

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Maria Patrícia da Silva

DESENVOLVIMENTO E SAÚDE: DIMENSÃO SOCIAL DO
PROJETO MONTES CLAROS

Montes Claros

Março/2010

Maria Patrícia da Silva

**DESENVOLVIMENTO E SAÚDE: DIMENSÃO SOCIAL DO
PROJETO MONTES CLAROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social, da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Social.

Orientadora: Professora Dra. Simone Narciso Lessa

Montes Claros

Março/2010

S586d Silva, Maria Patrícia da.
Desenvolvimento e saúde [manuscrito] : dimensão social do projeto Montes Claros / Maria Patrícia da Silva. – 2010.

157 f.

Bibliografia: f. 132-157.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social/PPGDS, 2010.

Orientadora: Profª Dra. Simone Narciso Lessa.

1. Saúde – Desenvolvimento econômico. 2. Reforma Sanitária. 3. Políticas Públicas. I. Lessa, Simone Narciso. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título: Dimensão social do projeto Montes Claros.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Dissertação intitulada “Desenvolvimento e Saúde: A Dimensão Social do Projeto Montes Claros”, de autoria de Maria Patrícia da Silva, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo relacionada, em 10 de maio de 2010.

Prof.^aDr^a. Simone Narciso Lessa – PPGDS/Unimontes (Orientadora)

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto – PPGC/ Unimontes(Examinador)

Prof.^aDr^a. Luci Helena Silva Martins – PPGDS/Unimontes(Examinadora)

Data:___/___/___

Resultado:_____

Dedicatória

Ao meu pai Antônio e minha mãe Lua, meus amores e meu incentivo a lutar pelos meus sonhos; que pela mão, pelo exemplo, pelo olhar, pelas palavras, pelas orações, pelo amor incondicional me ensinaram e me ensinam a ser melhor a cada dia! Amo muito vocês...

AGRADECIMENTOS

- A Deus: *Pois com amor eterno te amei, por isso com benignidade te atraí...* (Jeremias, 31:3).

- Aos meus pais *Antônio e Lua*; aos meus irmãos e irmãs – aos irmãos de coração (cunhado e cunhadas): *Heleno, Vítor, Menta, Tânia, Adilson, Leda, Lúcio, Noélia e Verlânia*; aos meus alegres e abençoados sobrinhos e sobrinhas: *Júnior, Victor, Priscila, Filipe, Laíse, Isabela, Arthur, Júlia e Davi*. À família meu aconchego, os risos, os encontros, as conversas, os conselhos me trazem novas energias e um brilho no olhar para ver a vida melhor, para voltar e continuar o trabalho e os estudos... apesar da saudade!

- A *Eli Sandro*, meu amor, pelas horas de atenção, incentivo, risos e carinho em conversas (madrugada afora), sobre a conclusão da dissertação e sobre a vida... Encontro singular... sua presença na minha vida!

- A minha orientadora *Professora Simone Narciso Lessa*, por acreditar na relação desenvolvimento e saúde, pelo seu compromisso, pela leveza como foi conduzido nosso trabalho, enfim, sua orientação foi fundamental nesta minha conquista, meus sinceros agradecimentos!

- Às minhas amigas de infância *Ellen, Geórgia, Janielly, Rejane, Érika, Mara*: E o futuro chegando... Mesmo distantes não nos afastamos, nunca nos perdemos no caminho... Vocês me fazem acreditar que amizade é pra sempre!

- As amigas da Escola Técnica de Saúde da UNIMONTES: *Simária* pelo carinho e amizade... À *Marília Borborema*, pela gentileza em ensinar mesmo quando não tem essa intenção; e à *Zaida* por ser tão tranquila, tenho aprendido isso com você. À *Élika, Eveline, Jacqueline, Laura, Iza Manuella, Arlany, Cristina, Lula* a todos vocês pelo carinho e torcida.

- Ao *Professor João dos Reis Canela* por acreditar no meu trabalho, pelas palavras de apoio e incentivo.

- Ao Professor *João Batista Silvério* por me apresentar a primeira história do Projeto Montes Claros, e pelo incentivo nos tempos de estagiária da Escola Técnica de Saúde.

- Ao Diretor da Escola Técnica de Saúde da Unimontes, *Professor Wilson Atair Ramos*, pelo apoio e confiança no meu trabalho.

- Aos colegas do mestrado, em especial: *Andréa, César, Kátia, Cristophe e Noila* – interessante como que às vezes, uma gargalhada ou até um sorriso discreto, um bate papo no banco da Unimontes, no Centro de Documentação, um e-mail sobre dissertação o mestrado, ou sobre coisas simples da vida me ajudaram.

- À *Professora Luci Helena Silva Martins* e ao *Professor João Felício Rodrigues Neto* pelas contribuições na qualificação.

- Aos professores do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Social – PPGDS.

- Aos colegas funcionários do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Social – PPGDS: *Claudio, Fernanda e Vanessa*, pela gentileza e atenção com que sempre nos atende.

- Aos que acreditam e trabalham em ações de saúde, como causa e consequência para desenvolvimento social de nosso país.

RESUMO

SILVA, Maria Patrícia. Desenvolvimento e saúde: dimensão social do Projeto Montes Claros. 2010. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

O campo da saúde pode ser relacionado diretamente com a questão do desenvolvimento, uma vez que o acesso à saúde, a implementação de políticas de saúde, não é um fim em si mesma. No entanto é, ao mesmo tempo, determinada pelo tipo de desenvolvimento estabelecido em cada país. Em Montes Claros, nos anos 1970, foi gestada uma nova proposta de estruturação e prestação de serviços de saúde que ficou conhecida nacionalmente como Projeto Montes Claros. O debate desenvolvimento e saúde surge no Brasil a partir da Primeira República, com a tese sanitária que explicava o atraso do país como consequência das condições de insalubridade. Posteriormente, uma outra linha de pensamento proposta pelos sanitaristas desenvolvimentistas veio a ser forte crítica a essa posição, ao dizer que apenas investimentos em saúde não ocasionariam o desenvolvimento. Esta última tese influenciou o Movimento pela Reforma Sanitária, no qual localizamos o Projeto Montes Claros, práxis de idéias contra-hegemônicas postas no cenário nacional pelo Movimento, nos anos 1970. O trabalho aqui apresentado estuda a dimensão social de um projeto regional, que serviu como instrumento referencial na construção de um novo sistema de saúde nacional (o Sistema Único de Saúde – SUS). Pretende conhecer em que medida é possível relacionar esse projeto com o desenvolvimento da cidade de Montes Claros e, ainda, verificar como foi pensada a relação desenvolvimento e saúde no âmbito da saúde pública brasileira. A metodologia utilizada foi o levantamento bibliográfico e pesquisa documental sobre o tema.

Palavras-chave: Saúde; Desenvolvimento; Reforma Sanitária e Projeto Montes Claros.

