

## A Construção da Saúde Pública no Brasil no Século XX e Início do Século XXI

1

José da Rocha Carneiro  
Maria Cristina Costa Marques  
André Mota

### INTRODUÇÃO

Em seu trabalho sobre a história da Saúde Pública, George Rosen defende a ideia de que os problemas de saúde vividos pelo homem durante toda a sua história vinculam-se à organização comunitária e à estrutura social desenvolvida. A confluência histórica dos contornos encontrados na contenção das epidemias desde a melhoria do ambiente físico, a provisão de águas, a assistência médica e outras medidas originou o que atualmente se conhece como Saúde Pública (Rosen, 1994), área que se nutriu de dois instrumentais básicos de ação no *corpus* social: a epidemiologia e a clínica (Almeida Filho, 1992).

A noção atual de Saúde Pública ganha nitidez no Estado liberal burguês do fim do século XVIII. A assistência pública, envolvendo tanto a assistência social propriamente dita como a assistência médica, continuou a ser considerada matéria dependente da solidariedade de vizinhança, na qual o Estado deveria se envolver apenas se a ação das comunidades locais fosse insuficiente. Pode-se notar nessa atuação subsidiária do Estado um primeiro germe do que viria a ser o serviço público de saúde, que será instaurado apenas durante o período conhecido como Restauração (Dallari, 2007).

Será na segunda metade do século XIX que a higiene se torna um saber social que envolve toda a sociedade e faz da Saúde Pública uma prioridade política. São desse momento as primeiras tentativas de relacionar a saúde à economia, reforçando a utilidade do investimento no setor. Esse momento peculiar liga-se, num plano mais geral, às alterações perpetradas durante a chamada Segunda Revolução Industrial, que modificou todas as relações estabelecidas nos campos econômico, social, político e cultural. Nascia uma série de necessidades para tornar viáveis as novas exigências do capitalismo, no sentido de favorecer investidas imprescindíveis para a afirmação da produção nos moldes industrial, agrário-exportador e imperialista, como se deu em regiões da América Latina, da África e da Ásia. A deterioração das condições de vida urbana da população de trabalhadores é brilhantemente descrita por Engels (2011) em obra publicada originalmente em meados do século XIX (1845).

Nesse contexto, inúmeros trabalhos de pesquisa revelam claramente a relação direta entre saúde e condições de vida. Surgem, quase simultaneamente, movimentos sociais que se traduzem por formulações conhecidas como Saúde Pública, no Reino Unido, e Medicina Social, na Europa continental (Rodrigues da Silva, 1973). Desde essa época, há uma clara tendência de associar a situação de saúde (suas ameaças e propostas de solução) às iniciativas de organização do Estado para atender às necessidades (McKeown & Lowe, 1968). Assim, proteger a saúde das camadas mais pobres e modificar-lhes os hábitos de higiene passa a ser um objetivo nacional, pois simultaneamente se estaria lutando contra a miséria que ameaça a ordem pública. A ideia de prevenção encontra, então, ambiente propício à sua propagação. Nesse sentido, as descobertas, na segunda metade do século XIX, de Pasteur, Koch e outros, com isolamento dos germes, provocam uma verdadeira revolução científica. Inicia-se um período da ciência dominado pela "Teoria do Germe", que não se esgotou totalmente até hoje: uma forma linear de associar a cada doença um germe. E seus corolários imediatos: a cada germe uma imunidade; a cada imunidade uma possível vacina. Um grande avanço, ainda no século XIX, foi a descoberta da transmissão dos germes por vetores (em geral, mas não só, artrópodes). Essas descobertas deram substância ao paradigma que viria a dominar o mundo científico, remetendo para o quase esquecimento as ideias generosas que associavam as doenças a determinantes sociais, políticos e econômicos. O esforço científico dirige-se, a partir daí, à prevenção das doenças, pois proteger contra a infecção permite simplificar a precaução. São criados os Comitês de Vacinação e se verifica que, politicamente, o risco de contrair doenças se sobrepõe ao da própria moléstia, transformando-a de episódio individual em objetivo coletivo, principalmente por meio da disseminação dos meios estatísticos na avaliação da saúde.

O início do século XX encontra instaurada a proteção sanitária como política de governo. Há então intenso desenvolvimento do ensino médico, associado à visão científica do caráter biológico da doença, resultante do crescimento das chamadas ciências biomédicas no século anterior. O crescimento vertiginoso da tecnologia conduz à superespecialização na atenção e, já na metade do século, a um movimento ideológico de volta a uma visão integral do ser humano e à proposta de organizar o ensino sob a forma de uma Medicina Integral. Introduce-se, sob forte influência de organismos multilaterais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e de fundações ditas filantrópicas, o ensino da Medicina Preventiva no currículo das escolas médicas. Esse "modelo preventivista" é baseado nas ideias de que há uma História Natural da Doença (HND) e que, no curso dessa "história" de cada doença, é possível intervir mesmo antes de ela se expressar como um "quadro clínico". Assim, são hierarquizadas três formas hoje clássicas de prevenção: *primária*, *secundária* e *terciária* que definem os diversos *níveis de prevenção*, cada um desses com ações características. Considerando a HND, o modelo divide seu curso em dois períodos separados pelo momento em que se dá um *estímulo patogênico*, seja esse a entrada de um micro-organismo no corpo humano, o desequilíbrio de um sistema orgânico ou uma agressão física.

