraiu a atenção das forças governamentais, que concentraram o seu poder de ataque no local. A área chegou a ser bombardeada por um navio de guerra. A evidente diferença entre as forças em conflito liquidou a revolta. No final do dia 16, o bairro da Saúde foi ocupado por forças da polícia e do Exército. A prisão dos líderes populares colocou ponto final na Revolta da Vacina.

Impressionado e desgastado com os acontecimentos, o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para todos os cidadãos. Definida como “o mais indomável movimento popular ocorrido no Rio de Janeiro”, a revolta exigiu que o Estado e a medicina buscassem outras formas de relacionamento com a sociedade, testando nos anos seguintes novas formas de organização das ações em favor da saúde coletiva.

A saúde pública na era Vargas (1930-1945)

Investido na Presidência da República pela Revolução de 1930, Getúlio Vargas procurou de imediato livrar o Estado do controle político das oligarquias regionais. Para atingir esse objetivo, promoveu uma ampla reforma política e administrativa, afastando da administração pública os principais líderes da República Velha. O presidente suspendeu a vigência da Constituição de 1891 e passou a governar por decretos até 1934, quando o Congresso Constituinte aprovou a nova Constituição.

As dificuldades encontradas para governar democraticamente a nação levaram o presidente Vargas a promover uma acirrada perseguição policial a seus opositores e aos principais líderes sindicais do país, especialmente a partir de 1937, quando foi instituída a ditadura do Estado Novo. Durante todo o seu governo — que durou até 1945 —, Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para isso recorreu a medidas populistas*, pelas quais o Estado se apresentava como pai, como tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão. As políticas sociais foram a arma utilizada pelo ditador para justificar diante da sociedade o sistema autoritário, atenuado pela “bondade” do presidente.

A institucionalização da saúde pública

Incluída no conjunto das reformas realizadas por Vargas desde outubro de 1930, a área sanitária passou a compartilhar com o setor educacional um ministério próprio, o Ministério da Educação e da Saúde Pública. Instalado em novembro de 1930, teve como primeiro titular o advogado Francisco Luís da Silva Campos.

O novo ministério determinou uma ampla remodelação dos serviços sanitários do país. Com isso pretendia-se, na verdade, garantir à burocracia federal o controle desses serviços, numa estratégia decorrente do centralismo político-administrativo imposto por Getúlio Vargas.

Populismo
Ideologia que atribuiu ao Estado o papel de árbitro dos conflitos sociais, preservando as relações de dominação de classe, apesar de algumas concessões feitas aos grupos populares.

Nova ordem na saúde

A nova organização do setor de saúde anunciava o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população. Tal promessa foi recebida de modos diferentes pelas lideranças políticas estaduais. Nas áreas onde havia pouca ou nenhuma assistência médico-hospitalar, essa proposta foi naturalmente bem aceita: esperava-se que as vilas e cidades mais carentes atraíssem a atenção do governo federal e recebessem postos médicos e até mesmo hospitais. Nos estados mais ricos, que já possuíam serviços de saúde organizados, a intervenção federal foi considerada desnecessária e centralizadora, mais dificultando que ajudando a melhorar o atendimento à população.

Tracoma
Doença infecto-contagiosa causada por um microrganismo do gênero *Chlamydia* que ataca a conjuntiva e a córnea, podendo levar à perda parcial ou total da visão. É uma moléstia comum no interior do Brasil.

O compromisso do Estado com a saúde

O dever de assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupe a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retomar as suas ocupações e ganhar o necessário

para o seu sustento. Para isso, o Estado deverá procurar criar organizações técnicas, dotadas de pessoal competente, numa palavra, prestar a assistência dirigida e não se limitar ao auxílio individual (...).

Antonio Carlos Pacheco e Silva.
Direito à saúde.
São Paulo, s.c.p., 1934. p. 56.
O autor, médico paulista, foi deputado constituinte de 1934.

Isso ocorreu especialmente em São Paulo, onde já existia faculdade de medicina (outra seria inaugurada em 1933) e vários institutos de pesquisa médica. A atenção e as verbas despendidas pelo governo estadual desde o início da República permitiram constituir, já em meados da década de 20, um sistema de saúde pública descentralizado e ajustado às questões sanitárias próprias de cada região do estado. Nesse sistema, criado pelo higienista Geraldo de Paula Souza, os centros de saúde atendiam e orientavam enfermos, além de funcionarem também como porta de entrada para o internamento hospitalar.

As reformas varguistas em São Paulo simplesmente decretaram o fim dessa experiência descentralizadora. Em lugar do atendimento ágil e voltado para a população, os interventores sanitários optaram pela organização centralizada dos serviços. Estes foram orientados para o tratamento de enfermidades específicas — como o tracoma*, a lepra e a ancilostomose* — sem contudo atender às necessidades impostas pelas demais moléstias que atingiam a

Ancilostomose
Doença endêmica conhecida popularmente por mal de bichas ou amarelão, provocada por *Ancylostoma duodenalis* e *Necator americanus*. O desenvolvimento desses parasitas no intestino humano provoca anemia causada por numerosas pequenas hemorragias e pelas toxinas que secretam, enfraquecendo suas vítimas.

região, como a tuberculose e as doenças da infância. Foram deixados em segundo plano também o acompanhamento e a orientação das mulheres grávidas.

Essa situação reproduziu-se em escala menor em todos os estados da federação. Os médicos foram praticamente excluídos das decisões sanitárias, que passaram a ser tomadas por políticos e burocratas — que, em muitos casos, pouco conheciam sobre problemas de saúde e conceitos epidemiológicos. Qualquer crítica ou oposição era mal recebida pelas autoridades, que acusavam de “tendência comunista” os clínicos que se opunham ao programa higienista montado pelos assessores do presidente.

O medo de cair em desgraça perante o regime autoritário obrigava a comunidade médica a se calar. Intimidados, os médicos concentraram-se na defesa e na expansão dos privilégios que beneficiavam a própria categoria, como a criação de um código deontológico* — o Código de Moral Médica — que refletia os valores políticos e sociais do momento. Um dos artigos, por exemplo, condenava todos aqueles que criticassem os clínicos que, aplicando um tratamento, cometessem “algum erro involuntário de graves conseqüências”, incluindo até mesmo a morte do paciente.

Código deontológico

Conjunto de princípios organizados pelas associações médicas, que definem a ética médica, isto é, os direitos e os deveres dos clínicos e cirurgiões em relação aos pacientes, aos colegas de profissão e à sociedade em geral.

Getúlio, o pai dos pobres

Depois do golpe que criou o Estado Novo em 1937, a política populista e autoritária do presidente Vargas voltou-se ainda mais para a população urbana, empregada nos setores industrial e comercial. A necessidade de obter apoio social e político e conferir alguma legitimidade ao Estado ditatorial exigiu uma legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos. Afinal, já não era possível que o governo tratasse a chamada *questão social*, na qual se incluíam os reclamos populares referentes à saúde, como uma simples questão de polícia, como aconteceu no decorrer de toda a República Velha.

Caixas e institutos

A República Velha havia criado um emaranhado de leis que, contradizendo umas às outras, pouco garantiam aos trabalhadores quanto ao direito de assistência médica e indenização em dinheiro por enfermidade ou por acidente de trabalho. Com isso, a regra era

que os operários acidentados ou com a saúde abalada procurassem socorro nos hospitais filantrópicos, que nada cobravam pelo tratamento de pacientes pobres.

A única exceção, no período anterior a 1930, foi o instituto previdenciário dos trabalhadores das estradas de ferro sediadas em São Paulo, criado em 1923 através da aprovação da Lei Elói Chaves. Mediante o desconto mensal de 3% do salário dos funcionários e 1% da renda bruta das empresas, ficava assegurado aos ferroviários o direito de aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez, o tratamento médico e os medicamentos, o auxílio para o funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros do segurado falecido.

O modelo oferecido pela Lei Elói Chaves foi parcialmente adotado por Getúlio Vargas, que na década de 30 aplicou a várias categorias profissionais. Organizaram-se então as *caixas de aposentadoria e pensões* e os *institutos de previdência*. Sob a tutela do Estado, esses órgãos garantiram assistência médica a uma vasta parcela da população urbana, sem gastar nenhuma verba da administração federal.

No entanto, as caixas apresentavam serviço irregular, oferecendo pouca cobertura aos doentes mais graves. Os operários tuberculosos, por exemplo, enfrentavam muita dificuldade para receber assistência: o tratamento era longo e exigia que o doente ficasse internado em sanatórios localizados nas regiões montanhosas, obrigando-o a ficar longe do trabalho e da família. Por isso, os institutos previdenciários criaram uma legislação própria para os tuberculosos. O doente devia optar entre receber uma parte do salário e tratar da saúde por conta própria, ou submeter-se ao isolamento sanatorial, abrindo mão de qualquer ajuda econômica. Nenhuma das alternativas garantia o apoio necessário aos trabalhadores com tuberculose.

A situação tornava-se ainda mais trágica para o operário que não tinha carteira de trabalho e que por isso não podia contribuir para a caixa de sua categoria profissional. Para esse trabalhador, restava o apelo à caridade pública. Era qualificado pela administração dos hospitais filantrópicos como indigente, triste rótulo para quem perdera a saúde e não tinha dinheiro para pagar o tratamento.

Legislação trabalhista

De qualquer forma, a atuação do governo de Vargas no campo da saúde dos trabalhadores representou um avanço em relação ao período anterior. Graças à nova legislação, que possibilitava a assistência médica a muitos que antes eram completamente desamparados, o presidente ganhou a estima popular, sendo chamado pelo povo de “pai dos pobres” — mesmo que muitos brasileiros, no campo e na cidade, continuassem sem garantias legais de acesso aos serviços de saúde.

A Constituição de 1934 incorporou algumas garantias ao operariado, tais como a assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Nos anos seguintes, outros benefícios, como o salário mínimo, foram incluídos na legislação trabalhista, culminando com o estabelecimento em 1943 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Pela CLT, tornavam-se definitivamente obrigatórios o pagamento do salário mínimo, a indenização aos acidentados, o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras, as férias remuneradas, etc. a todos os operários portadores de carteira de trabalho.