SUMMARY

The field of health can be directly related to the development issue since the access to health, the implementation of health policies is not an end in itself. However, it is at the same time, determined by the type of development established in each country. In Montes Claros, in the 70s, a new proposal for structuring and provision of health services had been conceived and it became nationally known as Project Montes Claros. The debate development and health arose in Brazil in the First Republic, with the sanitariat thesis that explained the backwardness of the country as a result of insalubrity conditions. Subsequently, another line of thought proposed by developmentalist sanitarians became a strong criticism of this position, saying that only investments in health would not cause development. This last thesis has influenced the sanitary reform movement, in which the Project Montes Claros is localized, praxis of counter-hegemonic ideas put on the national scene by the Movement in the 1970s. The work presented here studies the social dimension of a regional project, which served as a reference tool in building a new national health system (the Unified Health System - SUS). It intends to know to what extent it is possible to connect this project with the development of the city of Montes Claros, and also verify how the relationship development and health was thought within the Brazilian public health system. The methodology used was a literature review and documentary research on the subject.

Keywords: Health, Development, Health Reform and Project Montes Claros.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS – Ações Integradas de Saúde.
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEM- Campanha de Erradicação e Controle da Malária
CEPAL – Comissão Econômica para América Latina
CHESF – Companhia Hidrelétrica do São Francisco
CNS - Companhia Siderúrgica Nacional
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CDS – Conselho de Desenvolvimento Social
DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
EUA – Estados Unidos da América
FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa em Minas Gerais
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FNM – Fábrica Nacional de Motores
FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
GTEM – Grupo de Trabalho e Erradicação da Malária.
IAPAS – Instituto da Previdência e Assistência Social
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
IAPs – Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensões
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IMS – Instituto de Medicina Social
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
IPPEDASAR – Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural
Lops – Lei Orgânica da Previdência Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PEPPE – Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos
PESES – Programa de Estudos Socioeconômicos e Epidemiológicos
PIB - Produto Interno Bruto
PMC – Projeto Montes Claros
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGCS – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
PPGDS – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SUDENE – Superintendência para o Desenvolvimento do Nordeste
SUS – Sistema Único de Saúde.
UERJ– Universidade do Estado do Rio de Janeiro

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Número de Equipes de PSF (SUS) por 1000 habitantes – período 1994/2006.....	123
Quadro 2: Número de transplantes (SUS) por 1000 habitantes – período 1995/2004.....	124
Quadro 3: Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) Brasil e grandes regiões, 1991, 1997, 2000 e 2004.....	124

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I: 1. SAÚDE E DESENVOLVIMENTO UMA REFLEXÃO SOBRE URBANIZAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA.....	19
1.1 Urbanização e caos nas cidades: uma breve reflexão sobre dimensões contraditórias no crescimento das cidades.....	21
1.2 Primeiras intervenções de Saúde Pública.....	28
1.3 Construção do conceito saúde e sua dimensão social.....	36
CAPÍTULO II: 2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO SAÚDE E DESENVOLVIMENTO.....	45
2.1 Primeiras Intervenções de Saúde Pública no Brasil: a busca pelo progresso passa pela higienização.....	50
2.2 Sanitarismo x Sanitarismo Desenvolvimentista: saúde como meio ou fim do desenvolvimento.....	64
2.3 Contexto e Influências do Movimento pela Reforma Sanitária nos anos 1970: realidade sanitária como objeto de intervenção prática e política.....	77
CAPÍTULO III: 3. A DIMENSÃO SOCIAL DO PROJETO MONTES CLAROS: HISTÓRIAS, E SIGNIFICADOS PARA O SUS E O DESENVOLVIMENTO DA CIDADE.....	86
3.1 O Movimento e a Reforma Sanitária	87
3.2 Apresentando o Projeto Montes Claros e sua dimensão social.....	93
3.3 Projeto Montes Claros: desenvolvimento e saúde na cidade de Montes Claros.....	111
3.4 O sistema de saúde Brasileiro: o SUS.....	118
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
5. REFERÊNCIAS	132

INTRODUÇÃO

A graduação em Ciências Sociais foi uma escolha, o desejo de estudar temas relacionados à saúde foi obra do destino. O primeiro contato com a área da saúde aconteceu em 2000, quando fui trabalhar como estagiária na Escola Técnica de Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, uma escola que integra a Rede de Escolas Técnicas do SUS – RETSUS. No currículo da graduação, a escolha pela disciplina optativa *Sociologia da Saúde* foi influenciada pelo trabalho na escola, pelas conversas e reuniões de que participava onde ouvia sobre o Sistema Único de Saúde – SUS e sua raiz histórica em Montes Claros. Com olhar de admiração e, ao mesmo de tempo, de curiosidade, sentia desejo de saber mais sobre essa história.

Após a conclusão da graduação e de uma especialização *Lato Sensu* tornei-me docente da Escola e, daí por diante, junto com uma equipe de professores da Escola institucionalizamos a Estação de Pesquisa da Escola Técnica de Saúde da UNIMONTES, e conseguimos integrá-la à Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Ministério da Saúde, em 2005. Assim, meu trabalho e meus estudos ficaram totalmente voltados para a saúde e a educação, o que, inevitavelmente, acabou me levando muito mais pelo caminho da saúde do que pelo caminho das Ciências Sociais, ou melhor dizendo, o caminho social da saúde. Não havia como deixar de lado uma escolha tão consciente, as Ciências Sociais. O Mestrado em Desenvolvimento Social me permitiu concretizar em um só plano a escolha e o destino, ao estudar e construir a dissertação *Desenvolvimento e Saúde: a dimensão social do Projeto Montes Claros*.

Cabe dizer que este trabalho faz parte de uma pesquisa com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa em Minas Gerais – FAPEMIG, intitulada: *Gestão de Políticas de Saúde no Norte de Minas Gerais: contextos, atores e trajetórias*. Devido a uma feliz coincidência, após aprovação na seleção do Mestrado em Desenvolvimento Social, a orientadora e coordenadora da Pesquisa financiada pela FAPEMIG convidou-me para integrar a equipe de

pesquisadores, entendendo que a troca de experiências enriqueceria a construção dos dois trabalhos.

O Projeto Montes Claros foi implementado no Norte de Minas Gerais, no início dos anos 1970, como um projeto da saúde que ficou conhecido nacionalmente pelo seu caráter inovador e contra-hegemônico. O destaque se deveu ao fato de ter sido uma experiência prática sobre o que estava sendo debatido entre os intelectuais nas universidades que integravam o movimento pela Reforma Sanitária brasileira. O Projeto Montes Claros – Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas - é considerado por muitos sujeitos, que vivenciaram aquele período, e por autores que escrevem sobre o tema, como a experiência fundadora do movimento pela Reforma Sanitária.

O desejo de conhecer o que determina a saúde e a doença, a qual muitas vezes ocasiona a morte, acompanha a humanidade desde a antiguidade. Para cada período que a humanidade viveu, buscou diferentes explicações da relação saúde e doença. Com o advento da racionalidade científica, as explicações deixaram de ser mágico-religiosas e passaram para o campo da racionalidade técnica, da medicina como uma disciplina que se agrega a outras como, o sanitarismo, para controlar e intervir nos processos de manutenção da vida.

