

SAÚDE
PÚBLICA OU
OS MALES
DO BRASIL
SÃO

Gilberto Hochman



Desde o último quartel do século XIX a saúde tem frequentado a agenda intelectual e política brasileira menos pela sua afirmação e muito mais pelo seu avesso, ou seja, pela doença. Viajantes, jornalistas, literatos, médicos e cientistas sociais registraram e refletiram sobre as moléstias dos trópicos, as enfermidades dos escravos africanos e dos imigrantes, as doenças da cidade e as do meio rural, as patologias da modernidade e as do subdesenvolvimento. A magnitude da insalubridade do Brasil e dos brasileiros foi por todos observada, mas variou de ênfase e de foco ao longo do tempo, diferenças essas associadas a contextos específicos da história política, econômica e intelectual brasileira, assim como da história da saúde e da ciência. “O Brasil ainda é um imenso hospital”: a célebre denúncia do médico Miguel Pereira em outubro de 1916 tornou-se por décadas a metáfora do país capaz de mobilizar gerações, tanto para sua reafirmação como epítáfio do Brasil, quanto para sua negação em um diapasão ufanista ou para seu reconhecimento e busca de superação. Como seria possível um país se libertar dessa marca profunda? Em 1955, o médico Juscelino Kubitschek acreditava, com seu otimismo de candidato a presidente da República, que o país já tinha superado os seus mais graves problemas sanitários, e alertava que o “Brasil não seria só doença”.

Em raros momentos, como nas décadas de 1910 e de 1980, a saúde ocupou lugar destacado na agenda política brasileira. Não por coincidência, foram períodos em que a reforma sanitária foi debatida no Congresso Nacional e ganhou espaço nas páginas da imprensa, saindo de sua reclusão em consultórios, laboratórios, gabinetes, salões de associações e repartições. Todavia, o “país doente” jamais deixou de incomodar as elites médicas e intelectuais. Uma pergunta as perseguiu: como seria possível construir um Brasil civilizado, moderno e desenvolvido com populações doentes e espaços insalubres? Nas suas respostas, a saúde e a doença estiveram intimamente associadas ao debate sobre identidade

de nacional, sobre incorporação de populações e territórios e sobre o papel do Estado. Desse modo, médicos e sanitaristas são, também, intérpretes do Brasil.

Durante mais de um século a miscigenação racial, a natureza, o clima, a imigração, a cidade, o analfabetismo, a cultura popular e a bacharelesca, as elites governantes, o sistema político, a estrutura fundiária e o capitalismo foram acusados — individualmente ou em associação —, pelo criminoso estado sanitário do país e pela miséria e o analfabetismo que o acompanhava. O status de determinadas doenças consideradas *patologias da pátria*, por sua vez, foi menos variável. Das doenças então chamadas de pestilenciais — ou epidêmicas — do final do século XIX e do início do XX, algumas eram consideradas como vindas “de fora”, como as dramáticas epidemias de cólera, outras como “de dentro”, tais como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica, que poderia ser também importada. E junto com os imigrantes amontoados na terceira classe dos navios vindos da Europa aportava também o tracoma, uma infecção ocular. Em uma economia agrário-exportadora, a saúde dos imigrantes e a salubridade dos portos, e principalmente da capital federal, eram fundamentais para garantir a continuidade dos fluxos de pessoas e de mercadorias. Epidemias manchavam a reputação da cidade do Rio de Janeiro e de um país ansioso por ingressar no mundo civilizado. Reformas urbanas e respostas mais organizadas e bem-sucedidas a essas epidemias na primeira década do século XX possibilitaram os primeiros passos tanto da institucionalização da saúde pública como da microbiologia que a sustentava, sob a direção de Oswaldo Cruz.