Graças à política de saúde adotada por Vargas, o atendimento aos operários enfermos e seus dependentes expandiu-se. Começou a estruturar-se assim o setor previdenciário que, garantido por uma legislação específica, foi ampliado no decorrer dos anos, tornando-se o principal canal de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos.

A educação em saúde

Ainda nos primeiros anos da República, iniciou-se um movimento de educação na área da saúde. Seu objetivo era convencer a população da necessidade de mudar hábitos tradicionais anti-higiénicos, que facilitavam a disseminação de doenças, principalmente as de caráter infecto-contagioso.

Um dos recursos usados era a divulgação de cartazes e panfletos elaborados pelo Ministério da Educação e Saúde e pelos serviços estaduais.

No entanto, grande parte dos brasileiros continuava analfabeta, sem poder beneficiar-se desse material. Por isso, desde 1938 as

mensagens higienistas passaram a ser divulgadas pelas emissoras de rádio existentes em todos os estados. Ganharam impulso também os cursos de formação de enfermeiras sanitárias, que tinham a missão de percorrer os bairros mais carentes, ensinando aos moradores as regras básicas de higiene e encaminhando os doentes mais graves para os hospitais públicos ou filantrópicos.

A partir da instalação do Estado Novo, a administração sanitária buscou reforçar as campanhas de educação popular, criando serviços especiais para a educação em saúde. Unindo modernas técnicas pedagógicas e de comunicação com os princípios da medicina sanitária, os funcionários deste setor elaboraram cartazes e folhetos que chamavam a atenção pelas ilustrações coloridas. Elas podiam ser entendidas mesmo pelas pessoas que não sabiam ler.



Folheto de educação sanitária do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, década de 40.

Educação e propaganda

Muitos conselhos sanitários levados à população apoiavam-se ainda nos princípios eugênicos difundidos desde a República Velha. De acordo com esses princípios, a qualidade racial dos brasileiros era um dos principais motivos das moléstias e da miséria do país.

Racismo e saúde

Vemos o papel importantíssimo do elemento imigratório branco, influindo poderosamente na redução dos negros e mestiços da nossa população. Este fator de arianização não concorre somente para o aumento numérico do contingente branco puro, mas cruzando com os mestiços concorre para a limpeza da

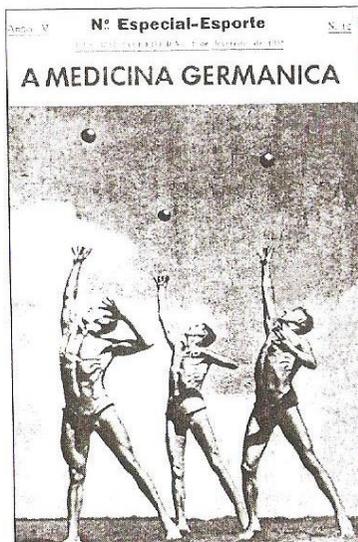
raça com a diluição do coeficiente do sangue inferior e, portanto, para a queda de muitas doenças que nos assaltam.

Os amarelos poderão porventura apresentar, em qualidade e quantidade, contribuição para o que a raça branca produziu? Absolutamente não. Além do mais, os japoneses trazem e dissemi-

nam ainda mais males que já conhecemos: tuberculose, tracoma, lepra, moléstias nascidas no Oriente e que só resultam no perigo, na morte e em despesa para a nossa pátria.

Aliança Eugênica. Saúde e imigração (panfleto), 1939.

O tipo ariano proposto como modelo para a população brasileira: capa da revista *A medicina germânica*, de fevereiro de 1937, publicada no Rio de Janeiro.



De inspiração fascista* e racista, os conselhos sanitários mesclavam ensinamentos higiênicos com textos nos quais a Alemanha era apresentada como uma nação desenvolvida porque era formada sobretudo por uma “raça pura”, composta de arianos* — numa sutil apologia ao regime nazista*. Eram freqüentes ainda as mensagens que afirmavam ser o Brasil um país atrasado devido à inferioridade racial de boa parte de seus habitantes — incluindo aí os “imigrantes indesejáveis”, pois “biologicamente fracos”, vindos do Oriente.

Muitos profissionais da saúde assumiram essa perspectiva até o início de 1942, quando, pressionado pelos Estados Unidos, Vargas juntou-se aos Aliados na Segunda Guerra Mundial, declarando guerra às forças do Eixo — Alemanha, Itália e Japão. A partir de

Fascismo

Doutrina política e corrente ideológica que defendem a criação de um regime ditatorial e antidemocrático, baseado na supremacia do Estado sobre a sociedade. Benito Mussolini instaurou o regime fascista na Itália em 1922.

Ariano

Nome dado a parte da população branca da Europa (principalmente da Alemanha e da Áustria), supostamente superior física, moral e intelectualmente a outros grupos, como os judeus, negros e mestiços.

Nazismo

Movimento político alemão que levou Adolf Hitler ao poder na Alemanha, em 1933. A doutrina nazista é uma mistura de dogmas e preconceitos a respeito da pretensa superioridade da raça ariana, sistematizados por Adolf Hitler em seu livro *Minha luta*, escrito em 1924.

então, houve uma imediata alteração do teor dos conselhos sanitários. Eles passaram a adotar o povo norte-americano como modelo, inclusive no setor da saúde pública. Os educadores brasileiros divulgavam a organização dos serviços médicos e os hábitos da população norte-americana como garantia de bem-estar físico e mental. Começaram a fazer propaganda das qualidades nutritivas do hambúrguer, do iogurte e de vários outros produtos elaborados por empresas sediadas na América do Norte.

A “sociedade dos homens doentes”

Durante a era Vargas houve uma nítida diminuição das mortes por enfermidades epidêmicas, principalmente nos grandes centros urbanos do Sudeste e do Sul do país. Por outro lado, cresceram as chamadas doenças de massa (que atingem milhares, até milhões de pessoas). Estabeleceu-se assim um quadro marcado por várias doenças endêmicas, entre elas a esquistossomose*, a doença de Chagas, a tuberculose, as doenças gastrointestinais, as doenças sexualmente transmissíveis e a hanseníase.

Apesar da expansão da cobertura médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos e das novas técnicas no controle das endemias rurais (através de um convênio firmado com a Fundação Rockefeller, norte-americana), o Brasil permanecia como um dos países mais enfermos do continente.

Doenças velhas

Em 1942, o epidemiólogo Charles Morrow Wilson, funcionário do governo norte-americano, foi encarregado de avaliar as condições sanitárias dos países da América Latina. O especialista concluiu que as principais doenças aqui existentes já haviam sido controladas nos Estados Unidos, várias décadas antes. Entre as causas de óbitos na América Latina persistiam as moléstias infecto-contagiosas e as parasitárias; nos Estados Unidos já predominavam as mortes pelas “enfermidades modernas”, tais como as doenças cardíacas e o câncer.

As péssimas condições de saúde dos brasileiros ganharam outro destaque no mesmo período. Em 1942, o Exército convocou cerca de cem mil homens adultos para, mediante rigoroso exame físico e mental, selecionar os pracinhas que formariam a Força Expedicionária

Esquistossomose

Enfermidade causada pelo parasita intestinal do gênero *Schistosoma*, compromete o fígado e o baço, que aumentam de tamanho. O doente passa a sofrer de diarreias contínuas e é enfraquecido pela anemia causada pela moléstia.

O tuberculoso como agitador social

O fato é que o tuberculoso reclama assistência, é um doente que deve ser assistido e tratado. Nos indigentes e nos indivíduos de baixo nível social, as coisas se complicam porque a estas exigências se agregam situações de revolta e atitudes subversivas. É preciso nunca perder de vista estes fatos, porque freqüentemente criam embaraços à própria administração pública. As cartas anônimas, as reclamações pela imprensa, as campanhas contra os

estabelecimentos médicos e seu pessoal técnico são fruto desta mentalidade. Um exemplo de todo o dia é que passo a citar e que ilustra esta mentalidade. Quando um doente deseja ir para um hospital e não há vaga, freqüentemente ele usa o seguinte recurso: deita-se à calçada do palácio do governo e ali se converte numa vítima dos nossos estabelecimentos. (...) Quando no período final [da vida] tornam-se já difíceis de se locomover, exigem um leito de hospi-

tal para morrer, não se importando saber se tal leito não seria mais útil a um doente recuperável e consciente dos seus deveres sanitários.

Aloysio de Paula. *Dispensário antituberculoso*. Rio de Janeiro, Ateneu, 1944, p. 25. O autor, médico fisiologista, era professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e alto funcionário do Ministério da Educação e Saúde.

Brasileira, FEB, para lutar na Europa. Os exames médicos indicaram que a maior parte dos recrutas estava com a saúde comprometida, tornando impossível seu aproveitamento nas tarefas impostas pela participação do Brasil na guerra.

Essas informações foram amplamente divulgadas pela imprensa da época. Mesmo assim, o investimento oficial no setor da saúde pública e no tratamento dos enfermos continuou a ser muito pequeno em relação à demanda. Por isso, tornaram-se comuns as críticas ao governo pela falta de hospitais. A ditadura de Vargas chamava os participantes dos protestos de agitadores e subversivos, acusando-os de tentarem desestabilizar a administração getulista.

O mais grave, porém, era o fato de os enfermos serem apresentados como párias da sociedade: além de deixarem de trabalhar e de produzir riqueza para a nação, ainda exigiam assistência médica e tratamento gratuitos, tornando-se uma estranha espécie de inimigos do país. Apesar de o presidente — o “pai dos pobres” — declarar que cabia ao Estado preservar a saúde da população, na prática isso acontecia precariamente. Muitos brasileiros enfermos continuavam a morrer sem receber a ajuda médica necessária.

4

A democratização e a saúde (1945-1964)

A vitória dos Estados Unidos e dos Aliados na Segunda Guerra Mundial teve intensa repercussão no Brasil. Grandes manifestações populares contra a ditadura acabaram resultando, em outubro de 1945, na deposição de Getúlio Vargas e, no ano seguinte, na elaboração de uma Constituição democrática de inspiração liberal. A partir de então e até 1964, o Brasil viveu a fase conhecida como *período de redemocratização*, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos.