Este trabalho destaca dois modelos de explicação sobre os processos de manutenção da vida, baseados na concepção moderna de saúde: um com ênfase no social e o outro, no biológico. A relação da saúde como um campo determinado pelas condições sociais e econômicas é abordada na Europa desde o século XVIII, pois a industrialização, a urbanização, o crescimento das cidades aumentaram também os problemas sanitários, urbanos e sociais. Já o campo biológico vai ganhar destaque com as descobertas microbiológicas, principalmente, a partir do século XIX. Fato é que a determinação do processo de saúde ou de doença engloba tanto fatores sociais, ambientais, econômicas, quanto fatores biológicos.

Na análise proposta, algumas perguntas serviram como norteadores da investigação: que relação é possível estabelecer entre desenvolvimento e

saúde, no contexto histórico da saúde pública no Brasil e no contexto histórico da implementação do Projeto Montes Claros? Qual o papel do Projeto Montes Claros no processo nacional de Reforma Sanitária e criação do Sistema Único de Saúde – SUS? Na idealização e realização deste projeto, buscava-se o desenvolvimento da cidade de Montes Claros?

A hipótese formulada neste estudo é de que, mesmo em anos anteriores à implementação do Projeto Montes Claros, os debates em torno de desenvolvimento já o relacionavam com saúde. Considerando a implantação do Projeto Montes Claros, uma segunda hipótese é a de que ele traz em seu bojo uma concepção da relação saúde-sociedade e uma experiência prática calcada na Medicina Comunitária e na Atenção Primária, antecedendo a proposta do SUS.

O objetivo geral desta dissertação é descrever a relação desenvolvimento e saúde e a dimensão social do Projeto Montes Claros. Concernente aos objetivos específicos pretende: conhecer origens/construção da Saúde Pública e o surgimento da Medicina Comunitária, em razão de sua importância na idealização e realização do Projeto Montes Claros; identificar debates da relação desenvolvimento e saúde na saúde pública brasileira; conhecer conexões do Projeto Montes Claros na criação do Sistema Único de Saúde, buscando constatar a sua ligação com desenvolvimento da cidade de Montes Claros.

O termo desenvolvimento possui uma dimensão polissêmica, não existe uma definição universal para seu significado. Ao longo da história, em cada contexto político e social existe uma ênfase diferente para seu significado. Nesse sentido, destaca-se que, nesse trabalho, para não cometer anacronismo tivemos o cuidado de trabalhar a relação entre saúde e desenvolvimento, e o significado deste nos períodos em questão.

Com intuito de esclarecer os objetivos do trabalho, é oportuno dizer que este estudo não teve a pretensão de analisar a relação do público e do privado, e seu campo dos direitos, ou mesmo, a segmentação dos serviços de saúde na atualidade. Buscamos a partir do estudo das premissas do Projeto Montes

Claros, entender sua relação com o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, pois como já salientado, foi uma das primeiras experiências do movimento e, neste processo, identificar debates sobre a relação entre desenvolvimento e saúde realizados na construção da saúde pública brasileira.

O estudo aqui apresentado possui caráter descritivo-exploratório. A metodologia utilizada na operacionalização da pesquisa segue duas técnicas: a pesquisa bibliográfica, e a pesquisa documental. Os estudos buscam, de forma exploratória descrever os fatos por meio da pesquisa historiográfica e exploração do fenômeno estudado como experiências sociais. Para Gil (1996), a pesquisa exploratória tem como objetivo uma maior aproximação com a questão estudada. Esta forma de análise tem sido muito útil para temas pouco estudados.

A dimensão histórica do processo de criação, implantação e construção de um projeto regional, que serviu de instrumento referencial na construção de uma política de saúde de âmbito nacional, foi estudada em sua relação com o desenvolvimento. Não nos pautamos por uma linha historiográfica tradicional, na medida em que buscamos a história como fio condutor das costuras entre campos de análise diferenciados, como por exemplo, o diálogo com as Ciências Sociais.

Para compreensão das informações encontradas foi utilizada a *análise de conteúdo*, que pode ser utilizada com duas funções: a verificação de hipóteses, ou seja, por meio dessa técnica é possível encontrar respostas para questões já formuladas, confirmando-as ou não; a outra função refere-se ao descobrimento do que não está dito claramente, “descoberta do que está por traz dos conteúdos manifestos”, (Gomes, 1994, p. 74). Minayo (2000) destaca que as comunicações das mensagens, na análise de conteúdo, são entendidas e interpretadas para além dos manifestos.

O Projeto Montes Claros, a relação saúde/desenvolvimento, abordados neste estudo, são considerados como campo e categorias de análise conforme contextualiza Bourdieu (2004), como o mesmo que um espaço onde estão

inseridos sujeitos e instituições que produzem e reproduzem arte, ciência e ou conhecimentos, no intuito de modificar a sociedade ou reproduzi-la.

O trabalho tem como foco temporal a década de 1970, quando se iniciam as primeiras ações para a criação e posterior implantação do Projeto Montes Claros. No entanto, não deixamos de retornar a épocas anteriores, pois certas escolhas e caminhos do passado influenciaram o caminho para a criação do projeto em questão. Outro movimento no tempo que fizemos é a busca do “futuro”, período posterior a 1970 e os desdobramentos da política de saúde.

O caminho a ser percorrido pela política pública de saúde nacional recebe influência do que foi idealizado e vivido no campo da saúde em Montes Claros. Fundamental para a compreensão deste estudo é ter em mente que, nas últimas duas décadas, as transformações no campo da saúde no Brasil foram possíveis sim. Entendemos que os problemas atuais na saúde pública do país são heranças históricas, não um problema ocasionado pelo Sistema Único de Saúde. A instauração do SUS, a partir de 1988, foi um salto para as garantias universais do direito à saúde da população brasileira. Não vamos entrar em seu mérito, ou apontar suas falhas, mas objetivamos entender como foi possível chegar até ele.

O trabalho está organizado em três capítulos, além da introdução e considerações finais. No primeiro capítulo, debatemos sobre a construção do conceito saúde e sua dimensão social, passando por uma reflexão sobre as dimensões contraditórias no crescimento das cidades e, em seguida, uma descrição sobre as primeiras intervenções de saúde pública na Europa. No segundo capítulo, colocamos um breve histórico sobre a relação saúde e desenvolvimento no Brasil. Finalmente, no terceiro capítulo, estão expostas conexões do Projeto Montes Claros, na Reforma Sanitária e na criação do SUS. Na seção em que se colocam as considerações finais, apresentamos alguns dos principais resultados encontrados na busca por responder os objetivos e questionamentos traçados como mediação para construção deste trabalho.

CAPITULO I

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO - UMA REFLEXÃO SOBRE URBANIZAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

[...] a busca da utopia é algo ancestral e companheiro do homem. O que distingue o ser humano dos outros animais não é o dedão, é exatamente o fato de que ele é portador de utopia. Eu sei que hoje se costuma ridicularizar quem fala em utopia, mas não me preocupo em insistir que sem ela não vale a pena viver, e sem ela também é impossível pensar, porque o pensamento não é produzido a partir do que houve, nem do que há. O pensamento portador de frutos é produzido a partir do que pode ser. (Milton Santos, 2003).