Os relatos e as experiências das viagens científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil nas duas primeiras décadas do século XX deslocaram com verve euclidiana a ênfase da saúde pública do litoral para os sertões, que passaram a significar onipresença das doenças e a completa ausência de poder público. Esse desconfortável encontro entre os mé-

dicos do litoral e as populações doentes e miseráveis dos sertões, sem nenhum sentimento de brasilidade, foi o que indignou Miguel Pereira e toda uma geração de médicos e cientistas que lutaria pelo saneamento rural, por uma reforma dos serviços sanitários que ampliasse seu alcance territorial e suas atribuições. Seriam as “doenças do Brasil”, na perspectiva defendida pelo médico e cientista Carlos Chagas desde 1910, as que deveriam merecer a atenção dos governos e dos cientistas. Isto é, as endemias rurais, as doenças dos sertões, do interior do Brasil. A “trindade maldita”, alvo da retórica e ação do médico Belisário Penna a partir de 1916, ou seja, a malária, a doença de Chagas e a ancilostomíase, permaneceriam em lugar de destaque na agenda sanitária brasileira, somada à lepra, à sífilis e à tuberculose, e a mais uma dezena de outras doenças infecciosas e parasitárias.

As patologias do Brasil estavam associadas a múltiplas representações dos sujeitos doentes a serem salvos pela medicina pública e transformados em brasileiros. Além dos sertanejos, caipiras e as populações do interior, vítimas das endemias rurais, fizeram parte dessa lista de infelicitados: os ex-escravos, os habitantes pobres das cidades, moradores dos cortiços e das favelas, os imigrantes, as mulheres e as crianças, os trabalhadores informais e os camponeses. E, por muito tempo, as populações indígenas permaneceram invisíveis para a saúde pública institucionalizada, muitas vezes dissolvidas na identidade de caboclos, outras como parte de uma população do interior do Brasil, ou submetidas à administração de outras burocracias. O médico Noel Nutels seria aquele que buscava promover a conexão entre os serviços nacionais de saúde e os indígenas já no início da década de 1950.

Um dos poucos consensos estabelecidos no primeiro século republicano foi de que caberia ao poder público, e na maioria das formulações ao Estado nacional, a responsabilidade de nos livrar de todos esses males. Essa concepção derivava, entre outras, da percepção de que doenças transmissíveis

(em suas formas endêmicas ou epidêmicas) eram fenômenos da crescente e complexa interdependência social do mundo moderno, e que seus efeitos negativos não poderiam ser minorados ou suprimidos apenas por ações e soluções individuais ou voluntárias. Consagrada no último quartel do século XIX, a ideia de contágio e de transmissibilidade das doenças demandava mudanças nas relações entre indivíduos e modificava o papel dos governos em assuntos de saúde. A filantropia religiosa ou laica, comuns no campo da saúde e da assistência social, teria um lugar neste mundo, mas se tornaria complementar. O Estado seria percebido como o único capaz de agir legítima, técnica e coercitivamente sobre territórios e populações, impedindo ou compensando os efeitos negativos das doenças transmissíveis. Um dos grandes debates foi, e continua sendo, sobre os limites da liberdade individual diante do conjunto da sociedade quando se trata de doenças que “se pegam”. Essa perene demanda centralizadora e estatizante, nunca realizada em sua plenitude, pode ser encontrada em outras experiências nacionais de formação de aparatos de saúde pública na Europa e nas Américas do Norte e Latina no mesmo período.

Nas quatro primeiras décadas do século passado, independentemente de qual tenha sido a patologia eleita como problema nacional, os projetos e políticas que visaram melhorar as condições de saúde dos brasileiros estiveram associados a críticas ao liberalismo, ao federalismo, às oligarquias, ao coronelismo e, de modo geral, à denúncia da incapacidade dos estados e municípios em produzirem bens e serviços públicos. Para alguns membros da elite médica, como Miguel Pereira, Miguel Couto e Carlos Chagas, seria possível convencer as elites políticas — que lhes eram muito próximas — da necessidade de uma ação positiva do governo central para além do litoral, sem contestar diretamente o pacto oligárquico que o sustentava. Afinal, como lembrava o médico e escritor Afrânio Peixoto, os sertões, seus doentes e famélicos esta-

vam logo ali, no final da avenida Central, o grande *boulevard* da então capital. Tão perto do poder central, mas ainda longe da consciência nacional.