A pre  
estímulo  
meio n  
que vale  
repouso  
cada do  
Preocup  
doenças.  
exemplo  
valoriza  
está imp  
atualiza  
vimento  
tivas, po  
inseticid  
exemplo,  
sores da  
sores do

A pre  
período  
Também  
oportuno  
limiar pa  
mento de  
armada o  
mento de  
Pública si  
despistage  
tida por r  
doença". I  
que curar  
uma inca

A preve  
doente, re  
da doença  
recidivas (

O Estad  
econômica  
condições  
social, qu  
(Dallari, 2

No iníc  
progresso



A *prevenção primária* dá-se no período pré-patogênico, antes da ocorrência do estímulo, e consta de dois níveis: *promoção da saúde e proteção específica*. No primeiro nível (promoção) encontram-se ações inespecíficas ou gerais no sentido de que valem para todas as doenças: uma vida saudável, boa alimentação, exercício, repouso, lazer, educação. A proteção específica, como o nome indica, refere-se a cada doença particular ou ao conjunto de doenças de características semelhantes. Preocupa-se com a eliminação das causas e das condições de aparecimento das doenças, agindo sobre o ambiente (segurança nas estradas e saneamento básico, por exemplo) ou sobre o comportamento individual (como dieta sem sal). Um dos mais valorizados instrumentos de proteção específica é a vacinação que, não por acaso, está implícita na ideia da doença que foi introduzida com a teoria do germe. Na atualidade esse instrumento ganha contornos extremos com o dramático desenvolvimento da biologia molecular e a proposta de vacinas até para doenças degenerativas, por exemplo. Outro instrumento muito valorizado no passado foi o uso de inseticidas com efeito residual aspergidos nas paredes de casas primitivas, por exemplo, no “expurgo seletivo” para controlar com BHC os triatomíneos transmissores da doença de Chagas, ou com DDT para os anofelinos, da malária. Os defensores do meio ambiente exigiram a proscrição dessas práticas.

A *prevenção secundária* vem a ser o exercício de ações preconizadas para o período patogênico, definido como aquele desencadeado pelo *estímulo patogênico*. Também comporta dois níveis de prevenção: o *diagnóstico precoce e tratamento oportuno* e a *limitação da incapacidade*. Encontram-se separados pelo chamado *limiar patogênico* ou *horizonte clínico*, que é uma forma de expressar o reconhecimento de uma doença com os instrumentos disponíveis pelo exercício da clínica, armada ou inerte. O diagnóstico precoce visa exatamente a antecipar o reconhecimento do estado de doença e um dos instrumentos mais empregados em Saúde Pública são os chamados exames seletivos (*screening*), que se destinam à chamada *despistagem*, isto é, a descartar potenciais doentes. A limitação da incapacidade é tida por muitos como um novo nome para o tratamento, introduzido para “curar a doença”. De certa forma, dá razão aos que, por considerar que “prevenir é melhor do que curar”, admitem que o tratamento “previne o pior”. E o pior é a morte, ou ainda uma incapacidade total e permanente.

A *prevenção terciária* trata especificamente dessa tentativa de, evitada a morte do doente, recuperar o máximo possível da capacidade que havia antes da ocorrência da doença. Portanto, visa a limitar a prevalência de incapacidades crônicas ou de recidivas (Leavell & Clark, 1976).

O Estado de bem-estar social da segunda metade do século XX reforça a lógica econômica, especialmente em decorrência da evidente interdependência entre as condições de saúde e de trabalho. Instituem-se, então, os sistemas de previdência social, que não se limitam a cuidar dos doentes, mas organizam a assistência (Dallari, 2007).

No início do século XXI a constatação de que a ciência – que tem permitido o progresso da humanidade – é potencialmente geradora de riscos importantes



implica novas mudanças no conceito de Saúde Pública. Verifica-se, com efeito, que o controle desses riscos termina por escapar das mãos dos homens, especialmente porque o custo de mais algumas medidas de proteção se torna socialmente proibitivo. Por outro lado, a complexidade da vida atual faz que não se considere absurda a hipótese de haver um limite técnico que impeça a maximização da proteção contra um perigo pouco provável, sob pena de aumentar um outro. Observa-se, então, que o crescimento zero, o imperativo ecológico e a prevenção calculada dos riscos cada vez mais diversos passam a ter praticamente o mesmo significado, todos limitados pela impossibilidade de controlar os efeitos da atividade socialmente organizada (Dallari, 2007). Por essa interpretação, o sentido da saúde torna-se um mandamento com efeitos normatizadores e, ao mesmo tempo, com uma marcada dimensão utópica, ou seja, um projeto que supera a ideologia e, embora pretenda a universalidade, é socialmente reconhecido como um discurso particular, originário de uma parcela da sociedade (Luz, 2003).

### O SÉCULO XX E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A historiografia aponta alguns marcos importantes na atenção à saúde da população e ao combate das epidemias e das doenças durante o século XX. Mendes (1996) apresenta três principais modelos hegemônicos de Saúde Pública no Brasil durante o último século. O primeiro, vigente no início do século XX, foi determinado pelo ideário sanitaria-campanhista; o segundo, que começou com a decadência da economia agrário-exportadora no país, foi o modelo médico-assistencial-privatista. Finalmente, a partir da década de 1980, com as mudanças ocorridas no cenário político, iniciou-se o modelo predominantemente neoliberal de assistência à saúde.

Em relação ao modelo sanitaria-campanhista, pode-se observar que o momento político, econômico e social que o fundamentou estava apoiado na atividade agrário-exportadora de um Brasil com população ainda predominantemente rural. Luz (1979) e N. R. Costa (1985) apontam em seus trabalhos que, até a metade do século XX, esse modelo agrário-exportador, tendo por principal produto o café, fez da atividade econômica decorrente da cafeicultura suas relações de produção, distribuição e consumo. As prioridades eram a política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou o controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação.

Exemplarmente, o campanhismo terá em Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, o modelo mais bem-acabado de médico e cientista. O saber assenta-se na pesquisa e na experimentação, com o objetivo de combater as endemias e as epidemias. O ano de 1918 é marcado pela gripe espanhola; e o de 1928, pelo ressurgimento da febre amarela. Lembremos que Oswaldo Cruz desenvolveu toda a sua ação, que se inicia em 1900, fora dos quadros da Academia Nacional de Medicina (ANM), não tendo esta se envolvido nas campanhas sanitárias. O Instituto Oswaldo Cruz (denominação dada pelo governo federal em 1908), cujo nome anterior era Instituto Manguinhos, tem sua origem no Instituto Soroterápico Federal, inaugurado oficialmente

em 30  
sileiro  
sitária  
doença  
ção de  
incen  
erradi  
As  
variól  
como  
tal a re  
dessa  
intern  
cionar  
mento  
ocorre  
vasto p  
nacion  
o Regu  
ciam a  
cólera,  
Nes  
model  
burgue  
na déc  
respon  
Saúde  
variola  
A lei  
XX cor  
respon  
Públic  
de loca  
públic  
parte d  
portos  
modelo  
da assis  
Medic  
matizac  
nhistas  
A Co  
ria para



em 30 de julho de 1900 (Nunes, 2000). O quadro de morbidade e mortalidade brasileiro, nesse período, decorria de doenças transmissíveis infectocontagiosas, parasitárias e outras, consequência do péssimo padrão de vida. Foram, em particular, as doenças que ameaçavam o modelo agrário-exportador que ganharam maior atenção do Estado. Febre amarela, cólera, varíola e malária receberam da Saúde Pública incentivos financeiros e políticos para a pesquisa, o atendimento e programas de erradicação (Yida, 1994; JF Costa, 1983 e NR Costa, 1985).