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, apresentamos uma breve reflexão sobre como o crescimento exponencial da população urbana, seguido de falta de planejamento, fez emergir e potencializar problemas nas cidades. A população das cidades vivencia epidemias e um quadro de insalubridade que afeta o desenvolvimento do sistema de produção. As transformações tecnológicas nas atividades produtivas e a falta de infra-estrutura para abrigar a classe trabalhadora causam impacto na saúde da população e, logo, ocasionam prejuízos ao sistema capitalista.

Neste momento, entra em cena a figura do social que vai se interpor entre o Estado Liberal não-interventor e o setor privado, buscando soluções para os problemas urbanos e sociais que têm nas epidemias seu maior reflexo. Diante da dimensão das estruturas necessárias para a solução dos problemas, o Estado passa a intervir, principalmente, a partir do século XX, utilizando a

técnica e a ciência como meios para solucionar tais problemas, momento em que surgem as primeiras ações de saúde pública.

O urbanita, o habitante da cidade, cresce em números nunca vistos na história da humanidade. Cada vez mais as pessoas passaram a viver nas cidades. A relação deste homem com o meio passou a se basear na utilização da técnica e da ciência para solucionar os problemas causados pela industrialização e pelo crescimento descontrolado das cidades: “doenças, delinquência e rebelião”.

A acumulação de riquezas não ocasionou melhores condições de saúde para toda a população. Ao contrário, o quadro sanitário em cidades européias, como a Inglaterra, berço da industrialização, no século XVIII, era caótico. De acordo com Beguin (1991), os ambientes insalubres deterioram não só a saúde física e moral dos indivíduos, ao diminuir a expectativa de vida da população operária trabalhadora, interrompem o crescimento de capacidades produtivas. As despesas com a instalação dos aparelhos de salubridade eram menores que os custos gerados indiretamente pelas doenças e suas conseqüências imediatas ao processo produtivo.

Conforme análise de Foucault (2007) as condições sanitárias demandavam intervenção para solução daqueles problemas. Na Europa, tem-se a organização de três modelos de intervenção: na Alemanha, a medicina de Estado; na França, a medicina urbana e na Inglaterra, a medicina da força de trabalho (trabalharemos mais adiante com Foucault, para caracterizar cada tipo de medicina social). Essas experiências têm em comum a preocupação dos Estados europeus em intervir na saúde da população nos âmbitos político, econômico e científico. As propostas de intervenção nas cidades se baseavam na teoria miasmática.

No início do século XIX, foram realizadas pesquisas nas cidades européias sobre as epidemias e estado de insalubridade que as invadiam. O debate teórico que suscitaram, a partir dos resultados das enquetes, explicava as causas das doenças. Neste período, havia uma luta política entre os que defendiam a tese do contágio e os que defendiam a teoria de que as doenças

eram causadas pela pobreza, condições sociais e os miasmas. Os primeiros entendiam que as doenças eram transmitidas pelo contato entre as pessoas ou objetos contaminados; já os defensores da teoria dos miasmas, ou não contagionistas, explicavam a propagação das doenças por meio da sujeira e de emanções pútridas (Nunes 1998).

No que diz respeito aos debates sobre desenvolvimento, nesta época o desenvolvimento era entendido como progresso. De acordo com Esteva (2000), nesse período, o desenvolvimento era considerado como resultado da ação individual para progredir.

As concepções sanitaristas e biologicistas ligavam doença à pobreza, ou seja, à falta de progresso. Daí, no século XX, esta concepção reforçar a idéia de que o crescimento econômico mudaria conseqüentemente as condições de saúde.

Ao finalizar este capítulo, apresentamos a construção do conceito de saúde e sua dimensão social, uma vez que o conceito de saúde considerado no Projeto Montes Claros é oposto ao que trata a saúde como ausência de doença. Na apresentação desse debate buscamos demonstrar que a relação saúde e condições sociais não é recente e, nem dominada por um único pensamento. Pode-se notar que o conceito de saúde esteve, há muito tempo, relacionado com questões sociais, culturais e econômicas.

1.1 Urbanização e caos nas cidades: uma breve reflexão sobre dimensões contraditórias no crescimento das cidades

Nos últimos três séculos, a Europa assistiu ao aumento de atividades comerciais, industriais e urbanas. Da Revolução Científica surgiu um mundo de idéias e práticas baseado na racionalidade. Com a Revolução Industrial, o homem submete a natureza (e outros homens) ao seu controle, melhor dizendo, ao controle da elite burguesa. A intensa urbanização não segue uma ordem planejada. Ela é fruto das transformações sociais, em particular as

mudanças das relações de trabalho no campo, que com o fim da servidão, obrigaram os camponeses a migrarem para cidades que estavam sem estrutura para recebê-los. A sociedade capitalista emergente se depara com problemas de insalubridade resultado da urbanização de grandes contingentes populacionais rurais e da sua falta de infraestrutura.

Shorske (1989) afirma que a cidade moderna começa a surgir no século XVIII. Nesta linha, esse autor define três maneiras para distinguir as cidades, considerando fases históricas, durante dois séculos, que, no entanto, não se superam, mas convivem umas com as outras. A cidade como virtude, no século XVIII; como sinônimo de vício, com a industrialização do século XIX; e ainda, a cidade *além do bem e do mal*, com uma atitude intelectual, embasada no peso de uma cultura subjetivista.

A população que residia na urbe convivia com dimensões contraditórias da cidade, que já havia sido considerada como o lugar da civilização e do conforto em oposição ao campo, lugar da barbárie. Com o crescimento das cidades, crescem também os seus problemas. Assim as cidades passam a ser vistas como lugar do vício, da doença, da delinqüência e da rebelião. Em um paradoxo constante, é lugar das realizações, de saber, de comunicação, de luz, por outro lado, há quem a considere como lugar da ambição, da promiscuidade, do barulho e da doença. Desde o século XX, para além do bem e do mal, o habitat da maior parte das pessoas e, portanto, passa a ser uma preocupação o grau de habitabilidade ou salubridade do meio.

Nos tempos da Renascença, a cidade fora sinônimo de civilidade, o campo de rudeza e rusticidade. Tirar homens da floresta e encerrá-los numa cidade era o mesmo que civilizá-los. [...] A cidade era o berço do aprendizado, das boas maneiras, do gosto e da sofisticação. Adão fora colocado em um jardim, e o Paraíso terrestre associado a flores e fontes. Mas, quando os homens pensavam no paraíso para salvação, geralmente visualizavam como uma cidade, a nova Jerusalém (Thomas, 1933, p. 290).

A partir do século XIX, as cidades são transformadas em símbolos de vícios sociais. Segundo Schorske (1989), duas foram as manifestações que contribuíram para essa definição:

A primeira foi a dramática elevação da taxa de urbanização, cujo estabelecimento da cidade industrial, construída com material barato às pressas, fez com que as condições urbanas, que até então haviam passado despercebidas, piorassem. A segunda foi a transformação negativa da paisagem social que se chocou com as expectativas otimistas do Iluminismo a respeito do desenvolvimento da riqueza e da civilização através da cidade (Schorske, 1989, p. 51).