Mesmo sob regime democrático, a política populista inaugurada por Vargas foi mantida. Os presidentes da República continuaram a buscar o apoio popular com medidas demagógicas, destinadas mais a firmar sua imagem como “país do povo” do que a resolver de fato os grandes problemas da população. Os movimentos sociais, por sua vez, exigiam que os governantes cumprissem as promessas de melhorar as condições de vida, de saúde e de trabalho.

Neste contexto, a década de 50 foi marcada por manifestações nacionalistas, que procuravam firmar o país como potência capaz de alcançar seu próprio desenvolvimento econômico, independente das pressões internacionais e especialmente do imperialismo* norte-americano. Ao mesmo tempo, houve um forte crescimento da entrada de capital estrangeiro na economia nacional, favorecendo a proposta desenvolvimentista, isto é, de modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado. Essa política teve como principal personagem o presidente Juscelino Kubitschek, que governou o país de 1956 a 1961.

Imperialismo

Expressão usada para caracterizar as políticas de dominação das grandes potências econômicas sobre os países menos desenvolvidos.

A criação do Ministério da Saúde

Desde que assumiu o governo, em 1946, o presidente Eurico Gaspar Dutra estabeleceu como prioridade a organização racional dos serviços públicos. Mas a ineficiência burocrática herdada do

período anterior e as disputas entre os diferentes grupos políticos emperraram as reformas desejadas pelo governo e exigidas pela sociedade. O plano Salte (elaborado em 1948), que tinha por objetivo a melhoria dos sistemas de saúde, alimentação, transporte e energia, não chegou a ser totalmente posto em prática. Por isso, os jornais denunciavam que no setor de saúde tudo continuava como no tempo da ditadura.

Em maio de 1953, já no segundo período presidencial de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde — resultado de sete anos de debates. A nova pasta contou com verbas irrisórias no decorrer da década de 50, confirmando o descaso das autoridades para com a saúde do povo.

| VERBAS PARA A SAÚDE PÚBLICA NA DÉCADA DE 50 | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| País | % do PIB gasto com a saúde | % Mortalidade geral |
| Estados Unidos | 4,5 | 9,3 |
| Grã-Bretanha | 3,5 | 11,7 |
| Países Baixos | 3,3 | 7,6 |
| Noruega | 3,0 | 8,5 |
| Japão | 3,0 | 7,8 |
| Suíça | 3,0 | 10,1 |
| França | 2,8 | 12,2 |
| Suécia | 2,2 | 9,5 |
| Brasil* | 1,2 | 13,2 |

(*) Dados estimados

Fonte: José Carlos de Souza Braga e Sergio Goes de Paula. *Saúde e previdência*. São Paulo, Hucitec, 1981. p. 158-160.

A falta de dinheiro impedia que o Estado atuasse com eficácia na péssima situação da saúde coletiva: faltavam funcionários especializados, equipamentos apropriados, postos de atendimento e, sobretudo, faltava ânimo aos servidores. Em consequência, o Ministério da Saúde atuou de maneira pouco eficiente na redução dos índices de mortalidade e morbidade das doenças que inutilizavam para o trabalho e para a vida muitos brasileiros.

O ministério falhou principalmente porque em nenhum momento patrocinou reformas fundamentais ou organizou uma política de

saúde de fato eficiente. Quando esboçava medidas mais importantes, acabava criando serviços que se sobrepunham uns aos outros, complicando ainda mais a burocracia. Com isso, aumentavam os gastos com o pagamento de funcionários e diminuía as verbas para o saneamento do meio e a assistência aos doentes.

No interior

Nos primeiros anos de atuação, o Ministério da Saúde incumbiu-se de combater as doenças que atingiam sobretudo a população do interior, como a doença de Chagas, a malária, o tracoma e a esquistossomose. Tentou ainda promover a educação sanitária da população rural. Em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais. Esse órgão, assim como todo o Ministério da Saúde, procurou adotar um sistema administrativo dinâmico e prático anteriormente experimentado: na década de 40, técnicos norte-americanos montaram o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), para sanear as regiões de exploração da borracha amazônica e o Vale do Rio Doce.

Apesar das deficiências e da escassez de verbas, entre 1958 e 1965 foram organizadas três campanhas nacionais contra a malária. Embora a propaganda oficial afirmasse que essa doença estava prêtes a ser erradicada graças à eficiência das campanhas sanitárias, na verdade houve apenas uma pequena redução do número de enfermos. Tal situação levou a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) — órgão regional da Organização Mundial da Saúde — a participar diretamente do combate à malária no Brasil, a partir da década de 70.

Clientelismo

Além das dificuldades técnicas e operacionais do Ministério da Saúde, outro fenômeno que interferia na política oficial de saúde era o clientelismo: os partidos ou os líderes políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas — muitas vezes em números bem superiores à demanda de uma região — por votos e apoio nas épocas eleitorais. Ao mesmo tempo, outras áreas permaneciam totalmente sem assistência médico-sanitária. Com esse tipo de interferência política, importantes projetos de saneamento eram interrompidos, além de ser constan-

te a substituição dos ministros da Saúde. Nas duas primeiras décadas de atuação, essa pasta teve 19 titulares.

A combinação de todos esses fatores condenou o Brasil a permanecer como uma das nações mais doentes do mundo. Apesar da diminuição de casos de doenças infecto-contagiosas e parasitárias, na maior parte do território nacional a mortalidade estava muito acima dos índices dos países desenvolvidos.



Ambulâncias adquiridas para o Pronto Socorro Municipal de São Paulo, em 1953. Na época, como ainda hoje, essas aquisições eram medidas freqüentemente demagógicas e instrumento de clientelismo político.

Segundo o médico Mário Pinotti, que ocupou a direção do Ministério da Saúde no final da década de 50, naquele período a esperança média de vida de um brasileiro era de 51 anos em Porto Alegre, 49 em Belém e 37 em Recife. Tais índices eram semelhantes aos da população da Suécia em meados do século XIX, antes, portanto, do desenvolvimento das práticas de prevenção e combate às infecções. No interior a situação era ainda pior: calculava-se que o habitante do sertão nordestino viveria em torno de trinta anos — média de vida da população europeia no momento mais crítico da Idade Média.

O atendimento médico aos trabalhadores urbanos

As áreas rurais ficavam sob a responsabilidade quase exclusiva do Ministério da Saúde. As regiões industriais e densamente povoadas eram atendidas principalmente pelos hospitais e clínicas próprios ou conveniados com os institutos de pensões e aposentadorias, mantidos pelos trabalhadores e seus patrões.

Pressão sindical

Desde o final da década de 40, a movimentação dos sindicatos forçou o governo a rever a legislação previdenciária. Ampliou-se continuamente o número de trabalhadores e seus dependentes com direito ao tratamento de saúde financiado pelos institutos e caixas. Aumentaram ainda os salários e as pensões pagas aos indivíduos afastados temporariamente do trabalho por motivo de doença. Cresceu também o número de aposentados por tempo de serviço.

Em 1945 existiam cerca de dois milhões de pessoas vinculadas aos institutos previdenciários. Duas décadas depois, esse número chegava a quase oito milhões de trabalhadores, sem contar os dependentes. Com a sucessão de leis federais que garantiam o atendimento de saúde dos segurados, as caixas e os institutos foram forçados a aumentar a porcentagem destinada ao pagamento de tratamentos médicos: inicialmente esse índice era de apenas 5% da arrecadação anual, mas foi se elevando até representar cerca de metade do dinheiro arrecadado por ano. O aumento da quantidade de segurados combinava-se com as quase sempre precárias administrações dos órgãos previdenciários.

Pressionada pelas leis, a Previdência assumiu a prestação de assistência médico-hospitalar aos trabalhadores, à custa do rebaixamento da qualidade dos serviços. Tornaram-se comuns as longas filas de enfermos nas portas dos hospitais, as consultas médicas que duravam poucos minutos, a dificuldade de obter internamento imediato para os pacientes em estado mais grave. E não foram raras as mortes de trabalhadores por falta de atendimento de emergência eficiente.

Saúde pública e medicina privada

Diante desses fatos, o setor privado da medicina começou a pressionar o governo federal e os governos estaduais a restringir ou mesmo interromper os planos de construção de hospitais públicos. Como acontecia com o setor de educação no mesmo período, 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.

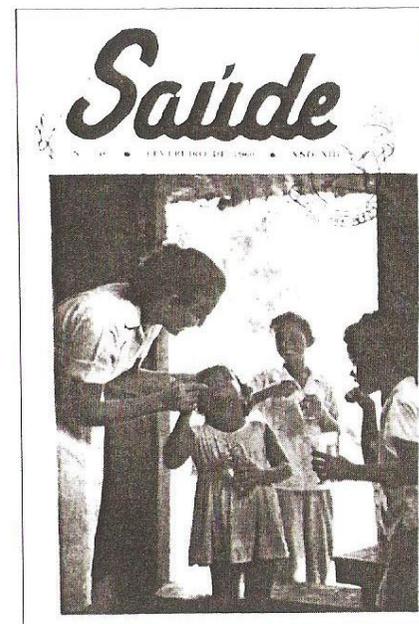
Mais uma vez, o setor político interveio nos debates, aprovando leis que garantiam privilégios para os grupos privados prestadores de serviços médico-hospitalares. Muitas verbas oficiais destinadas a essa área iam para deputados que também eram sócios de clínicas e hospitais. Eram eles, bem mais do que a população, os beneficiados pelas verbas públicas. No Maranhão, por exemplo, em 1960 uma família de políticos e latifundiários era proprietária de oito hospitais, que atendiam exclusivamente os doentes que pudessem pagar pela assistência médica. E essa rede de hospitais era financiada por empréstimos federais, que nunca chegaram a ser devolvidos ao governo.

As dificuldades de gerenciamento dos institutos e o volume de queixas de trabalhadores levou o Estado a tentar reorganizar as administrações e os serviços oferecidos pelas agências previdenciárias. Em 1960, visando aperfeiçoar o sistema, o governo federal sancionou a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops).