As “doenças pestilenciais” como a cólera, a peste bubônica, a febre amarela, a varíola e as chamadas doenças de massa – isto é, doenças infecciosas e parasitárias, como tuberculose, lepra e febre tifoide – compunham o quadro mórbido fundamental a requerer atenção pública. Yida (1994) indica que a razão para o estabelecimento dessas prioridades era a proteção ao modelo econômico, ameaçado por restrições internacionais impostas ao mercado, caso não fossem tomadas medidas para solucionar o quadro sanitário brasileiro, principalmente nos principais centros de escoamento das mercadorias: Rio de Janeiro e São Paulo/Santos. As primeiras campanhas ocorreram entre 1898 e 1910 nos principais portos brasileiros, somando-se a um vasto programa de saneamento marítimo mundial sob imposição do mercado internacional (Braga & Paula, 1986). Não é demais assinalar que, até muito recentemente, o Regulamento Sanitário Internacional também contemplava doenças que obedeciam a essa lógica. Chamavam-se “Doenças Quarentenáveis” as já mencionadas cólera, peste, febre amarela, varíola, além do tifo transmitido por piolhos.

Nesse período, um aparato político e social foi criado para dar legitimidade ao modelo campanhista adotado. As questões internacionais e as pressões internas da burguesia cafeeira resultaram na criação de uma Diretoria Geral de Saúde Pública na década de 1910, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios do Interior, responsável por estabelecer amplo aparato jurídico para dar sustentação às ações de Saúde Pública empreendidas no programa de erradicação da febre amarela, da varíola e de outras doenças (Rosen, 1980; Singer et al., 1981; Braga & Paula, 1986).

A legislação aprovada pelo governo brasileiro nas primeiras décadas do século XX conferia legalidade jurídica a todas as medidas sanitárias e aos profissionais responsáveis por sua implementação. O poder de polícia instituía-se na Saúde Pública com a denominada “Polícia Médica”. A vacinação obrigatória, a demolição de locais de moradia coletiva considerados insalubres, a remodelação das vias públicas e a fiscalização do comércio de alimentos, entre outras medidas, fizeram parte do plano sanitário do poder público para o saneamento do espaço urbano e portos estratégicos. O grande contingente de pessoas que estava à margem desse modelo de atuação da Saúde Pública, principalmente a população rural, dependia da assistência esporádica em hospitais de caridade ou de práticas da chamada Medicina Alternativa. A polícia pública de saúde estava, portanto, organizada e normatizada para o controle sanitário das endemias por intermédio de práticas campanhistas (Rosen, 1980; Singer et al., 1981; NR Costa, 1985).

A Constituição de 1891, mesmo sem mencionar esse assunto diretamente, deixaria para os Estados e os municípios os cuidados com a saúde e com o saneamento.

Ao governo federal competiam ações de saúde no Distrito Federal, a vigilância sanitária dos portos e acompanhar os estados em casos previstos constitucionalmente. Alterou-se esse quadro entre 1902-1904, na gestão de Rodrigues Alves, dada a extensão das epidemias em vários pontos do país, como a febre amarela, a peste e a varíola. A partir desse momento ficariam sob responsabilidade do governo federal todos os serviços, mesmo estando demonstrados os limites de sua atuação (Hochman & Fonseca 2001).

São Paulo, diferentemente dos outros estados, organizou seu próprio aparato sanitário, dialogando, em grande medida, com as ações federais que se davam no restante da federação (Hochman, 2000). Todavia, a partir da criação do Serviço Sanitário, em 1891, com sua nova legislação apresentada em 1892, ressurgiram pendências alusivas à autonomia municipal, de modo a impedir que se implementasse o projeto arquitetado, mesmo que os discursos tentassem mostrar o contrário (Almeida, 1998). Nascia, assim, um jogo de forças que gestaria, num primeiro momento, um padrão de legislação ambígua, mantendo indefinidos os limites das atribuições do estado e de seus municípios. Numa tentativa de dar contornos mais objetivos, numa posição claramente centralista, a reforma subsequente, de 1893, colocou as ações sanitárias municipais sob o poder estadual, provocando a eclosão de conflitos e contendas (Telarolli Junior, 1996). Esse fato, para além de seus limites políticos e de ação no campo sanitário, merece uma observação: forjava-se a compreensão de uma história paulista diante do cenário nacional. São Paulo procurou ostentar um lugar original de construtor de um Brasil civilizado e empreendedor, com uma população tida como "racialmente superior" (*sic*) e preparada para os dilemas do homem moderno que se anunciava. Tal observação se deve ao fato de que muito do êxito totalizador dos discursos médicos e sanitários estava escondido nas entrelinhas das representações de uma paulistanidade médica e sanitária que nascia nesse momento (Mota, 2005). Com a reforma legislativa de 1896, detalharam-se as especificações técnicas do Código Sanitário de 1894, materializando as condutas centralistas do governo do estado. Explicitou-se a visão administrativa e científica dos responsáveis pelas alterações que se foram implementando, as quais tinham, na figura do Dr. Emílio Marcondes Ribas, o condutor de toda a política sanitária, responsável por fazer de São Paulo um polo científico e sanitário (Almeida, 1998).

No Brasil, foi na década de 1910 que houve a intensificação do debate sobre a saúde e o saneamento com o surgimento de diversos movimentos de caráter nacionalista. O período que corresponde à Primeira Guerra Mundial e ao imediato pós-guerra foi, no exterior e no Brasil, marcado por intensa atuação de movimentos nacionalistas, que pretendiam descobrir, afirmar e reclamar os princípios de nacionalidade e realizá-los por meio do Estado.