É esta a cidade trabalhada aqui, em um contexto de rapidez do progresso industrial, a cidade deixa de ser considerada como o lugar de virtude, e o significado da cidade como vício ganha força. As oposições campo x cidade, pobre x rico são gestadas em torno do individualismo burguês e, ainda, intensificando a pobreza, a sujeira, a doença, o crime e a violência. E por outro lado, a vida nas cidades em oposição à vida no campo passou a ser o lugar da modernidade, do progresso e da acumulação de riquezas, resultados da racionalidade e do domínio da natureza.

A racionalização crescente da sociedade estaria, assim, ligada à institucionalização da evolução científica e técnica. Nas sociedades capitalistas industrialmente desenvolvidas, a dominação tendeu a perder sua característica de exploração e de repressão para cobrir-se com o manto da racionalidade. O crescimento das forças produtivas veio acoplado ao progresso científico e técnico, associado ao crescente domínio da natureza e da produtividade, que asseguraram aos indivíduos condições de existência sempre mais confortáveis [...] Nesse universo da tecnologia, a falta de liberdade se apresentava sob a forma de uma submissão à aparelhagem técnica, que dá mais conforto à existência e aumenta a produtividade do trabalho (Dupas, 2007, p.76).

Furtado (1981) afirma que a idéia de progresso tem como raízes três correntes do pensamento europeu, a partir do século XVIII, iluminismo; acumulação de riquezas e expansão geográfica:

A primeira delas se filia ao Iluminismo, com a percepção de história como uma marcha *progressiva* para o racional. A segunda brota da idéia de *acumulação* de riqueza, na qual está

implícita a opção de um futuro que encerra uma promessa de melhor bem-estar. A terceira, enfim, surge com a concepção de que a expansão geográfica da influência europeia significa para os demais povos da terra, implicitamente considerados “retardados”, o acesso a uma forma superior de civilização (Furtado, 1981, p. 1).

O progresso e a vida na cidade parecem ser apresentados como sinônimos, uma vida como a efetiva realização da mecanização, do desenraizamento, do espetáculo e, por outro lado, a chegada de cortiços, das multidões de homens, de doenças, da delinquência e da necessidade e das possibilidades de organização. Mas também é lugar da ciência, onde foram desenvolvidos instrumentos e conhecimentos técnicos para organizar o “caos”, em uma dimensão paradoxal.

Nas décadas de 1830 e 1840, a densidade demográfica e a industrialização foram elementos-chave para o reaparecimento dos surtos epidêmicos nas cidades europeias. Estes fatos históricos foram decisivos para a conscientização sobre os problemas sanitários e para a formação de uma prática intervencionista governamental nas cidades (Beguin, 1991, p. 39).

Segundo Bresciani (1991), há sete formas para estudar e problematizar a cidade. As seis primeiras entradas tratam de pressupostos racionais que buscam tratar daquilo que se apresentava de maneira caótica - consequência da industrialização, concentração populacional e reaparecimento da peste. A primeira porta diz respeito à técnica utilizada para melhorar e modificar o meio, é por esta porta que se olha para a cidade, neste trabalho.

A segunda porta é relacionada à questão social; a terceira diz respeito à formação das identidades sociais; a quarta é a construção de uma sensibilidade, reeducação dos sentidos dos que habitam a cidade; a cidade como lugar de história é a quinta porta; sendo a sexta relacionada aos estudos da cultura popular. A sétima porta teórica, construída em tempos recentes, está voltada para a “relação subjetiva das pessoas com a cidade e com tudo o que ela contém – coisas, pessoas e memórias” (Bresciani 1991, p.10).

O maior interesse sobre as cidades acontece quando elas se problematizam, porque assim é possível entender a cidade atual e sua rede de questões,

“denominada questão urbana”. A cidade atravessada pela questão da técnica e pela questão social vê-se em um momento em que o Estado busca resolver os problemas da sujeira, da peste. A questão sanitária surge seguindo duas concepções para mudança: a física e a moral. (Bresciani 1991).

[...] em meados do século XIX, pesquisas sobre o habitat do pobre foram feitas tanto em Paris quanto em Londres e nas cidades industriais inglesas. As doenças endêmicas e epidêmicas que se alastraram pelo espaço urbano, apinhado de gente, motivaram as pesquisas. Pobres e ricos conviviam lado a lado, o que tornava mais explosiva essa massa humana. Muitos conflitos urbanos aconteceram no século XIX. Em Paris, a epidemia de cólera de 1832 fez 18.602 vítimas. (Lessa, 2001, p. 23).

Essas pesquisas demonstraram o caráter vicioso de certos ambientes nos bairros e nas cidades, relacionaram claramente a pobreza com a falta de higiene e doenças, entre desconforto e diferentes atitudes de imoralidade e ilegalidade.

Após as pesquisas feitas pela administração pública na Inglaterra, entre 1840 e 1845, os dados levantados passaram a ser referência buscando mostrar as condições degradadas nas quais vivia o pobre. Diante dos dados apresentados, este ambiente insalubre passou a ser apontado como o lugar onde deviam agir as políticas públicas. Chadwick, um dos pais da “Idéia Sanitária” e organizador das pesquisas, foi o primeiro a colocar as perdas que a saúde debilitada do trabalhador, que morava em condições impróprias, acarretava, em termos econômicos, e seu perigo político para o sistema capitalista (Lessa, 2001, p. 10).

Assim, com o diagnóstico da situação, na Europa do século XVIII e XIX medidas de intervenção começam a ser implementadas pelo Estado. Medidas sanitárias no sentido de controlar e disciplinar o corpo, os hábitos e a cidade, com base no saber médico e de engenheiros, para prevenir doenças e comportamentos de risco. Ao analisar as ações desenvolvidas na Inglaterra, Beguin (1991) afirma que os fatos demonstraram ser importante a intervenção, a qual refletiria no desenvolvimento educacional, moral, social e econômico das cidades, pois, entendia-se que os ambientes insalubres agem como obstáculos que diminuem a qualidade de vida. A sujeira, os ambientes insalubres causavam a mortalidade da população operária adulta, conseqüentemente, eram entraves ao crescimento da produtividade. O principal conhecimento

profissional neste período foi o do médico, que definia os campos de ação, conforme afirma Foucault:

Os médicos eram os especialistas do espaço. Eles formulavam quatro problemas fundamentais: o das localizações (climas regionais, natureza dos solos, umidade e *secura*: sob o nome de “constituição”, eles estudavam esta combinação dos determinantes locais e das variações sazonais que favorecem em dado momento determinado tipo de doença); o das coexistências (seja dos homens entre si: questão da densidade e da proximidade; seja dos homens e das coisas: questão das águas, dos esgotos, da ventilação; seja dos homens e dos animais: questão dos matadouros, dos estábulos; seja dos homens e dos mortos: questão do cemitério); o das moradias (*habitat*, urbanismo); o dos deslocamentos (migração dos homens, propagação das doenças). Eles foram, juntamente com os militares, os primeiros administradores do espaço coletivo (Foucault, 2007, p.213/214).