A principal medida estabelecida pela Lops foi a uniformização das contribuições a serem pagas pelos trabalhadores para o instituto a que estivessem filiados. Antes dessa lei, cada órgão tinha autonomia para cobrar um percentual diferente dos demais. Com a nova legislação todos os segurados passaram a contribuir com 8% de seu salário para a Previdência; os empregadores e o governo federal pagariam idêntico valor. Tal medida, no entanto, não garantiu o equilíbrio financeiro e a melhoria dos serviços prestados pelos institutos.

Cuidar das crianças: o objetivo governamental

O precário atendimento à infância era outra marca visível da crítica situação da saúde no país, em contraste com a euforia desenvolvimentista dos anos 50 e 60. O índice de mortalidade infantil era altíssimo, principalmente nas capitais, que haviam crescido rapidamente com o êxodo rural a partir de 1945. Esse índice — dado pelo número de mortes de crianças com menos de um ano de vida — ultrapassava até mesmo as taxas da Índia, do Peru e de El Salvador. Era a consequência terrível do desconhecimento das regras básicas de higiene e sobretudo da ausência de sistemas de tratamento e distribuição de água e coleta de esgoto.



A criança como prioridade da política governamental de saúde: capa da revista *Saúde*, fevereiro de 1960.

Diante dessa questão, o Ministério da Saúde foi incumbido, em 1956, de desenvolver um novo e eficiente programa voltado para a assistência às crianças. Multiplicaram-se os serviços de higiene infantil e os postos de puericultura, que incluíam em suas atividades não só o acompanhamento e a vacinação e o tratamento das crianças doentes, mas também a assistência às mães.

Apesar disso, até meados da década de 60 pouco foi feito para a expansão dos sistemas de saneamento básico. A maior parte da população, principalmente a dos estados mais pobres, continuou a consumir águas poluídas. Era essa a maior causa das mortes de crianças, principalmente por infecções do aparelho digestivo, como a gastroenterite, inflamação que ataca simultaneamente o estômago e o intestino.

A interferência política e as práticas clientelistas, sobretudo nas áreas rurais, novamente retardaram ou mesmo impediram as ações sanitárias em favor da saúde infantil. Longe de ser assumido como um compromisso do Estado, a assistência às crianças era tida como um ato de bondade dos políticos, do qual se podiam tirar boas vantagens eleitorais.

MORTALIDADE INFANTIL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS EM 1955

| Capitais* | Mortalidade infantil (por 1 000 nascidos vivos) |
|---|---|
| Natal | 421,6 |
| Salvador | 353,5 |
| Teresina | 325,3 |
| Aracaju | 311,7 |
| Belém | 263,6 |
| São Luís | 209,1 |
| Recife | 204,1 |
| João Pessoa | 201,1 |
| Curitiba | 143,3 |
| Vitória | 118,1 |
| Florianópolis | 113,3 |
| Cidade do Rio de Janeiro (na época, Distrito Federal) | 112,2 |
| Manaus | 109,6 |
| Cuiabá | 104,5 |
| Belo Horizonte | 101,3 |
| Porto Alegre | 100,9 |
| Niterói | 96,9 |
| São Paulo | 86,5 |

(*) Não existem dados para as capitais não mencionadas.

A politização da saúde

Tal como a mortalidade infantil, a fome assolava a maior parte dos brasileiros, tornando-os presa fácil das enfermidades e da morte. Esse tema foi assumido por vários intelectuais brasileiros, que passaram a situar a saúde e a doença como fenômenos dependentes do grau de nutrição da população. Ao governo caberia, mais do que tratar dos doentes, garantir a alimentação necessária para todo o povo.

Contra a miséria e a fome

A fome, entre outras ramificações da miséria e da exploração, tornou-se assunto de interesse público. O médico pernambucano Josué de Castro foi um dos principais incentivadores dos debates sobre a

fome, tema do qual se tornara especialista de renome internacional. Como deputado federal no período de 1955 a 1963, ele dizia que o Estado não devia simplesmente doar comida à população carente; devia assegurar condições de trabalho e salário que permitissem a todo brasileiro garantir a própria alimentação e a da família. Devidamente nutrida, a população criaria resistência física contra muitas das enfermidades, que matavam e inutilizavam para o trabalho.

As críticas ao governo ganharam maior intensidade a partir de 1955, com a criação no Nordeste das Ligas Camponesas, lideradas por Francisco Julião. Com o objetivo de lutar pela melhoria das condições de vida do povo, essa organização assumiu a bandeira da luta contra a fome, a doença e a exploração imposta pelos latifundiários da região. De todos os pontos do país surgiram manifestações de apoio às palavras de Josué de Castro e Francisco Julião. O Nordeste tornou-se foco da atenção mundial, e seus problemas foram divulgados insistentemente pela imprensa.

Francisco Julião e a fome

Há paz no campo, Excelência. Eu sei bem disso. Odeio essa paz com o mesmo ódio que dedico à escravidão, ao atraso, à fome, à miséria e ao latifúndio. De que é feita essa paz? Essa paz é feita do silêncio de milhões de anjinhos que, ao invés de se agasalharem em casinhas higiênicas, com o tecido cobrindo-lhes a nudez e o leite nutrido-lhes o estômago, vão pelos caminhos e veredas, estendidos em toscos caixõeszinhos, em busca dos cemitérios das vilas

e das cidades, todos eles aniquilados pela fome. Essa paz é feita do silêncio que a mulher camponesa, envelhecida aos trinta anos, tece com as contas d'água que lhe saem dos olhos diante da procissão macabra dos seus anjinhos de mãos entrelaçadas e olhos fundos, que a morte, sem piedade, vai ceifando. Essa paz é feita do silêncio do camponês expulso pelo capanga, pela polícia e até pela justiça do pedaço de chão onde nasceu e que é carne, san-

que e osso do seu corpo esquelético, vida de sua vida perdida, porque levantou um dia a voz contra o cambão, ou o aumento do foro, ou o exagero da vara, ou o vale do barracão, ou mil outras formas cruéis de espoliação do seu trabalho.

Fonte: "Carta de Francisco Julião a dom Severino Aguiar, bispo de Pesqueira". Apud: Barreto, Lêda. *Julião — Nordeste — Revolução*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1963. p.125-126.

A face miserável do Brasil chocava os europeus, entusiasmados com o projeto de modernização nacional. Apesar disso, a maior parte das lideranças políticas brasileiras continuou incapaz de conviver com os compromissos democráticos, como sempre ocorrera ao longo da história do país. A violência era a arma comumente empregada para conter os protestos comandados pelas Ligas Camponesas, ainda mais porque essa organização defendia a reforma agrária e os ideais comunistas.

Medicina e política

Foi nesse quadro agitado que se definiu a politização da atividade de médicos e epidemiólogos. O exercício da medicina deixou de ser entendido apenas como utilização de técnicas voltadas para melhorar a saúde da população, sem qualquer relação com os interesses das classes sociais. Em vez disso, a medicina passou a ser interpretada como uma prática social capacitada para lutar, através dos canais políticos, pelo bem-estar coletivo. Os médicos deveriam cobrar das autoridades decisões e verbas que beneficiassem sobretudo as camadas sociais mais pobres.

A convergência de interesses da comunidade médica e dos movimentos populares levou as questões sanitárias a ocuparem papel importante nas reivindicações dos trabalhadores urbanos e rurais. O presidente João Goulart, comprometido com o programa de Reformas de Base*, encontrava dificuldades em atender as reclamações do povo e ao mesmo tempo garantir o apoio dos grupos de latifundiários e industriais que lucravam com a miséria que assolava boa parte dos brasileiros. Este foi um dos impasses que colaboraram para a ocorrência de um novo período ditatorial na história brasileira.

Reformas de Base

Programa de alterações institucionais a ser submetido ao Congresso Nacional e que visava remodelar os setores administrativo, tributário, bancário e educacional, assim como promover a reforma agrária e combater a pobreza urbana.

5

A saúde no regime militar de 1964

No dia 31 de março de 1964, um golpe de Estado liderado pelos chefes das Forças Armadas colocou fim à agonizante democracia populista. Sob o pretexto de combater o avanço do comunismo e da corrupção e garantir a segurança nacional, os militares impuseram ao país um regime ditatorial e puniram todos os indivíduos e instituições que se mostraram contrários ao movimento autoproclamado Revolução de 64.

Classificados como agentes do comunismo internacional, foram perseguidos muitos líderes políticos, estudantis, sindicais e religiosos, que lutavam pela melhoria das condições da saúde do povo. Entre eles estavam Josué de Castro e Francisco Julião, que tiveram seus direitos políticos cassados.

O regime dos generais presidentes

No ano seguinte ao golpe foi promulgado o Ato Institucional nº 2, que extinguiu os partidos políticos e os substituiu por apenas dois: a Aliança Renovadora Nacional (Arena), representando os interesses da ditadura, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), de oposição consentida ao regime. Os generais presidentes promoveram também alterações estruturais na administração pública, no sentido de uma forte centralização do poder, privilegiando a autonomia do Executivo e limitando o campo de atuação dos poderes Legislativo e Judiciário.

Sob a ditadura, a burocracia governamental foi dominada pelos tecnocratas*, civis e militares, unidos em torno do lema “Segurança e desenvolvimento”. Eles foram responsáveis em boa parte pelo “milagre econômico” que marcou o país entre 1968 e 1974.

Nesse período, as taxas do Produto Interno Bruto* (PIB) tornaram-se próximas às dos países mais ricos, levando o Brasil a ocupar a posição de oitava potência econômica do mundo capitalista.