Configurava-se no Brasil, em uma época de apogeu político da Saúde Pública, a ideia de que o poder delegado pelo Estado se daria no sentido de traçar metas, prioridades e ações que pudessem solucionar a questão sanitária, "limpando" o caminho para que a economia se expandisse. O ano de 1916 marcaria a inflexão na evolução do movimento de Saúde Pública brasileira. É o ano de publicação, pelo Instituto



Oswaldo Cruz, dos cadernos de viagem dos médicos Artur Neiva e Belisário Pena por vários estados do Nordeste e por Goiás. A missão, realizada em 1912, denunciou as péssimas condições de vida no interior do país. Com a publicação do Relatório Neiva-Pena, o movimento sanitário superou sua fase urbana, com a nova bandeira do “saneamento dos sertões”. Ressalte-se que o Relatório era o resultado de expedição solicitada por um organismo federal a outra instituição também federal, para atuar em municípios em que o coronelismo alcançava sua expressão máxima. A missão do Instituto Oswaldo Cruz plantou a semente da ação do poder central nos estados do Nordeste (Castro Santos, 1985).

O modelo assistencial-privatista adotado a partir da década de 1920 tem suas raízes no sistema das Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps), regulamentadas pela Lei Eloy Chaves (1923).<sup>\*</sup> O sistema de caixas previdenciárias, organizadas com as contribuições do trabalhador e do empregador, previa, além da assistência médica ao trabalhador e dependentes, aposentadoria e pensões aos familiares. Essas caixas eram gerenciadas pelos próprios trabalhadores, com representação da empresa. Esse período configurou-se por uma oferta de assistência médica desigual, pois grande parte da população brasileira não estava vinculada a atividades de natureza empresarial, continuando a depender dos programas sanitários esporádicos do Estado. Importante ressaltar o caráter controlador dessa política social, capaz de absorver os assalariados urbanos do setor privado, ao mesmo tempo que os excluía da esfera pública de participação. No entanto, esse sistema previdenciário está vinculado a um longo processo de luta dos trabalhadores. Não seria sem motivo que a Lei Eloy Chaves é tida como uma “sólida âncora da estabilidade social” (Cohn, 1996).

A chegada de Getúlio Vargas ao poder trouxe uma nova conjuntura a esse movimento, levado a cabo a partir de 1934, com a nomeação de Gustavo Capanema ao Ministério de Educação e Saúde e a transição reformista de 13 de janeiro de 1937. A centralização e a retirada de autonomia das instituições médicas e científicas, agora reunidas em torno de algumas instituições do governo federal, se radicalizaram com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública, que deveria articular políticas com a intenção de construir um aparato governamental, coordenando ações em níveis federal, estadual e municipal (Hochman & Fonseca, 2000). Nesse sentido, a gestão Capanema dividiu o território brasileiro em oito regiões, cada qual com uma Delegacia Federal de Saúde, com o objetivo de coordenar, executar e fiscalizar as ações de saúde nos estados.

A partir da década de 1930, as CAPS deram lugar aos Institutos de Aposentadoria (Iaps), que pretendiam integrar categorias de trabalhadores em âmbito nacional, agora com contribuições tripartite: trabalhador, empregador e Estado. Embora o conjunto de trabalhadores pudesse participar do gerenciamento das ações do IAPS, os autores apontam que esse foi um período marcado pela desigualdade na assistência,

\*. Lei n. 4.682 de 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves, nome de seu proponente. A lei dizia respeito à criação e à regulamentação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS). Ver Braga & Paula (1986).

uma vez que a força política exercida por categorias profissionais específicas e sua capacidade de pressionar resultava em melhor ou pior serviço. Entre 1933 e 1938, as Caps serão unificadas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Essa nova estrutura previdenciária, implementada justamente com a legislação trabalhista e sindical, forma o que alguns denominam “tripé” que institui um padrão verticalizado de relação do Estado com a sociedade civil e sacramenta o universo do trabalho como atinente à esfera de responsabilidade do Ministério do Trabalho (Cohn, 1996).

O cenário político no Brasil nesse período foi caracterizado por uma ditadura populista que, em vista dos interesses econômicos e políticos, privilegiava diferentes espaços urbanos estratégicos e diferentes categorias profissionais. O restante da população brasileira, sem vínculo com os Iaps, deveria pagar por uma assistência médica especializada ou continuaria, como antes, a depender da assistência de serviços locais que não conseguiam atender à demanda (Luz, 1979; Braga & Paula, 1986). O impacto dessas medidas pode ser retratado em São Paulo, marcando o enfraquecimento das instituições médico-sanitárias diante do novo governo, sendo exemplar o desmantelamento do projeto sanitário estadual, que acabou pulverizado nos anos 1940 em diversas seções, sem nenhuma articulação ou racionalidade de gastos (Campos, 2002). Sobre essas ações, aponta-se para as concepções de saúde que, baseadas na dos anos 1920 com a gestão de Geraldo Paula Souza, priorizaram a

(...) construção dos serviços ambulatoriais gerais e permanentes, tais como a organização de uma “rede básica” de Saúde Pública. Reforçavam, nitidamente, os serviços especializados e tendiam a construir estruturas organizacionais a partir da identificação de problemas específicos do campo da Saúde Pública. (Merhy, 1992)

As intervenções posteriores a 1930, propostas por Capanema, todavia, invertiram o que vinha sendo feito. Segundo ele,

(...) a tendência seguida foi a de se construírem estruturas institucionais e funcionais praticamente “autossuficientes” em termos burocrático-administrativos para cada tipo de problema, e que contivessem o aparato necessário à realização de campanhas sanitárias, atividades de isolamento, educação sanitária e ações médico-curativas, entre outras. Esse modelo acaba produzindo uma estrutura de serviços em saúde que se repetia em vários setores, formando uma rede paralela de serviços. Dentro desse projeto, a perspectiva dos Centros de Saúde como posto integral de ações sanitárias era letra morta. (Merhy, 1992)

Como rescaldo do período anterior, a década de 1940 foi marcada, no plano da organização médico-sanitária em São Paulo, pelo desequilíbrio das verbas alocadas. Isso se deu pelo fato de essas instituições terem sido pulverizadas em diversos órgãos e seções, redundando na desarticulação entre a legislação aprovada pelo governo federal e sua execução em âmbito estadual. Entre essas alterações, foi significativa aquela relativa à higiene do trabalho, retirada do Departamento de Saúde





e alocada no Departamento Estadual do Trabalho, Indústria e Comércio. Com tais desmembramentos definham as concepções de unidade básica de saúde pública dos Centros de Saúde, desvirtuando o projeto concebido pelo médico Geraldo de Paula Souza na década de 1920 (Ribeiro, 2004).