No entanto, Müller (2002) observa que ações de saneamento sempre estiveram presentes ao longo da história da humanidade, por exemplo, obras de infraestrutura dos romanos que direcionavam as construções, considerando o suprimento de água e os problemas com esgotos. O que diferencia o sentido das ações de intervenção nos espaços urbanos do período que estudamos, é que o crescimento acelerado da vida urbana. O crescimento das cidades não foi acompanhado de práticas, sanitárias trazendo problemas prejudiciais à nova ordem produtiva que estava surgindo: o capitalismo.

As pesquisas demonstravam que o capitalismo estava sendo afetado, e o desconforto possuía uma dimensão econômica, além de social. A grande pesquisa dirigida por Chadwick confirmava a ligação de consequência entre insalubridade, péssimas habitações, baixa esperança de vida, altos índices de mortalidade e o custo econômico do caos sanitário. Os ambientes insalubres deterioram não só a saúde física e moral dos indivíduos, ao diminuir a expectativa de vida da população operária trabalhadora, interrompem o crescimento de capacidades produtivas.

O custo econômico que é traduzido tanto igualmente pelo cálculo das jornadas de trabalho perdidas por causa de doenças como pelas despesas institucionais, pelas cifras que medem o que custa a sociedade cuidar de viúvas e órfãos. [...]

O custo social do desconforto, sobre o qual insistirão as pesquisas posteriores, é a desagregação das famílias, a dissolução da “humanidade”, o desenvolvimento de hábitos e tendências anti-sociais (Béguin, 1991, p.40).

Rutikowski, Lessa e Oliveira (1999) assinalam três teorias sobre a intervenção no meio, que seguem a lógica sanitaria e se inter-relacionam: a identificação de miasmas; os micróbios resultados das descobertas de Pausteur - sobre esta convém ressaltar que tal descoberta não elimina os debates sobre entendimento da relação das doenças com o ambiente, e a terceira, com o *sanitarismo*, ao investir em aparelhos produzidos pela nova ordem industrial, é criada a lógica da salubridade. Foucault (2007), assim, definiu salubridade:

Salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde (p.93).

O domínio da técnica possibilita constituir uma intervenção política no ambiente urbano, a situação caótica poderia ser modificada, e isso aconteceu através de ações do Estado, com tecnologia, racionalidade e ciência; uma intervenção que contribuiu com o desenvolvimento. A cidade cresce, evolui conseqüentemente os aparelhos urbanos – água, esgoto, eletricidade que seguem de maneira interdependente com o desenvolvimento da técnica. Ao tratar sobre progresso técnico, Furtado (1981) afirma que por meio dele, são possíveis transformações sociais que fundamentam o processo de acumulação, logo persiste a reprodução capitalista.

O histórico progresso europeu tornou-se referência para desenvolvimento de outros países, através da industrialização, da modernização social e cultural. No entanto, o progresso econômico, a industrialização e o crescimento descontrolado das cidades européias têm como conseqüências, além de riquezas e produção, o caos e a desorganização. Um modelo de desenvolvimento que prioriza o crescimento econômico alcança a

produtividade à custa do aumento das desigualdades sociais, da destruição da natureza e da exclusão social.

O desenvolvimento industrial e urbano trouxe sérios problemas, mas, ao mesmo tempo, propiciou ao homem urbano a possibilidade de, por meio da técnica e da ciência, realizar ações voltadas para a organização do espaço. Possibilitou, enfim, com a racionalidade, buscar a solução para tais problemas que afetavam o desenvolvimento do sistema capitalista. Surge deste empenho, juntamente com o urbanismo no século XX, um campo de ação do Estado voltado para políticas sociais e de saúde.

1. 2 Primeiras intervenções de Saúde Pública

O campo da saúde foi reconhecido como lócus de intervenção de políticas setoriais, a partir da segunda metade do século XIX, Almeida (2002). Nesse período, a saúde começa a ser entendida como assunto de Estado, isto é, da intervenção por meio de políticas públicas. [...] “a gênese da relação Estado/saúde na era moderna é a expressão da regulação estatal da saúde para a nova ordem social e econômica emergente – a ordem burguesa – e centrada na reprodução da força de trabalho” (Elias, 2004, p. 42). Castiel (1994) apud Rabello (2006) pondera que saúde pública pode ser entendida como maneiras de intervenção e gerência político/governamental, na busca por resolver problemas ou dirigir intervenção para necessidades de saúde.

Virchow entendia o objetivo da saúde pública de maneira abrangente. Segundo ele, o objetivo era estudar as condições de vida de grupos sociais e entender as determinações de tais condições sobre a saúde. No conceito de saúde pública definido por Virchow e Neumann - publicado em um projeto denominado Lei de Saúde Pública, em 1849 – deve ter como objetivos: o desenvolvimento saudável do cidadão, quer seja físico ou mental; a prevenção de perigos à saúde e o controle da doença, (Rosen, 1979).

Ainda seguindo o pensamento de Rosen (1979), a saúde pública deve direcionar a atenção para a sociedade como um todo e preocupar-se com: as

condições que podem afetar a saúde, por exemplo: solo, comida, moradia; cada indivíduo. No conceito de saúde segue, considera as condições que impedem o indivíduo de cuidar de sua saúde seja pobreza, seja uma enfermidade. Assim, obriga o Estado a dar assistência e até intervir na liberdade pessoal. Continuando em sua análise esse autor utiliza o conceito de Virchow, para definir o objetivo da saúde pública, como:

[...] o objetivo da saúde pública da forma mais abrangente possível, indicando que uma de suas principais funções era estudar as condições de vida dos vários grupos sociais e determinar efeitos destas condições sobre a saúde. A partir deste conhecimento, seria então possível agir adequadamente (Rosen, 1979, p. 83).

Em seus estudos sobre a febre tifóide, em 1847, Virchow associou fatores físicos, biológicos, políticos, econômicos e sociais aos casos da doença, sendo que qualquer medida terapêutica desvinculada a uma transformação social, ou radical reforma social, em que se incluem democracia irrestrita, educação, liberdade, e prosperidade, não resolveria tais problemas (Rosen, 1979). É preciso chamar atenção sobre esta afirmação, pois não apenas fica clara a dimensão política e social da saúde, mas também, conclui-se que, segundo Virchow, ações voltadas apenas para a saúde ou para doença, não resolveriam totalmente os problemas de bem-estar e qualidade de vida.

Não bastava o crescimento econômico como fim, mas lhe é acrescentada a necessidade de uma estrutura que garantisse uma vida saudável. As ações de higienização ou de saúde pública implementadas pelo Estado em cidades importantes da Europa apresentadas por Foucault (2007) demonstram um caráter político e disciplinador do corpo do trabalhador, força produtora do capital, características da sociedade moderna civilizada.

O capitalismo [...] socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. (Foucault, 2007, p. 80).