Porém, o pensamento nacionalista, centralizador e autoritário adquiriu um vezo próprio na saúde pública brasileira. Diante dos desafios da interdependência sanitária e da percepção de uma sociedade inexistente, desorganizada ou dominada por interesses particularistas, o Estado forte surge para muitos como a instituição capaz tanto de organizá-la como de prover um bem público como a saúde. Na tradição do pensamento nacionalista e autoritário, é possível encontrar um parentesco ideológico entre Belisário Penna, o apóstolo radical do saneamento rural na Primeira República, e João de Barros Barreto, o médico burocrata que formulou e implementou a reforma da saúde no Estado Novo. A reforma sanitária alcançada em 1920, e que ampliara as atribuições e alcance dos serviços sanitários a despeito do federalismo, lançou as bases de uma centralização e de um intervencionismo estatal mais pujante do primeiro governo Vargas. Apesar do traço autoritário e nacionalista desses e de outros intelectuais da saúde, a cooperação internacional foi, em geral, muito bem-vinda. A Divisão Sanitária Internacional, braço sanitário da filantropia da Fundação Rockefeller, foi uma permanente parceira dos serviços sanitários federais e estaduais entre as décadas de 1910 e 1940. A cooperação técnica internacional ajudaria a produzir, a partir da difusão de certos modelos biomédicos, autoridade pública no campo da saúde.

Diante dos males do Brasil, proposições de se “trocar de povo”, branqueá-lo, de impedir o ingresso de grupos considerados inferiores ou de se eliminar indivíduos ou excluir grupos considerados não assimiláveis ou degenerados obtiveram audiência, mas certamente as propostas eugênicas duras não foram hegemônicas. Apesar do desconsolo das eli-

tes políticas e dos intelectuais, provocado pela cíclica revelação de um vasto hospital habitado por um povo doente, a maioria das propostas e dos proponentes era de algum modo otimista em relação ao futuro do país e empática com esses homens e mulheres que deveriam ser colocados sob os cuidados do Estado via políticas de educação e saúde. Entretanto, foram projetos e políticas que não portavam dimensões democráticas. Ampliavam o alcance da saúde pública, mas não reconheciam seus beneficiários como agentes e interlocutores. Desse modo, tinham afinidades com a tradição da medicina, dos médicos e de suas práticas, sempre hierárquicas e monopolistas dos saberes sobre a saúde e a doença. Uma nação imaginada como civilizada ou desenvolvida era o que animava movimentos e ideias sobre saúde pública, não tanto aqueles que seriam objetos de sua intervenção saneadora. Esses seriam incorporados, muito lentamente, pacientes, subordinados e afônicos.

A ampliação hierarquizada e segmentada da proteção à saúde se iniciou com propostas e ações ainda na oligárquica Primeira República, mas ganhou velocidades, magnitudes e direções diferentes durante as décadas que se seguiram ao seu ocaso. Prosseguiu na Era Vargas, no período nacional-desenvolvimentista e no regime militar. No primeiro governo Vargas (1930-45) se estabeleceu uma divisão política e institucional entre saúde pública e previdência social que perduraria por meio século. Categorias profissionais reconhecidas formalmente pelo Estado obtiveram cidadania (regulada, conforme afirma o cientista político Wanderley Guilherme dos Santos) associada a direitos sociais, tais como aposentadoria e pensões, e assistência médica no âmbito da previdência social. Nesse circuito de bens corporativos diferenciados ingressaram marítimos, portuários, bancários, comerciários, industriários, funcionários públicos e trabalhadores de transportes e cargas, todos na década de 1930. Cada qual com seu Instituto de Aposentadoria e Pensões,

cada qual com sua cesta de bens e serviços. Os trabalhadores rurais e a população do interior estariam excluídos dessa política, assim como aqueles trabalhadores urbanos que não pertenciam a essas categorias, que não tinham capacidade de pressão e interlocução e ficavam dependentes da assistência pública. Coube à saúde pública institucionalizada atender a esse amplo, diverso e difuso grupo daqueles não organizados e não incorporados ao mundo urbano via trabalho formal. A unificação dos diferentes sistemas de proteção social por categorias profissionais foi feita pelo governo militar em 1967, com o intuito de desarticular o poder dos sindicatos. A dualidade entre saúde pública e assistência médica previdenciária só terminaria nos anos 1990.