No entanto, cabe lembrar, a partir de 1940, a experiência do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), agência bilateral Brasil/Estados Unidos. Além da expansão centralista varguista sobre o território brasileiro, o SESP

(...) encaminhou políticas sanitárias voltadas para as populações do interior, objetivando combater as grandes endemias do “sertão”; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais, centros de saúde, além de sistemas de água e esgoto (...). (Campos, 2006, p. 26)

Tal experiência, sem dúvida, reacendeu, por um lado, o papel do Estado em tirar o sertão de sua letargia, obra que teve seu ímpeto ainda na República Velha, e, por outro, também configurou uma série de experiências que seriam posteriormente retomadas por governos estaduais.

Contudo, esse personalismo das políticas varguistas teve seus reveses com o fim do Estado Novo, e, segundo o médico e sanitarista Mario Magalhães, “a coisa degringolou”, pois os estados teriam exigido sua independência do governo federal nos assuntos médico e sanitário. Para ele, “os médicos de saúde locais não mais quiseram se subordinar aos energúmenos federais. Praticamente acabou” (Magalhães, 2005). Dessa forma, houve um ímpeto estadual em retomar o poder sobre suas bases médico-sanitárias em novos patamares com o fim da ditadura de Getúlio Vargas e a abertura de um quadro histórico desenhado a partir da ascensão americana no mundo ocidental e do forte incremento capitalista do pós-guerra. Esse período passou a ser chamado “redemocratização”, e teria como marca política a arrancada para o desenvolvimento autossustentado, sendo a construção de Brasília o símbolo desse novo tempo, e São Paulo, a representação de sua realidade.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, mesmo com a ameaça da Guerra Fria “muita gente sabia que os tempos de fato tinham melhorado” (Hobsbawm, 1995). No plano social, novas demandas vindas de uma classe média em ascensão fortaleciam ações sociopolíticas para estender os benefícios materiais, principalmente para aqueles que não tinham entrado no desenvolvimento e na modernização (Oliveira, 2002). Nesse contexto, a Medicina e seu aparato tecnológico – educacional e prático – foram alargando seu espaço de atuação; os hospitais se expandiam e a saúde foi integrando cada vez mais a pauta das novas políticas a serem testadas e desenvolvidas (Mota et al., 2004). Em suas apreciações sobre o período, Dalmaso mostrou que ocorreria uma expansão da oferta de cuidados médicos e uma crescente produção, vindas da Europa e da América do Norte, de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares (Dalmaso, 1998). Soma-se ao incremento desses recursos médicos, a simplificação do acesso aos serviços e aos médicos especialistas, a expansão da cobertura à maior parte da população e a constituição da saúde em um mercado de prestação de serviços.

Entre as inovações paradigmáticas propostas para o campo da Medicina e da Saúde Pública, deram-se como já mencionamos postulações preventivistas capazes de enfrentar as novas pendências sociais. Em 1952, realizou-se em Colorado Springs um congresso com os principais representantes das escolas médicas norte-americanas, visando a iniciar uma ampla reforma curricular dos cursos médicos, privilegiando as teorias preventivistas. A repercussão dessa nova política educacional médica levou a um movimento internacional: em Nancy, França, 1952; em Gotemburgo, Suécia, 1953; patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Viña Del Mar, Chile, 1955; e em Tehuacán, México, em 1956 (Paim & Almeida Filho, 2000). Organizava-se assim um movimento de articulação das abordagens interdisciplinares no campo médico e de saúde ao tratar do processo saúde-doença. As Ciências Sociais entravam em pauta, num diálogo com campos até então estranhos aos assuntos médicos e sanitários, como as experiências com os estudos antropológicos de comunidades e a etnomedicina.

Na década de 1950, intensificou-se o processo de industrialização brasileiro, que pôs fim ao modelo econômico agrário-exportador. Uma das consequências foi o estabelecimento, nesse período, de alguns polos econômicos importantes, como São Paulo e Rio de Janeiro, e a formação de centros urbanos constituídos de uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Abria-se a possibilidade para que diversas áreas da organização social concretizassem ideias e concepções elaboradas em períodos anteriores, ao mesmo tempo que consolidavam seu poder inaugurando o que parecia ser a iminência de alterações fundamentais, talvez irreversíveis para todo o país.

Forjava-se um período fértil para a adoção de uma perspectiva médico-sanitária que ligava os entraves econômicos nacionais às péssimas condições de vida de grande parte da população, passando a economia a ser apreendida como apoio da determinação das condições de saúde, vindo a justificar o chamado "sanitarismo desenvolvimentista", defendido pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal). Nesse momento, a política de saúde brasileira iniciou a fase do modelo assistencial-privatista, a assistência médica da Previdência Social. Marcava-se o fortalecimento do discurso preventivista, no qual o médico deveria "evoluir da medicina terapêutica à medicina preventiva" (Arouca, 2003), obrigando a uma reestruturação da área de atuação corporativa. Exemplarmente, pode-se acompanhar essa perspectiva em discursos oficiais como o do ministro da Saúde, Aramis Athaide, em 1955, ao atribuir os "negócios da Saúde Pública" a outros profissionais e não só ao médico sanitário. Em sua visão, para que os programas de seu Ministério pudessem ser integrados em planos gerais de modernização, a Saúde Pública deveria ser vinculada à economia nacional, bem como organizada por economistas, engenheiros, industriais e administradores.