Tecnocrata

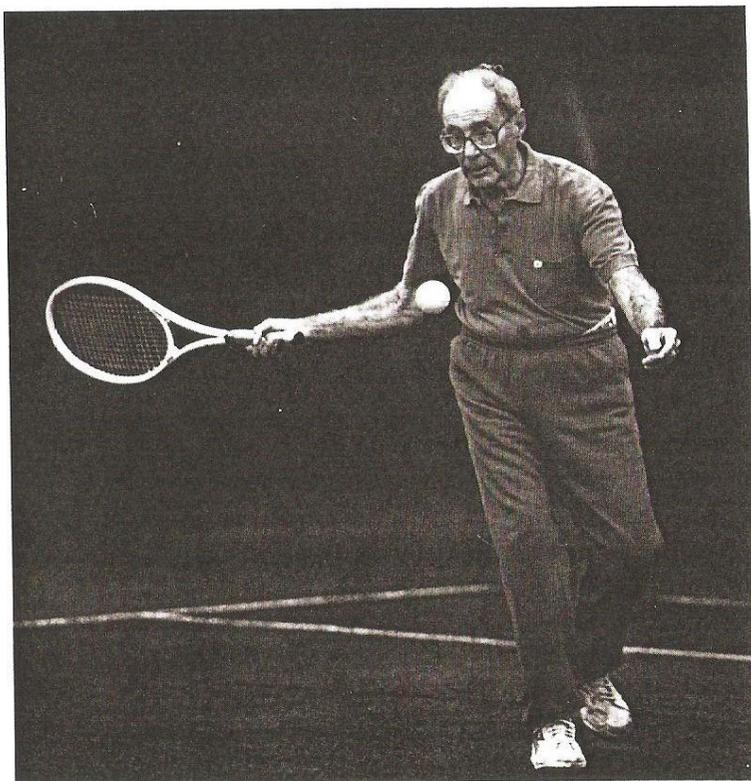
Político ou administrador que defende políticas públicas baseadas apenas em princípios e critérios técnicos e econômicos, desprezando os aspectos sociais e políticos.

Produto Interno Bruto

Valor total dos bens e serviços produzidos por um país durante o ano. É tomado como critério para avaliar o desempenho da economia. O PIB *per capita* é obtido dividindo-se o PIB pelo número total dos habitantes do país.

Essa elevação do PIB foi resultado da modernização da estrutura produtiva nacional, mas também, em grande parte, da política que inibiu as conquistas salariais obtidas na década de 50. Criava-se assim uma falsa ilusão de desenvolvimento nacional, já que o poder de compra do salário mínimo foi sensivelmente reduzido, tornando ainda mais difícil a vida das famílias trabalhadoras.

Ao crescimento econômico acelerado somaram-se as conquistas esportivas — como o tricampeonato de futebol alcançado em 1970 —, utilizadas pela propaganda oficial para criar a convicção de que o projeto governamental estava fazendo o país ir para a frente. Os sucessos obtidos pela medicina também foram calorosamente divulgados pela ditadura, destacando-se o primeiro transplante de coração da América Latina, realizado em maio de 1968 pelo Dr. Euríclides de Jesus Zerbini e sua equipe.



O Dr. Zerbini, que realizou o primeiro transplante de coração no Brasil, em 1968.

Eram os tempos do “Brasil grande” e das frases de efeito patriótico como “Brasil, ame-o ou deixe-o” e “Ninguém segura este país”. E também os tempos duros da repressão política e policial, do desrespeito aos direitos humanos e do aviltamento dos direitos de cidadania.

O esvaziamento do Ministério da Saúde

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 somente à elaboração de projetos e programas, delegando a outras pastas, como as da Agricultura e da Educação, uma parte da execução das tarefas sanitárias. Tal decisão não trouxe melhoria aos serviços de saúde.

PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO DA UNIÃO (1961-1980)

| Ano | % do orçamento para o M. S. | Ano | % do orçamento para o M. S. |
|------|-----------------------------|------|-----------------------------|
| 1961 | 4,57 | 1971 | 1,41 |
| 1962 | 4,31 | 1972 | 1,19 |
| 1963 | 4,10 | 1973 | 1,03 |
| 1964 | 3,65 | 1974 | 0,94 |
| 1965 | 2,99 | 1975 | 1,13 |
| 1966 | 4,21 | 1976 | 1,58 |
| 1967 | 3,44 | 1977 | 1,80 |
| 1968 | 2,21 | 1978 | 1,81 |
| 1969 | 2,58 | 1979 | 1,82 |
| 1970 | 1,11 | 1980 | 1,38 |

Fontes: Para a década de 60: Buss, Paulo Marchioni et al. *Ministério da Saúde: saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, 1976, p. 20. Para a década de 70: Campos, Gastão Wagner de Souza et al. — *Planejamento sem normas*. São Paulo, Hucitec, 1989, p. 107.

A individualização da saúde pública

Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um “fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico” — parte valiosa, portanto, do patrimônio da nação —, o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. E isso alterou profundamente sua linha de atuação.

Uma parte do pouco dinheiro destinado ao setor foi desviada para o pagamento dos serviços prestados por hospitais particulares aos doentes pobres. O ministério utilizou verbas também em algumas campanhas de vacinação. Quase nada sobrava para investir nos sistemas de distribuição de água tratada e de coleta de esgotos, elementos vitais para a prevenção de muitas enfermidades.

Embora o Ministério da Saúde retomasse o compromisso de realizar programas de saúde e saneamento, conforme estabelecido no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), de 1975, isso não alterou significativamente a situação de abandono em que se encontrava a saúde pública. O resultado foi trágico, com o aumento de enfermidades como a dengue*, a meningite* e a malária. E quando tais doenças se tornavam epidêmicas, as autoridades da ditadura recorriam à censura, impedindo que os meios de comunicação alertassem o povo sobre a ameaça.

Epidemias silenciosas

Isso começou a ocorrer desde 1971, quando uma epidemia de meningite se alastrou pelas principais cidades brasileiras, atingindo principalmente a população residente na periferia. Nos dois primeiros anos da epidemia, os médicos ligados ao governo limitaram-se a desmentir as notícias sobre a disseminação da doença. Às vezes quebravam o silêncio para fazer declarações evasivas ou dizer que os boatos sobre as mortes em série eram produto da ação de “agitadores” ou de “pessoas mal informadas”. Nas respostas das autoridades sanitárias uma coisa ficava clara: o governo estava escondendo informações.

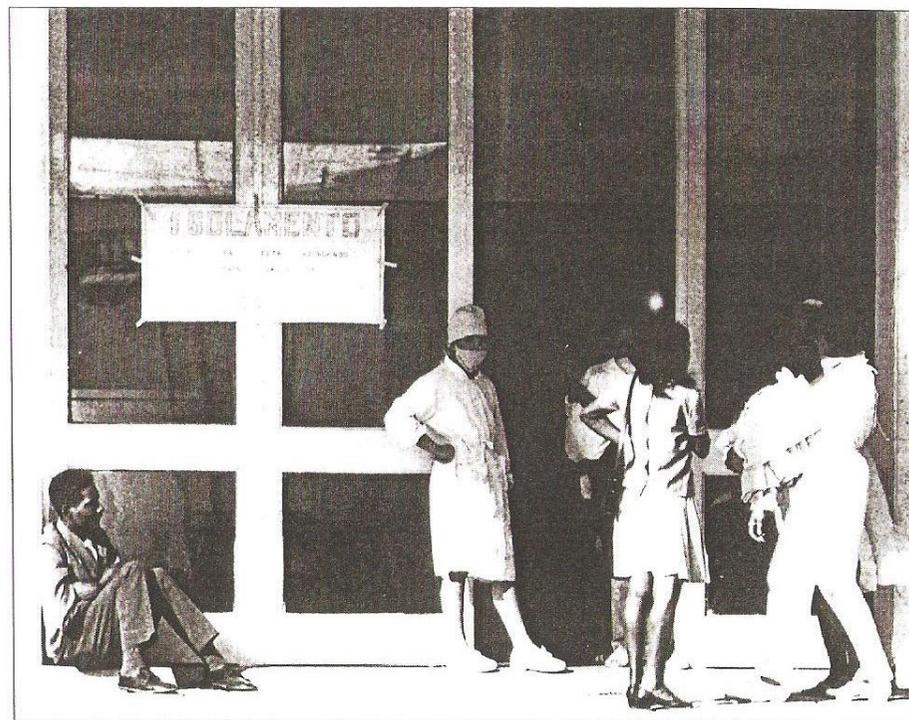
Só no inverno de 1974, quando houve um súbito aumento dos casos e das mortes por meningite, os responsáveis pelo setor de saúde admitiram a epidemia. Mas acrescentaram que vários outros

Dengue

Moléstia causada por vírus e transmitida ao homem através da picada de mosquito. Apesar de ser pouco mortal, essa enfermidade causa febre alta, dores abdominais e articulares e secreção brônquica exagerada.

Meningite

Nome genérico dado a todas as inflamações das meninges (membranas que envolvem o encéfalo e a medula espinhal), podendo ser causada por infecção microbiana ou por intoxicação. Tem como sintomas febre, dores de cabeça e distúrbios motores. Se não for tratada imediatamente, leva o doente ao estado de coma e à morte.



países estavam sendo assolados pela mesma doença, com um número de óbitos superior ao do Brasil. E negaram qualquer relação entre a epidemia e as condições de vida da população, agravadas com o fim do “milagre econômico”.

Com a expansão da epidemia e o aumento dos casos fatais, sobretudo em São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Belo Horizonte, em dezembro de 1974 o governo federal destinou verbas para a vacinação em massa contra a meningite. Tentava assim conter não só o avanço da enfermidade, mas também o pânico que já tomava conta da população.

A campanha de vacinação — definida como “uma verdadeira operação militar” — foi realizada até 1977, quando a meningite foi declarada sob controle. Nunca se soube com precisão o número de atingidos e de mortos, informação mantida em sigilo pela ditadura.

“Este PS está atendendo apenas casos de meningite”: no inverno de 1974, não foi mais possível esconder a epidemia.

O Estado e a Previdência Social

O regime autoritário procurou ser um agente regulador da sociedade. Para isso, forçou a desmobilização das forças políticas e o enfraquecimento das instituições que atuavam antes de 1964, substituindo-as por organismos e sistemas sob estrito controle do Estado.

INPS

Aproveitando-se das dificuldades das antigas caixas e institutos de aposentadoria e pensões, o governo criou em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. Dirigido pelos técnicos e políticos vinculados ao novo regime, o INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho, assumindo o patrimônio e os compromissos dos organismos que o antecederam. Estabeleceu-se assim, na esfera pública, um sistema dual de saúde: o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria, pelo menos em teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias.