A experiência democrática de 1945-64 não alterou profundamente essa perspectiva estatista, nem as estruturas de saúde criadas no período anterior. Foram tempos de “otimismo sanitário”, isto é, de crença de que as novas tecnologias disponíveis — inseticidas, antibióticos e vacinas — possibilitariam a eliminação das principais doenças transmissíveis via ações governamentais. Porém, os desafios da saúde pública ficariam mais complexos nos anos 1950 com a Guerra Fria, com os desafios do desenvolvimento e com o crescente ativismo societário e das organizações internacionais e de cooperação bilateral. Do ponto de vista político, tensões e revisões percorreriam o pensamento sanitário brasileiro, fraturando a sociedade e os intelectuais brasileiros em tempos de desenvolvimento, tal como expressas pelo médico e nutrólogo Josué de Castro, ao classificar o dilema brasileiro como sendo “pão ou aço”: se o controle ou a erradicação das doenças transmissíveis seria um pré-requisito para o desenvolvimento ou, embora o controle das doenças fosse necessário, o desenvolvimento socioeconômico seria um pré-requisito para a melhoria da saúde da população. Do mesmo modo, campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas verticalmente contra cada doença específica, como se consolidara no Esta-

do Novo, ou a compreensão de que as campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas de modo coordenado e integrado — e mesmo descentralizado — em relação a um conjunto de doenças e deveriam envolver a promoção de condições básicas de infraestrutura sanitária. Porém, para sanitaristas, tais como Mário Pinotti e Mário Magalhães da Silveira, associados a diferentes matrizes do pensamento desenvolvimentista, a questão democrática continuava pouco saliente e o Estado continuava sendo o protagonista na remoção dos obstáculos ao desenvolvimento, fossem eles sanitários ou estruturais: as endemias rurais ou o subdesenvolvimento. Para o parasitologista e comunista Samuel Pessoa, a solução seria a reforma agrária. O golpe civil-militar de 1964 abortou também a continuidade desse debate e as expectativas de mudanças na direção de uma saúde pública mais descentralizada, horizontal e mesmo democrática.

Direitos, cidadania, universalismo, democracia e participação só começaram a visitar as políticas de saúde — e as políticas sociais de um modo geral — nos anos 1980, como componentes e como expressão da luta pela democracia, durante a ditadura militar. Passaram a frequentar a agenda setorial a partir de meados dos anos 1970 e alcançaram a agenda política nacional com a redemocratização do país em 1985. Os temas da descentralização, do controle social e do direito universal à saúde, com a reversão do modelo instituído na Era Vargas, foram alçados ao topo de uma agenda reformista. Sua expressão máxima realizou-se na Constituição de 1988, que estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e se materializou no Sistema Único de Saúde. Portanto, a associação entre saúde, democracia e cidadania, e mesmo desenvolvimento, é muito recente na história política, intelectual e sanitária do Brasil e continuamente revista e desafiada pelos novos e velhos problemas de saúde.

Para além das mudanças políticas mencionadas, a partir dos anos 1970 os processos acelerados de industrialização,

urbanização e modernização do campo, e mais recentemente globalização e mudanças ambientais, tiveram impacto na saúde da população. A agenda tradicional da saúde pública forjada desde os anos 1910 — doenças infecciosas e parasitárias e desnutrição — manteve-se, ainda que declinante. Grandes avanços foram obtidos, como, por exemplo, a erradicação da varíola e da poliomielite, além do declínio da desnutrição e da mortalidade infantil. Porém, novos desafios se apresentaram para o sistema de saúde e seus profissionais com as transformações econômicas, sociais e demográficas do Brasil: as doenças do envelhecimento, as doenças da “afluência”, as novas enfermidades e epidemias como as de HIV-Aids e de influenza; a violência e os acidentes, doenças do trabalho, a obesidade e os distúrbios nutricionais; a reemergência de doenças como a dengue e a insistente desigualdade em saúde. Neste século, uma das novidades é o esforço de se compreender os determinantes sociais da saúde, entendida como fenômeno complexo. Este exige perspectivas menos biologizantes e mais multidisciplinares e multiculturais para informar ações de governo e da sociedade. As perguntas e as respostas se transformaram, mas a frase instigante com que o irreverente Macunaíma assinou o livro de visitas do Instituto Butantã ainda não foi apagada: *pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são...*

SUGESTÕES DE LEITURA

- FONSECA, Cristina M. O. *Saúde no governo Vargas (1930-45) — Dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento — as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.
- LIMA, Nisia T. Lima e GERSHMAN, Silvia et al. (orgs.). *Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.
- MONTEIRO, Carlos Augusto Monteiro (org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. 2ª ed. ampliada São Paulo, Hucitec, 2000.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça — a política social na ordem brasileira*. 2ª ed. revista e atualizada. Rio de Janeiro, Campus, 1987.