Esse período configurou-se como de fortalecimento do modelo assistencial-privatista de Saúde Pública, a partir da unificação dos IAPS e da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Esse modelo foi fortalecido ainda pelo



aparato político patrocinado pelo governo militar que assumiu o poder a partir de 1964. As principais características desse modelo eram:

- a) a extensão do sistema de seguridade para a maioria da população brasileira;
- b) o privilégio à atenção médica curativa, individualista, especialista, e baixa atenção às ações de Saúde Pública;
- c) o desenvolvimento da atenção médica baseada no setor privado e na capitalização da medicina; e
- d) a criação de um complexo médico-industrial por intervenção política (Oliveira & Teixeira, 1986).

O sistema de pagamento para os serviços médicos contratados de acordo com a especialização e a complexidade fortaleceu a capitalização das companhias médicas e a incorporação tecnológica no Brasil, com a reorganização do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). A criação do Programa Nacional de Assistência ao Trabalhador Rural e a extensão do sistema aos trabalhadores autônomos ocorreram no início da década de 1970. Esses fatos contribuíram para a ampliação das ações do modelo hegemônico, ao mesmo tempo que conservavam o caráter discriminatório e desigual em relação às ações assistenciais, mantendo-se as experiências administrativas ainda com forte caráter regional.

Exemplarmente, nesse contexto, quando o médico e sanitarista Walter Leser assumiu a Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social do Estado de São Paulo, entre os anos de 1964-1968 e de 1975-1979, foi implementada uma profunda reforma administrativa que promoveu ações decisivas em áreas como a Saúde Mental e, também, no campo da vacinação. Na reestruturação proposta no primeiro mandato de Leser, vários decretos firmaram as balizas administrativas da Secretaria: a área de Assistência Social foi transferida para a recém-criada Secretaria da Promoção Social; dois colegas passaram a assessorar o secretário da Saúde (o Conselho Estadual de Saúde, formado por líderes sociais ligados ao campo, e o Conselho Técnico, integrado por diretores dos principais órgãos); criaram-se as Coordenadorias “de Saúde da Comunidade”, “de Assistência Hospitalar”, “de Saúde Mental” e “de Serviços Técnicos Especializados”; promoveu-se a descentralização técnico-administrativa em dez Divisões Regionais. Cada um desses novos órgãos deveria funcionar como uma pequena Secretaria de Estado.

As Divisões Regionais de Saúde subordinavam os Distritos Sanitários, sendo esses órgãos de supervisão técnica; as unidades locais de saúde são Centros de Saúde, escalonados segundo sua complexidade; foi estudada a criação de carreiras ou a de grupos de cargos para atender à demanda de sanitaristas. Por decreto-lei de 1969 (instrumento legal existente na ditadura) foi criada a carreira de médico sanitarista com 622 cargos e, em 1970, foram também criados 208 cargos isolados de inspetor de saneamento.

Quando voltou à Secretaria em 1975, Leser retomou ações que haviam ficado estagnadas no quadriênio anterior, como a elaboração e a implantação dos programas básicos para os Centros de Saúde, de assistência à gestante, à criança e ao adulto. Sob uma clara influência do SESP, nas pequenas comunidades foram instalados os Postos de Atendimento Sanitário, que, vinculados aos Centros de Saúde, deveriam desenvolver as atividades essenciais, com atendimento médico periódico. Também deu-se impulso à consolidação da carreira de "médico sanitário", com concurso que preencheu trezentas vagas na carreira entre 1976 e 1978. A FSP/USP aceitou, então, o desafio de preparar os quadros necessários com a oferta de um Curso de Saúde Pública de curta duração. Cabe ainda pontuar, entre várias ações impetradas, o Programa de Suplementação Alimentar a Gestantes e Nutrizes, a criação do Centro de Informações de Saúde e um conjunto de medidas voltado à área da Saúde Mental, essa considerada uma das mais problemáticas a ser equacionada (Bonfim & Bastos, 2009, p.349).

E será nesse contexto eivado de avanços e recuos, quer no plano nacional, quer estadual, que em 1977 a Assembleia Mundial de Saúde lança a consigna Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000), adotando uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde assentado em sistemas simplificados. No ano de 1978, em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela OMS, reafirma a saúde como direito do homem e constitui a Atenção Primária à Saúde como tática privilegiada de operacionalização das metas da SPT-2000, tacitamente incorporando elementos do discurso da saúde comunitária. Mais tarde, já na década de 1980, com o rótulo atualizado de Sistemas Locais de Saúde (Silos), e segundo um modelo distritalizado com base em níveis hierarquizados de atenção, a retórica da saúde comunitária integra-se às primeiras ações de reforma setorial da saúde nos países subdesenvolvidos (Paim & Almeida Filho, 2000).

Um reflexo de toda essa movimentação pode ser acompanhado num balanço publicado no ano de 1985 sobre o "pessoal de saúde na América Latina". Neste, se enfatizou, pelos órgãos estatais de coordenação da área e pela OPS, o planejamento de recursos humanos como instrumento da política de atenção primária e serviços básicos, com a perspectiva de uma intervenção eficaz nas relações entre a formação e o mercado de trabalho, sobretudo do segmento que está sob responsabilidade do Estado.

Numa crise de recessão internacional e social evidente, fruto de um colapso do capitalismo, o planejamento passou a ser a pedra de toque na área da Saúde:

(...) é assim que os cursos de Saúde Pública tenderam, na última década, a formar cada vez mais planejadores, sintonizados com a estratégia de atenção primária e todos os métodos modernos de administração, no lugar do sanitário tradicional. A este objetivo vincula-se também o papel crescentemente significativo das ciências sociais aplicadas à saúde, no currículo desses cursos e através da pós-graduação em Medicina Social. (Nogueira, 1983)

A década de 1970, no Brasil, foi marcada por um conjunto de estudos que trataram a questão dos "recursos humanos" como parte de totalidades mais amplas. São



investigações que, sob a denominação de “organização social das práticas de saúde”, apresentavam resultados indiretamente aplicáveis à elaboração de opções práticas para políticas de recursos humanos.