O Estado tornou-se o único coordenador dos serviços de assistência médica, aposentadoria e pensões destinados às famílias dos trabalhadores, mediante o desconto de 8% do salário mensal. Ao mesmo tempo, aumentou o número de segurados e das atividades médicas subordinadas ao Estado: em 1960 elas correspondiam a cerca de 50% do total de consultas e hospitalizações; 15 anos depois, alcançavam mais de 90%.

Esse índice não significou apenas a extensão da cobertura médica, mas também o envolvimento de quase todos os clínicos e unidades hospitalares na rede previdenciária. Pela Constituição de 1967, o Estado deveria apoiar as atividades privadas; a atuação governamental seria apenas suplementar aos serviços prestados pela medicina privada. Com isso, o INPS firmou convênios com 2 300 dos 2 800 hospitais instalados no país, utilizando o setor privado para atender a massa trabalhadora.

Sistema frágil

Os baixos preços pagos pelos serviços médico-hospitalares e a demora na transferência das verbas do INPS para as entidades conveniadas determinaram a fragilidade desse sistema de atendimento à população. Enquanto o governo reduzia ou atrasava os recursos para a rede conveniada, hospitais e clínicas aumentavam as fraudes para receber aquilo a que tinham direito, e muito mais.

Guias de internação falsificadas, cirurgias desnecessárias e a prática de cesariana em vez de parto normal passaram a ser mecanismos comuns de fraude. Mais do que os prejuízos materiais, importantes em si mesmos, a mais grave consequência tem sido a contínua degradação dos serviços médico-hospitalares prestados à população trabalhadora. Em sua imensa maioria ela não tem outra alternativa que não o sistema previdenciário de atendimento.

Ainda na década de 70 surgiu a chamada *medicina de grupo*. Com o objetivo de oferecer melhor atendimento aos trabalhadores e reduzir os períodos de licença dos funcionários doentes, as grandes e médias empresas começaram a firmar contratos com grupos médicos, que substituíam os serviços prestados pelo INPS. Como resultado desses acordos, as empresas deixavam de pagar a cota previdenciária ao governo e em troca comprometiam-se a prestar assistência médica a seus empregados, recebendo ainda subsídios do próprio governo federal.

ASSISTÊNCIA MÉDICA PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL: DESPESAS PER CAPITA*

| Regiões | 1971 | 1981 |
|--------------|----------|----------|
| Norte | 1 928,59 | 1 397,29 |
| Nordeste | 2 064,40 | 1 745,94 |
| Centro-Oeste | 2 682,22 | 2 749,39 |
| Sudeste | 3 115,67 | 3 573,97 |
| Sul | 3 639,87 | 3 508,64 |

* Valores de 1981, em cruzeiros.
Fonte: Stephanes, Reinhold — *Previdência Social: um problema gerencial*. Rio de Janeiro, Uidador, 1984. p. 173. O autor foi diretor do antigo INPS entre 1974 e 1977 e mais tarde ministro da Previdência Social.

Por essa época, o INPS ameaçava sucumbir à incapacidade gerencial e à complexidade do sistema previdenciário, além da enxurrada de fraudes dos hospitais privados. Buscando contornar esses obstáculos, em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Ao incorporar o INPS, o Ministério da Previdência livrou-o das imposições do Ministério do Trabalho, renovando assim a promessa de garantir a saúde dos segurados. Para controlar a onda de corrupção, pagamentos ilegais de serviços médicos e aposentadorias “fantasmas”, o governo criou também a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), tentando conter a evasão de recursos.

Para atenuar as críticas, que atingiam o próprio regime, diversas outras medidas foram tomadas na área da assistência médica. Já em 1971 começara a funcionar o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), que estendia aos trabalhadores do campo os direitos previdenciários. Alguns anos depois foi a vez do Plano de Pronto Ação (PPA). Seu objetivo era acelerar o atendimento dos casos médicos de urgência, ficando o Ministério da Previdência e Assistência Social responsável pelo pagamento dos hospitais, conveniados ou não, que prestassem atendimento aos trabalhadores.

Por fim, em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, projeto que tinha a finalidade de baratear e ao mesmo tempo tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o país. Era mais uma tentativa de superar deficiências no setor, que pareciam intransponíveis.

Mas, apesar de todas essas deficiências, a expansão da assistência médica individual e do número de leitos hospitalares repercutiu na queda dos índices de mortalidade geral: em 1960 esse índice era de 43,3 óbitos por mil habitantes; vinte anos depois, caiu para 7,2. Também a expectativa média de vida se elevou para aproximadamente 63 anos. Ainda assim, o Brasil permanecia como um dos países mais enfermos da América Latina, superado em 1979 apenas por Haiti, Bolívia e Peru.

Acidentes e doenças do trabalho

Somente em 1976, cerca de um quarto dos dois milhões de trabalhadores da construção civil foram vitimados por acidentes de trabalho. Essa proporção repetiu-se em vários outros setores, como o de mecânica e material eletroeletrônico e o madeireiro.

Esses índices oficiais, certamente inferiores à realidade, eram explicados pela ditadura como parte do esforço coletivo para contornar as dificuldades econômicas do momento. Para amenizar a situação, determinou-se o pagamento obrigatório do *salário insalubridade* para as atividades arriscadas, que podiam resultar em enfermidade ou morte dos operários. O governo e o empresariado desculpavam-se das condições gerais de trabalho com a justificativa de que “era necessário fazer o bolo crescer para depois dividi-lo”. Acrescentavam que a maior parte dos acidentes era causada pelos próprios operários, que se recusavam obedecer às normas de segurança estabelecidas.

Os acidentados, por sua vez, encontravam na Previdência Social a única possibilidade de tratamento. Tornou-se costume os hospitais optarem pelo atendimento rápido desses acidentados amputando braços e pernas, mesmo quando era possível tentar preservar a integridade física dos trabalhadores.

A perda de um membro condenava muitas pessoas a não voltarem mais para a linha de produção. Com a baixa aposentadoria que recebe, o operário com deficiência física tinha e continuava tendo poucas opções: encontrar uma colocação no mercado informal de trabalho como vendedor ambulante, ou pedir esmola nas praças públicas.

As enfermidades causadas no trabalho ou em razão dele multiplicavam-se não só em número mas também em variedade. A poluição industrial no ambiente da produção fazia e faz vítimas entre os operários e também entre a população vizinha das fábricas, causando a chamada “morte lenta”, através da disseminação de inúmeras doenças, sendo a principal delas a leucopenia*.

Leucopenia
Enfermidade causada pela diminuição do número de leucócitos (glóbulos brancos) no sangue, em consequência da intoxicação por produtos químicos, comumente encontrados no ambiente fabril.

ORIGEM E VENDAS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA EM 1980

| Sede do laboratório | Número de unidades | Participação nas vendas |
|---------------------|--------------------|-------------------------|
| Brasil | 379 (83,4%) | 20,7% |
| Exterior | 65 (16,5%) | 79,3% |

Fonte: Temporão, José Gomes. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro, Graal, 1986. p. 71-2.

Saúde: um bom negócio para o capital estrangeiro

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. As classes médias em especial, beneficiadas pelo “milagre econômico”, encontraram nas companhias de seguro-saúde o caminho de acesso ao atendimento rápido e eficiente. Em troca, pagavam mensalidades que estavam fora do alcance da maior parte da massa trabalhadora.

Foi nesse contexto de modernização do consumo que a *Golden Cross*, seguida em pouco tempo por outros grupos estrangeiros, passou a concorrer com as companhias médicas brasileiras. Os investimentos internacionais na área 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.

Indústria farmacêutica

A presença do capital estrangeiro também pode ser detectada na indústria farmacêutica. Os laboratórios e as empresas nacionais produtoras de equipamentos médico-hospitalares pouco a pouco perderam terreno diante da concorrência internacional. Entre 1965 e 1975, pelo menos 25 companhias brasileiras

foram compradas por grupos com sede nos Estados Unidos e na Europa.

Além disso, a acolhida oficial a esses empreendimentos permitiu que os laboratórios farmacêuticos determinassem os preços e a qualidade dos medicamentos vendidos no Brasil. Em 1971, o governo criou a Central de Medicamentos (Ceme), com o objetivo de produzir, contratar e distribuir remédios essenciais à população de baixa renda. Mas essa providência não foi eficiente. A Ceme viu-se logo incapaz de concorrer com os laboratórios privados e quebrar o domínio do mercado pelos grandes grupos farmacêuticos multinacionais.

Uma infinidade de novas drogas, muitas delas de eficiência duvidosa ou já proibidas em outros países, passou a ser vendida todos os anos. Em 1976 existiam nas farmácias do Brasil cerca de cinco mil remédios considerados supérfluos, sem nenhum papel significativo na cura de qualquer enfermidade. E as tentativas governamentais de controlar o preço dos medicamentos esbarram no desinteresse dos laboratórios. Quando ameaçados pelo poder público, eles simplesmente interrompem a distribuição de seus produtos, deixando a população sem acesso a remédios vitais.

A saúde nos anos 80 e 90

A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada sobretudo no descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República.

O último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), viu-se obrigado a acelerar a democratização do país, a lenta e gradual abertura política iniciada por seu antecessor. Foi extinto o bipartidarismo imposto pelos militares e criaram-se novos partidos políticos. A imprensa livrou-se da censura, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves voltaram a marcar presença no cotidiano das cidades brasileiras.

A mobilização pela volta de eleições diretas permitiu que em 1989 a população pudesse eleger soberanamente o presidente da República, já com a nova Constituição (1988) em vigor. Mas os sucessivos planos de estabilização fracassaram e a inflação anual elevou-se a mais de 2 000% em 1993. Com isso, o governo federal manteve a política econômica recessiva. Limitou investimentos, cortou verbas públicas nos setores sociais — inclusive na saúde — e conteve os salários, a ponto de reduzir o salário mínimo a cerca de 25% de seu valor inicial, de julho de 1940. O país reconquistou a democracia em meio a uma das mais graves crises econômicas e sociais de sua história.