Por meio das ações do sanitarismo e de medidas de higiene os indivíduos e o ambiente familiar são afetados e os hábitos transformados. E no sentido macro, da coletividade, o Estado com propostas e ações de intervenção no meio se define com responsável que atua como fiscalizador e controlador. Adorno (1999) lembra que a intervenção sanitária como um elemento unificador de poder é resultado de um quadro de situações conflituosas, com tensões políticas entre pobres e ricos, proprietários e assalariados, além da situação de insalubridade. Beguin (1991) afirma que o fundamental é a possibilidade de reverter uma tendência patológica - o Estado assume o papel de controle sobre hábitos, serviços relacionados à higiene, e salubridade da população – para, desse modo, domesticar e modificar as normas de funcionamento da casa, da cidade.

Ao estudar o nascimento da medicina social, Foucault (2007) reconstitui três modelos de organização e intervenção na saúde pública desenvolvidos na Europa: a medicina de Estado, na Alemanha; na França, a medicina urbana e na Inglaterra a medicina da força de trabalho. Essas experiências têm em comum a preocupação dos Estados europeus em intervir na saúde da população no âmbito político, econômico e científico. A medicina de Estado surgiu primeiramente na Alemanha, organizava-se por meio da polícia médica¹. Neste país - bem antes da França e da Inglaterra - se constituiu, nos séculos XVIII, a ciência do Estado.

Estado, como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos, é algo que se desenvolveu, de modo mais rápido e concentrado, na Alemanha, antes da França e da Inglaterra (Foucault, 2007, p.81).

Foucault (2007) destaca alguns fatos para explicar do que ele chama de nascimento da ciência de Estado na Alemanha. Antes de se tornar um Estado unitário durante o século XIX, existiam na Alemanha pequenas unidades de quase-estados. A partir do momento em que surge o Estado efetivamente, houve a necessidade de se contar a população, de se medir, de se comparar

¹ Origem na obra *System einer Vollständigen medicinischen Polizei* de Johan Peter Frank. Derivado do grego *politeia*, a palavra *polizei* tem um sentido ambíguo, uma mescla de política e polícia.

para, assim, lidar como os conflitos e afrontamentos. Uma segunda explicação para o desenvolvimento da ciência de Estado seria o não desenvolvimento econômico. Com o fim da guerra dos 30 anos e os tratados entre a França e a Áustria, acontece uma estagnação do desenvolvimento econômico e a burguesia alemã vê-se desocupada. Por outro lado, os soberanos vivenciavam conflitos constantes e nesse contexto construiu-se um ambiente para a organização dos Estados. A burguesia ofereceu recursos, capacidade, profissionais e tantos outros itens necessários. A intervenção do Estado na Alemanha, segundo Foucault consistia em:

- organização de um completo sistema de observação da morbidade a partir de coleta de dados em hospitais, consultas aos médicos nas diversas regiões e sobre diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos;
- normalização do ensino, do saber e da prática médica, os médicos são controlados pelo Estado, que exerce também normalização sobre atribuição de diplomas.

Na Alemanha, os primeiros profissionais a serem normalizados foram os médicos. Ainda descrevendo as ações do Estado com medidas de saúde pública, conforme analisa Foucault (2007), elas voltavam-se para:

- criação de um departamento especializado que pudesse controlar o trabalho realizado pelos médicos, sejam em informações passadas a população, sejam em tratamentos, sejam em reações ao surgimento de epidemias, entre outras ações. Na verdade, o que se buscava era a subordinação da prática médica a um poder administrativo;
- nomeação de médicos, pelo Estado, como responsáveis por populações de determinadas regiões. Surge, assim, a figura do médico como administrador de saúde.

Na concepção do Estado Alemão, os cuidados da saúde não deveriam ter por objeto a formação de uma força de trabalho, apesar de a indústria estava se

desenvolvendo a todo vapor, em alguns países, como a Inglaterra. O corpo, no caso das ações de intervenção alemãs, é considerado como força estatal, para proteção do Estado em seus conflitos econômicos ou políticos.

A polícia médica é o conceito referente às teorias, políticas e práticas originadas da base política e social do Estado alemão [...] para agir na esfera da saúde e bem-estar e para assegurar ao monarca e ao Estado poder e riquezas crescentes. [...] O desenvolvimento do conceito de política médica representou uma tentativa pioneira na análise sistemática dos problemas de saúde da vida comunitária (Rosen, 1979, p. 169).

Rosen (1979) destaca o desenvolvimento do conceito de política médica a partir da reflexão de vários autores. O trabalho de Johann Peter Frank se sobressai na análise de Rosen, segundo esse autor trabalho de Frank é central no pensamento sobre a dimensão social na relação saúde e doença. Com a publicação de sua obra enciclopédica *System einer vollstandigen medicinschen Polizey*, em 1779, Frank exerceu forte influência com uma abordagem social abrangente das relações sociais da saúde e da doença, que possibilitaram à Alemanha o entendimento de que os problemas de saúde ligados à nova ordem industrial deveriam ser tratados de maneira diferente.

Nos estados germânicos, diferente dos outros países, o Estado absolutista reconhecia a saúde como um direito do povo. A Alemanha e sua *Polícia Médica*, durante os séculos XVII e XVIII, administraram ações de saúde pública nas quais o papel do Estado foi mais trabalhado que na Inglaterra (Rabello, 2006).

Na França, no final do século XVIII, surge uma saúde pública que baseava suas ações na urbanização; voltava-se para as condições do meio, a qualidade da água, do ar, do espaço urbano. Foucault afirma que as razões fundamentais para o desencadeamento da intervenção foram econômicas e políticas. Econômicas porque a cidade - lugar do mercado, onde os comerciantes se encontram, a crescente indústria, o locus da produção - não poderia conviver com o risco da doença, daí a necessidade de se utilizar estratégias com o intuito de controlar a situação. E as razões políticas porque o crescimento da

população operária ocasionava conflitos entre diferentes grupos, proletariado e burguês; principalmente em períodos de recessão, salários baixos e preços altos.

As cidades vão crescendo e ao mesmo tempo cresce o *medo das cidades* e tudo de novo que elas estavam fazendo surgir: do aumento da população, dos cemitérios a céu aberto, medo dos esgotos, medo das fábricas. Tais fenômenos fazem com que a população, principalmente a burguesia, exija medidas de intervenção. Assim sendo, instala-se a *medicina urbana*, a higienização da cidade, que como destaca Foucault, consistia em três grandes objetivos:

- analisar os lugares do espaço urbano onde havia amontoamentos que pudessem causar doenças, incluindo os cemitérios, para reduzir o perigo. Nesta época, ainda não havia a prática de sepulturas individuais, o que passou a acontecer com as ações da medicina urbana;
- controlar a circulação do ar, da água, considerados fontes de miasmas e de doenças. Casas foram destruídas com o objetivo de se abrir longas avenidas para melhor circulação do ar, houve também a destruição de cortiços;
- controlar os lugares onde seriam postos elementos, chamados por Foucault de “distribuição e freqüência”; que seriam, por exemplo: fontes, esgotos, barcos-lavanderia.