Foram produzidos estudos voltados para o mundo do trabalho, em diversas vertentes, como a produtividade, os custos-benefícios, a caracterização da distribuição de profissionais no mercado e, ainda, a insuficiência de materiais ou instalações como responsáveis pela baixa qualidade assistencial. A concepção de recursos humanos, compreendida como força e agente de trabalho, acabou ultrapassando seu viés aparente do profissional, abrindo espaço para uma compreensão mais ampla na produção das práticas como um trabalho social, lançando a noção definitiva de “trabalhadores da saúde” como categoria de análise e interpretação teórica (Schraiber & Machado, 1997).

Em 1975, uma nova legislação para o sistema vigente foi criada, a Lei 6.229, a qual institucionalizou o modelo médico de assistência privada, definindo a competência das instituições privadas e públicas e consolidando a divisão entre as ações de Saúde Pública e a atenção médica. A Saúde Pública não rentável foi entregue à responsabilidade do governo, ao passo que a atenção médica, ao setor particular, sob a intervenção e com o apoio do Sistema Nacional de Saúde. Esse plano e outras ações jurídicas adotadas durante os anos 1970 estabeleceram os fundamentos que permitiram a hegemonia do sistema de saúde, tendo como base:

- a) o Estado como maior incentivador do sistema por intermédio do Programa Nacional de Previdência Social;
- b) o setor nacional privado como maior provedor de serviços médicos; e
- c) o setor privado internacional como o mais significativo mercado de equipamentos e tecnologia médica.

A crise econômica brasileira ocorrida em meados dos anos 1970 forçou o governo a adotar uma política pública compensatória para públicos que não estavam integrados no processo de desenvolvimento econômico e social. No caso da Saúde Pública, essas medidas compensatórias coincidiram com a proposta internacional de Alma-Ata em 1978, que propôs a extensão da assistência primária a toda a população, e a necessidade de expansão do modelo de atenção à saúde de baixo custo pelo sistema brasileiro. A população atendida por esse programa, baseado na proposta de tecnologia simples e de baixo custo, era aquela à margem do modelo de assistência privada, principalmente a rural e a residente na periferia urbana. O discurso da Saúde Pública com baixos recursos foi uma retórica usada nesse período para justificar a falta de um sistema nacional de saúde com assistência ampla e justa (Yida, 1994).

Durante os anos 1970, ocorreram movimentos políticos e institucionais contra o sistema de Saúde Pública hegemônico e vigente. Esses movimentos, presentes principalmente em universidades e instituições de saúde, se constituíram em importantes bases para a Reforma Sanitária ocorrida nos anos 1980. O começo do processo de democratização da realidade brasileira nesse período permitiu o desenvolvimento

de outras propostas para o sistema de saúde, como a municipalização e a descentralização. No fim da década de 1970 assistiu-se à falência do modelo de assistência particular no Brasil. Essa falência baseou-se nos seguintes fatores:

- um modelo que não foi capaz de interferir no perfil de mortalidade e morbidade no Brasil;
- o crescente custo de sua expansão;
- a falta de critério na contratação de serviços médicos, incompatível com a racionalização do setor privado; e
- a falta de controle e coordenação do modelo. A crescente insatisfação da população, dos setores de serviços e dos profissionais de saúde também foram fatores de pressão para as mudanças no sistema de saúde brasileiro durante os anos 1980.

Em meio ao processo anteriormente descrito, iniciou-se no Brasil, no começo da década de 1980, com a instalação do governo de transição democrática, um movimento político e social em prol de mudanças na configuração do sistema de Saúde Pública. As políticas de saúde desenvolveram-se durante profunda crise econômica e em paralelo ao processo de redemocratização brasileiro. Esse cenário político-econômico determinou os caminhos assumidos no período. Nesse sentido, duas propostas políticas emergiram das discussões e dos movimentos: a primeira propôs a Reforma Sanitária, modelo assumido pelo movimento mais democrático, e a segunda era uma proposta conservadora de ajuste do modelo privado.

A reforma constitucional de 1988 incorporou conceitos, princípios e diretrizes no setor de saúde, que se tornou uma mistura das duas propostas: a da Reforma Sanitária e a do projeto neoliberal. A proposta final aprovada na Constituição brasileira contém importantes pontos, como:

- o conceito de saúde relacionado com a perspectiva social, política e econômica;
- a saúde como um direito social da população e responsabilidade do governo;
- a criação de um sistema único com a participação da comunidade, descentralizado e com assistência integral; e
- a integração da saúde no sistema de seguridade social.

Embora o projeto brasileiro de Saúde Pública tenha avançado com a Constituição de 1988, a realidade da saúde ainda está distante da organização prevista no texto constitucional. As razões parecem ser:

- o projeto político e social do neoliberalismo não foi capaz de solucionar as desigualdades presentes na realidade brasileira; ao contrário, intensificou-as;
- o Estado não foi capaz de organizar e coordenar o setor privado de saúde, que é forte e independente (no caso dos hospitais, por exemplo, a maior parte dos serviços está no setor privado);



- c) os gastos com o setor de saúde no Brasil são insuficientes e a implementação da proposta tem sido lenta e desintegrada; e
- d) a proposta de assistência para todos tem demonstrado, em sua desigualdade de implementação, as profundas diferenças sociais e econômicas da sociedade brasileira.

Esse foi o balanço feito por Cohn (1996) ao tratar dos indicadores de saúde no Brasil entre os anos de 1980-1990, sempre levando em conta sua distribuição desigual em todo o Brasil. Apesar dessa gama de dificuldades, os princípios introduzidos na Constituição brasileira de 1988 para a ordenação do novo sistema de saúde, em especial a descentralização e a universalização, tiveram, na última década do século XX, avanços consideráveis. Ressalte-se a importância dos municípios na ampliação dos recursos e a participação popular por intermédio dos Conselhos de Saúde instituídos pela Lei Orgânica da Saúde em 1990.\*

#### A TRANSIÇÃO NO LIMIAR E NA PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI

Na última década do século XX e na primeira do século XXI assistimos a um esforço de organização do SUS, com a implementação de mecanismos de gestão e da consolidação de um “federalismo sanitário” inédito na prática política do país. Criaram-se mecanismos de pactuação entre gestores, mediante instrumentos como as Comissões Intergestores: Tripartite (nível federal) e Bipartites (nos estados). Estabeleceu-se um mecanismo de repasses financeiros que eliminou a ideia de que os municípios não eram verdadeiros entes federativos, mas “simples prestadores de serviço” mediante convênios. O “Pacto pela Saúde”, composto de um “Pacto pela Vida”, um “Pacto em defesa do SUS” e um “Pacto de Gestão”, constitui hoje (em 2012) os mais recentes instrumentos de ação conjugada dos três níveis de governo. Para a execução concreta definiram-se Normas Operacionais e outros instrumentos similares. Todas essas questões são descritas e analisadas em outros capítulos deste livro.