A crise da saúde

Hospitais em precário estado de funcionamento, dificuldades de encontrar atendimento médico, mortes sem socorro especializado: este tem sido o quadro a que está submetida a maior parte da população brasileira. Como resultado da insuficiente expansão dos sistemas de saneamento e da ineficácia da educação sanitária, o país

é assolado por epidemias evitáveis, como os surtos de cólera e dengue. E mantêm-se altos os índices de pessoas atingidas por tuberculose, tracoma, doença de Chagas e doenças mentais, confirmando a permanência histórica do trágico estado da saúde popular.

A política de saúde praticada desde os anos 80 pouco fez para alterar o quadro sanitário vigente nas décadas anteriores. Segundo alguns dos principais administradores da saúde pública brasileira, o setor sofre sobretudo da ausência de planejamento e da descontinuidade dos programas. Tal situação permite não só o alastramento da corrupção, mas também a ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população.

A herança da ditadura

| | | |
|--|--|---|
| <p><i>O Serviço Militar dispensa, por ano, cerca de 45% dos jovens que se alistam nas três Forças, por insuficiência física. A informação foi prestada pelo ministro-chefe do Estado-Maior das Forças Armadas (Emfa), brigadeiro Valdir de Vasconcelos, que acrescentou que a deficiência dentária foi a principal causa da dispensa do serviço militar, atingindo</i></p> | <p><i>30% do total, seguida pela insuficiência de peso e altura, provocada na maior parte pela desnutrição.</i></p> <p><i>Segundo o ministro Valdir de Vasconcelos, a juventude brasileira está com um baixo nível de saúde e a prova disso é esse alto índice de dispensa do serviço militar. Em números concretos, explicou o ministro, no recrutamento de 81,</i></p> | <p><i>para servir em 82, foram alistados 1 448 387 rapazes de 18 anos e, desse total, 651 774 foram dispensados por problemas de saúde.</i></p> <p><i>Folha de S.Paulo, 28 de agosto de 1983, Caderno 2, p. 13.</i></p> |
|--|--|---|

Enquanto os Ministérios da Saúde e da Previdência Social continuavam a padecer da crônica falta de verbas e de atos de corrupção, o governo federal buscou alternativas através de contínuas reformas que visam integrar os serviços prestados por essas duas pastas. Na década de 80, os projetos identificados pelas siglas Prev-Saúde, Conasp e AIS mantiveram sempre a mesma proposta: reorganizar de forma racional as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, evitar as fraudes e lutar contra o monopólio das empresas particulares de saúde.

No entanto, os esforços para melhorar o tratamento e a prevenção de doenças contaram com a oposição dos empresários da saúde. Eles passaram a organizar *lobbies* (grupos de pressão) que atuavam no Congresso Nacional e nas Assembleias Legislativas para defender publicamente os interesses da iniciativa privada. Em 1986 o presidente Sarney e as lideranças partidárias acabaram

apoiando, sem muita firmeza, as propostas de reorganização do sistema de saúde oficial. Ao mesmo tempo, contudo, mantiveram e até mesmo reforçaram a presença das empresas de saúde como elemento mais importante da prestação de assistência médica, graças à contínua transferência de verbas públicas.

Movimentos sociais

Com os novos ares da abertura política, os moradores da periferia dos grandes centros começaram a lutar pela melhoria de suas condições de vida. Com a assessoria de padres e médicos sanitaristas, foram criados os Conselhos Populares de Saúde, encarregados de obter melhor saneamento básico e a criação de hospitais e centros de saúde nas áreas mais carentes.

ENCONTRO POPULAR DE SAÚDE

MELHOR ASSISTÊNCIA
MELHORES PARA TODOS
QUEREMOS MELHORES PARA TODOS
QUEREMOS ÁGUA NA TORNEIRA JÁ
TRABALHA DORTAM SEM QUERER DECIDIR?
O POVO UNIDO JAMAIS SERÁ VENCIDO!

- PROGRAMA -

14/7 - 9hs: DEPOIMENTOS POPULARES
14hs: MESA REDONDA SOBRE "SAÚDE E SOCIEDADE"
9hs: SEMINÁRIOS
14hs: PLENÁRIO GERAL
17hs: FILME "CASO COMUM"

LOCAL: CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO - VIADUTO JACAREÍ - Nº 400

O movimento popular de saúde em São Paulo tem sido, desde os anos 70, uma das mais fortes expressões da luta da população por melhor qualidade de vida.

Da mesma forma que a população leiga, o clima político permitiu que a classe médica expressasse seu descontentamento com as condições de trabalho que lhe eram impostas.

A proliferação das faculdades de medicina durante o período ditatorial — o número de escolas médicas elevou-se de 28 para 75 entre 1960 e 1980 — faz com que existam atualmente cerca de duzentos mil médicos em todo o país. Uma das conseqüências dessa situação foi a proletarização da maior parte dos profissionais da área. Mesmo antes de completarem o curso, os novos médicos são obrigados a assumir dois, três ou mais empregos, em instituições públicas e privadas, e ainda a se submeterem aos baixos valores que as empresas de seguro-saúde pagam pelo atendimento a seus filiados.

As precárias condições impostas aos médicos que atuam nos hospitais multiplicam as possibilidades de erros terapêuticos e cirúrgicos. Em geral, tais erros são apresentados de forma equivocada na imprensa, como responsabilidade exclusiva dos clínicos.

O Sistema Unificado de Saúde

Cientes desses fatos e também do péssimo estado de saúde da população, os profissionais do setor organizaram-se na defesa da profissão e dos direitos dos pacientes. Disso resultou, ainda no final dos anos 70, o surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). A partir dessas associações, desenvolveu-se o chamado Movimento Sanitarista que, ao incentivar as discussões, buscou encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional.

Um dos principais produtos desse movimento foi a elaboração de um documento intitulado *Pelo direito universal à saúde*, que sublinha a necessidade de o Estado se comprometer definitivamente com a assistência à saúde da população. Nesse texto, afirma-se com ênfase que o acesso à assistência médico-sanitária é *direito do cidadão e dever do Estado*.

A importância desse princípio repercutiu nos trabalhos da Assembléia Constituinte. Após os inevitáveis confrontos com os lobbies patrocinados pelos empresários que lucravam com a falência da saúde pública, a redação final da Constituição promulgada em 1988 incluiu a maior parte das propostas das organizações populares e de especialistas na área da saúde.

Entre os dispositivos da Constituição encontra-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Baseado no princípio de integração de todos os serviços de saúde, públicos e particulares, o Suds deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais.

Além disso, o governo procurou estabelecer condições para que o Estado interferisse mais acentuadamente nos serviços particulares de saúde. Exigiu maior controle das atividades desenvolvidas pelas instituições privadas no setor médico-hospitalar, inclusive dos laboratórios encarregados da coleta e distribuição de sangue e seus derivados. Por fim, o setor privado de saúde foi definido como “forma complementar” aos serviços públicos; as entidades filantrópicas teriam papel auxiliar no funcionamento do Suds.

O projeto de municipalização dos serviços de saúde, representado pelo Suds, encontra os mesmos obstáculos que condenaram ao fracasso outros projetos descentralizadores — principalmente a recusa das empresas particulares em se submeterem ao sistema unificado. Além disso, muitos prefeitos que recebem as verbas destinadas à saúde aplicam parte ou o total do dinheiro em outros setores da administração pública, ou simplesmente desviam ilegalmente esses fundos para contas particulares.

Em conseqüência, o Suds mantém-se atualmente apenas como um objetivo futuro. De concreto houve a integração, mesmo que imperfeita, dos serviços mantidos pelo Estado, sem a participação das empresas particulares. Surgiu assim o Sistema Unificado de Saúde (SUS), encarregado de organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do Inamps e dos serviços de saúde estaduais e municipais.

A epidemiologia da desigualdade

Na década de 90, o Brasil continua sendo um país ferido por desigualdades e injustiças gritantes. No setor da saúde, os dados permanecem trágicos. Apesar da precariedade das estatísticas sanitárias — principalmente nas áreas rurais do Norte e do Centro-Oeste —, calcula-se que a cada ano perdem-se cerca de trezentos mil dedos em acidentes de trabalho. Muitos municípios brasileiros

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NAS REGIÕES NORDESTE E SUDESTE EM 1988

| Grandes grupos | Nordeste (nº absoluto e % sobre o total regional de óbitos) | Sudeste (nº absoluto e % sobre o total regional de óbitos) |
|------------------------------------|---|--|
| Doenças infecciosas e parasitárias | 15 414 (7,38) | 19 776 (4,76) |
| Câncer | 10 248 (4,91) | 45 270 (10,89) |
| Doenças do aparelho circulatório | 33 517 (2,64) | 138 886 (33,42) |
| Doenças do aparelho digestivo | 5 518 (2,64) | 19 139 (4,61) |
| Causas externas | 18 572 (8,89) | 50 540 (12,16) |
| Causas mal definidas | 92 479 (44,27) | 34 093 (8,20) |

Fonte: Informe epidemiológico do SUS 1(2):51-70, julho de 1992.

ainda não têm médico nem unidades de assistência aos enfermos, enquanto no eixo Rio—São Paulo se concentram mais de 50% dos profissionais de saúde e dos hospitais. Mesmo assim, os obstáculos para o acesso a atendimento médico e internamento são grandes nas metrópoles. Esse fato continua sendo uma das principais fontes de aflição das famílias trabalhadoras.

Distribuição regional

A dimensão injusta da sociedade pode ser claramente observada através da análise e da distribuição da pobreza e das doenças nas diferentes regiões brasileiras.

Desde o século XIX as sucessivas políticas sociais praticadas pela administração federal privilegiam a população do Sudeste e do Sul do país, que são o pólo dinâmico e moderno da economia. Em contraste, o Norte e o Nordeste têm recebido pouca atenção do governo, situação que condena seus habitantes à miséria e à morte por moléstias que poderiam ser evitadas.

O Nordeste, onde se concentra o maior número de brasileiros que ganham menos de um salário mínimo por mês, é também o território dos indigentes alimentares — todos os indivíduos com renda familiar de, no máximo, o valor da cesta básica de alimentos.