Essas mudanças no modelo brasileiro (o SUS) acompanham um movimento semelhante no contexto mundial. A resposta do mundo econômico à proposta da APS e da generosa ideia de SPT-2000, proposta em Alma-Ata, como é chamada, foi deflagrada por um documento do Banco Mundial, “Investindo em Saúde” (World Bank, 1993), propondo a integração da saúde no processo de desenvolvimento global, e transformando as ações médicas individuais em mercadoria submetida às leis do mercado (“privatização”). Reservavam-se ao setor público ações de grande “externalidade positiva” (p. ex.: vacinação e saneamento básico), além da “focalização” da aplicação de uma “cesta básica” de ações simplificadas para a população

\*. Os artigos relativos à organização do Sistema de Saúde na Constituição brasileira de 1988 foram regulamentados por leis próprias em 1990. Lei n. 8.080 de 19/09/1990, denominada Lei Orgânica de Saúde (LOS), e Lei n. 8.142 de 28/12/1990 de Gestão do Sistema Único de Saúde. Essas leis regulamentam, fiscalizam, controlam e especificam a organização das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde.

carente (have nots, como diz o WB). Nesse quadro conturbado pela globalização da economia, reduz-se o poder de ação das agências multilaterais, como a OMS e a própria ONU. Surgem com ímpeto inusitado “fundações”, “iniciativas” e outros instrumentos tidos como “filantrópicos”, em geral financiados por grupos econômicos globalizados, que têm sido intensamente criticados em alguns setores (ver Italian Global Health Watch, 2008).

O Brasil passa a ter relevância internacional no campo da saúde através da atuação de suas lideranças nos colegiados e nas Assembleias Internacionais de Saúde (na OMS e na OPAS), introduzindo ideias consistentes com o conceito do “Complexo Produtivo da Saúde” que projeta a saúde para o terreno da acumulação do capital, sem renunciar à concepção de que se trata de um esforço para a busca do bem-estar de toda a população do mundo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida Filho N. A clínica e a epidemiologia. Salvador: APCE/Abrasco, 1992.
2. Almeida M. República dos invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917). São Paulo: [dissertação de mestrado]. FFLCH-USP, 1998.
3. Arouca S. Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003.
4. Bonfim, JRA & Bastos, S. (orgs.) Walter Sidney Leser: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo, Hucitec, 2009. p. 349
5. Braga JCS & Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.
6. Campos, ALV. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.
7. Campos C. São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Paulo: Rima/Fapesp, 2002.
8. Castro-Santos LA. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. Dados Revista de Ciências Sociais 1985; 28(2):193-210.
9. Cohn A. A Saúde na Previdência Social e na Securidade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: política e organização de serviços. São Paulo: Cortez/Cedec, 1996.
10. Costa JE. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
11. Costa NR. Lutas urbanas e controle sanitário (origem das políticas de saúde no Brasil). Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
12. Dallari SG. O direito sanitário como campo fundamental para vigilância sanitária. In: Vigilância sanitária: textos e contextos. São Paulo: Cecovisa, 2007. p. 7-23.
13. Dalmaso ASW. Estruturação e transformação da prática médica: técnica e ciência na segunda metade do século XX. São Paulo: [tese de doutoramentos]. FMUSP, 1998.
14. Engels, F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra (1845). Resumo in Wikipédia, a enciclopédia livre, verbete Friedrich Engels (acesso em 12 de setembro de 2011).
15. Hobsbawm EJ. A era dos extremos: o breve século XX, 1914-1991. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.





16. Hochman G & Fonseca C. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: Gomes AC, (org.). Capanema: o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro: FGV Ed., 2000.
17. Italian Global Health Watch – From Alma-Ata to the global fund: The history of international health policy. *Social Medicine* 3(1):36-48, 2008.
18. Leavell, H. R. & Clark, E. G. – Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.
19. Luz MT. Do saber médico ao poder institucional burocrático. In: As instituições médicas no Brasil – Instituição e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
20. Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre as racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.
21. Magalhães MS. Política nacional de saúde pública. Rio de Janeiro: Renavan, 2005.
22. McKeown, T & Lowe, CR. – An introduction to social medicine. Oxford e Edinburgh: Blackwell Sc. Publ., 1968.
23. Mendes, EV. (1995) Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.
24. Merhy E. A saúde pública como política. São Paulo: Hucitec, 1992.
25. Mota A, et al. Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos e de consumo de produtos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil em homenagem à obra de Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde/OPS, 2004.
26. Mota A. Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista, 1892-1920. São Paulo: Edusp, 2005.
27. Nogueira RP. A força de trabalho em saúde. In: Revista de Administração Pública, 1983; 17:61-71.
28. Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. In: *Ciência Saúde Coletiva*, 2000, 5(2): 251-64.
29. Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
30. Oliveira LL. Tempos de JK: a construção do futuro e a preservação do passado. In: Miranda WM (org.). Anos JK: margens da modernidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Imprensa Oficial/casa de Lúcio Costa, 2002.
31. Paim JS & Almeida Filho N. A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
32. Ribeiro MAR. A cidade de São Paulo e a saúde pública (1554-1954). In: Porta P. (org.). História da cidade de São Paulo. A cidade no império 1893-1889. São Paulo: Paz e Terra v.2. 2004. p.307-50.
33. Rodrigues da Silva G. Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev. Hosp. Clin. FMUSP* 28(2): 91-96 (1973).
34. Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
35. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
36. Schraiber LB & Machado MH. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: Fleury S (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
37. Singer P, et al. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.
38. Telarolli Junior R. Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Unesp, 1996.
39. World Bank. "Investing in Health". World Development Report 1993. Washington DC: The World Bank, 1993.
40. Yida M. Cem anos de saúde pública (a cidadania negada). São Paulo: Unesp, 1994.