O resultado histórico da subnutrição e da fome repercute diretamente nas avaliações sanitárias. As taxas de mortalidade infantil do Nordeste são assustadoras, apesar da tendência decrescente registrada há algumas décadas. Mesmo assim, a possibilidade de uma criança não ultrapassar o primeiro ano de vida é quase quatro vezes maior no Piauí do que em São Paulo — fato que atesta as diferentes condições de vida e de assistência médica nos dois estados.

Subnutrição e saneamento

O retardamento do crescimento na infância, relacionado à subnutrição em várias gerações de uma mesma família, é um fenômeno constante nos grupos de baixa renda em todo o país, atingindo índices elevados no Nordeste. Esse fenômeno favoreceu o surgimento de uma legião de “homens-gabirus”, termo empregado pela imprensa para descrever os adultos com baixa estatura e ossos frágeis — incapazes, portanto, de executar trabalhos que exijam muita força física e cujo organismo apresenta baixa resistência às enfermidades.

Junta-se a isso a escassez dos serviços de saneamento básico e a deficiente rede hospitalar, fazendo com que os brasileiros do Nordeste sofram de doenças típicas das áreas pobres, como o cólera, a febre tifóide e a peste bubônica, além de altos índices de mortalidade infantil.

Conclusão

“Saúde para todos no ano 2000”

Já se passaram alguns anos desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que todas as nações que a compõem devem assumir o compromisso de, até o fim do milênio, estender a assistência médico-hospitalar e as ações preventivas a todos os seus cidadãos, independente de classe social, nível de instrução, cor ou opção política.

O Brasil, como país participante da OMS, assinou essa declaração de princípios. Apesar disso, mesmo faltando poucos anos para o encerramento do prazo, o país ainda está longe de atingir os objetivos fixados.

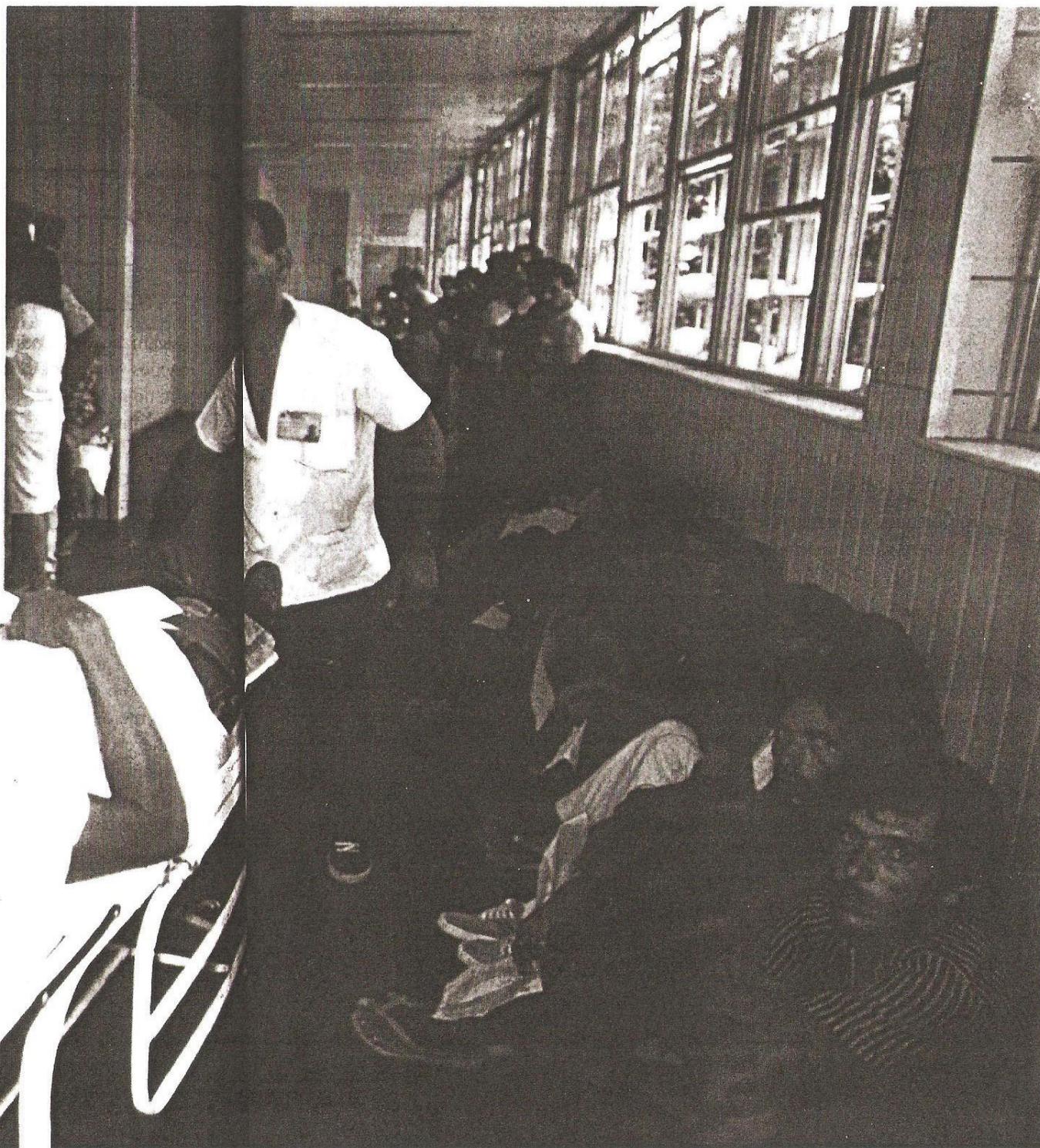
Passos importantes já foram dados para proporcionar um melhor padrão de saúde para a população brasileira. O principal deles é a concepção de que a saúde e a doença são um processo dependente de muitos fatores. A enfermidade não pode ser entendida como um fenômeno exclusivamente biológico, explicada apenas pelo meio ambiente físico, o tamanho da população humana e o número de animais e insetos em contato com o homem. Talvez mais importante que esses fatores são as características sócio-históricas da comunidade, incluindo a organização social e as relações entre os indivíduos no processo de trabalho.

Ao mesmo tempo, tem-se notado o esforço oficial, mesmo que tímido, para alterar o rumo das políticas de saúde. Ao lado do modelo de assistência médica previdenciária e de caráter individual, várias tentativas têm sido realizadas para promover o saneamento do meio e a educação popular em matéria de saúde e higiene.

Em 1995, as tentativas oficiais de melhorar os serviços de saúde prestados à população buscaram novas formas de solução. O médico Adib Jatene, ministro da Saúde, defendeu com vigor a criação de um imposto especial sobre o movimento bancário de todos os cidadãos, para conseguir verbas suplementares para financiar as

ações sanitárias e o atendimento médico. Em São Paulo, o prefeito Paulo Maluf propôs o Plano de Assistência à Saúde (PAS): cada distrito sanitário do município seria responsabilidade de cooperativas formadas por profissionais da saúde ou por empresas médicas, que contariam com verbas públicas para oferecer um serviço mais racional e produtivo aos paulistanos.

Por último, é preciso ressaltar que a proteção da saúde depende sobretudo das decisões políticas. É a participação da sociedade o elemento mais importante para garantir a melhoria da saúde no país, através da concretização das intenções que por enquanto são apenas propostas. Somados esses fatores, talvez ainda seja possível que, até o ano 2000, o Brasil cumpra uma parcela importante do compromisso selado com a OMS.



Depois da leitura: reflexão e debate

1. A saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo, é um fenômeno dependente de vários fatores. Enumere-os.
2. Desde a instituição da República, a promessa oficial de todos os presidentes tem sido proteger a saúde da população. Por que isso não tem ocorrido?
3. Como as idéias racistas divulgadas na primeira metade do século XX influenciaram os diagnósticos sobre a saúde da população brasileira?
4. Leia o quadro *Francisco Julião e a fome* e relacione as idéias expostas com o que está acontecendo atualmente com a população rural do Nordeste e da Amazônia.
5. Compare as medidas tomadas na área de saúde pelos governantes que atuaram durante os dois períodos ditatoriais da história brasileira.
6. Atualmente os grupos sociais mais abastados recorrem aos serviços de seguro-saúde, enquanto os trabalhadores pobres dependem exclusivamente da Previdência Social. Explique esse processo.
7. Pesquisa: converse com uma pessoa idosa e pergunte a ela sobre as doenças que enfrentou na vida e como conseguiu tratar-se.
8. Atividade: visite o hospital mais antigo de sua cidade e tente conhecer sua história e seus problemas atuais.
9. Tema para discussão: a saúde coletiva como fator relacionado com o desenvolvimento econômico e social do Brasil.
10. A partir da leitura deste livro, elabore um relatório visual sobre as condições de vida e de saúde de sua cidade, com fotografias publicadas pela imprensa ou tiradas por você mesmo.
11. Analise alguns livros de Ciências e de Programas de Saúde e identifique a forma pela qual as questões de saúde e doença são relacionadas com os fatores sociais.

Bibliografia

- BARATA, Rita de Cássia Barradas. *Meningite: uma doença sob censura?* São Paulo, Cortez, 1988.
- COHN, Amélia. *Acidentes de trabalho*. São Paulo, Cedec/Brasiliense, 1985.
- DONNANGELO, Maria Cecilia F. e PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- GAUDERER, Dr. E. Christian. *Os direitos do paciente*. Rio de Janeiro, Record, 1991.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom e BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História social da saúde*. São Paulo, Cedhal/USP, 1990.
- _____. *A Revolta da Vacina*. São Paulo, Ática, 1995.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araujo e TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(Im)previdência social*. Petrópolis, Vozes, 1986.
- PAULA, Sergio Goes de. *Morrendo à toa; causas da mortalidade infantil no Brasil*. São Paulo, Ática, 1991.
- POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e sociedade*. São Paulo, Hucitec, 1989.
- SINGER, Paul et alii. *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.
- SKIDMORE, Thomas E. *Preto no branco*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
- SPÍNOLA, Aracy Witt de Pinho, coord. *Pesquisa social em saúde*. São Paulo, Cortez, 1992.
- STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira*. Rio de Janeiro, Artenova, 1976.
- YIDA, Massako. *Cem anos de saúde pública*. São Paulo, Editora da Unesp, 1994.