O pensamento e a atuação desenvolvidos pelos franceses - como na Grã-Bretanha e outros países – no que diz respeito à política de saúde e social iniciaram-se devido a uma posição mercantilista. Na França, o mercantilismo abordava questões referentes à auto-suficiência, produtividade, assistência pública, política populacional. Para Rosen (1979) são nessas preocupações que se encontra a consciência teórica e prática da interface problemas de saúde e condições sociais.

Para Rabello (2006), a maior contribuição da França para o campo da saúde aconteceu em relação ao diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis. No mesmo período, na Inglaterra, desenvolvia-se a vacina contra a varíola. O Estado quis torná-la obrigatória e apesar de ter recebido críticas por ferir a liberdade individual, o processo de vacinação continuou.

O modelo de intervenção na Inglaterra é chamado por Foucault de *Medicina da força de trabalho*. O foco central desta era controlar o corpo e a saúde dos pobres. Enquanto que a medicina Alemã tinha como foco de atenção o Estado, no caso da França, a cidade, as coisas. O controle sobre a saúde do trabalhador. O corpo que serve à economia, para torná-lo apto ao trabalho e não oferecer nenhum risco a saúde da burguesia, das classes mais ricas.

Nessa lógica a organização das cidades visando à proteção da saúde é uma questão pública da nova ordem industrial capitalista. Os mesmos ideais que criaram a economia de mercado, a fábrica e o mundo urbano moderno geraram os problemas que demandavam novos meios de proteção e prevenção da doença.

A primeira cidade, na Inglaterra, que sofreu a intervenção na solução dos problemas foi Manchester, cidade industrial (Rosen 1979). No caso da Inglaterra, Foucault destaca entre as ações de intervenção:

- o controle da população para vacinação, como um ato obrigatório;
- a localização de lugares insalubres e conseqüente destruição dos possíveis focos de epidemias;
- a organização de um registro das doenças, e ainda, controle da população de maneira que todos se registrem.

Béguin (1991), ao analisar as ações desenvolvidas na Inglaterra, afirma que era importante a intervenção para o desenvolvimento educacional, moral, social e econômico das cidades. Acrescenta ainda que “só o Estado dispõe de poder

necessário para impor aos proprietários e aos construtores as novas normas de saneamento.” (p. 45).

A intervenção não é neutra e, muito menos, possui como resultado principal a saúde da população trabalhadora, não é uma ação livre de interesses econômicos. Conforme observa Foucault (2007), delineiam-se dois objetivos: como tornar a pobreza útil, fixando-a ao aparelho de produção e, por outro lado, a preocupação com a saúde e o bem-estar físico da população como essência do poder político. O poder que no início da Idade Média tinha como função a guerra e a paz, no final da Idade Média voltava-se para a ordem e o crescimento/enriquecimento, vê surgir uma nova função à disposição da sociedade bem estar físico, saúde e longevidade. O que era garantido pela *polícia*, mas não como uma instituição policial, e sim, como um conjunto de regras e mecanismos para garantir ordem, crescimento das riquezas e manutenção da saúde coletiva.

[...] as atividades da polícia se repartem, facilmente, segundo 3 grandes direções: respeito da regulamentação econômica (circulação de mercadorias, procedimentos de fabricação, obrigações profissionais entre eles e com relação à sua clientela); respeito das medidas de ordem (vigilância dos indivíduos perigosos, caça aos vagabundos e eventualmente aos mendigos, perseguição dos criminosos); respeito às regras gerais de higiene (cuidar da qualidade dos gêneros postos à venda, do abastecimento de água, da limpeza das ruas) (Foucault, 2007,p. 197).

Seguindo com a análise de Foucault, o Estado moderno apresenta a saúde com uma dimensão normativa, disciplinadora por meio de estatísticas, de esquadrinhamentos, de autoritarismo sanitário, uma vez que garantir hábitos, ambientes saudáveis era produtivo ao capitalismo emergente, ao processo de acumulação de riquezas das nações. Para Bobbio (2000), é no final do século XIX e início do século XX que o Estado, com uma disposição a intervir no equilíbrio do sistema econômico, acumula funções sociais, mas reforçando, ações voltadas para a valorização do capital.

Roncaglio, Neuert, Martins (2001) afirmam que na construção da saúde pública do Brasil houve confluência ou a justaposição dos três tipos apresentados por

Foucault, destacando ainda que eles não são estanques e nem indissociáveis. As ações voltadas para a saúde pública no Brasil ao longo da história estiveram em segundo plano, sendo prioridade questões de âmbito econômico.

No Brasil também vivenciou-se períodos de endemias ou epidemias como empecilho ao crescimento da produção, os governos direcionavam políticas de intervenção. Como exemplo, tem-se o caso do Rio de Janeiro, que no início do século XX apresentava grande número de casos de doenças graves como: febre amarela, varíola, malária, ocasionando sérios problemas ao comércio exterior, já que os navios não atracavam nos portos do Rio de Janeiro em função da situação sanitária. Para solucionar o problema, é instaurado por Oswaldo Cruz o modelo de intervenção denominado campanhista. Este modelo teve uma reação contrária por parte da população na época, que chegou a gerar uma revolta urbana no Rio de Janeiro contra a vacinação.

Na verdade, esses modelos influenciaram toda a formação do Estado moderno nas intervenções de saúde pública voltadas para o indivíduo, a família e a sociedade. No século XX, órgãos de governo se vêem obrigados a combater as causas das doenças, já que estas foram identificadas como algo eliminável, sendo consequência de problemas relacionados ao desenvolvimento econômico. Este combate, no entanto, se deu num campo de interesses e conflitos sociais, desde a revolta da vacina, até o pensamento da Reforma Sanitária e sua perspectiva crítica.

1.3 Construção do conceito de saúde e sua dimensão social

Vamos buscar a construção destes campos de debate e conflito começando por Scliar (1999) que pondera que os grupos humanos perturbados pelas enfermidades sempre buscaram explicar a morte, a doença ou a cura. De maneira geral, reconhecendo cada contexto histórico em que surgem tais explicações, este autor divide em três períodos estabelecidos pela humanidade na construção social sobre a relação saúde/doença. Modelos que não se sucedem automaticamente ao longo do tempo, que podem coexistir em uma

mesma sociedade, pois a procura pela cura das doenças é uma prática muitas vezes condicionada pela cultura². Mesmo na atualidade, com a sociedade vivenciando uma racionalidade médica mais avançada do que na antiguidade, há grupos religiosos que buscam explicação mítica para as doenças e a cura. Para Scliar os períodos são:

1. O modelo mágico-religioso: a doença é vista como resultado da ação de espíritos malignos. Para este modelo, o tratamento fica nas mãos de um sacerdote ou de um feiticeiro (xamã), que por meio da mobilização de espíritos benígnos que combatem a doença.
2. O modelo empírico: iniciado na história ocidental pela medicina hipocrática, fundamentado na observação direta, se opunha à especulação filosófica que colocava as idéias como superiores a realidade objetiva, como também se diferencia das explicações religiosas do fenômeno saúde/doença. Um exemplo atribuído a Hipócrates é o texto conhecido como “A doença sagrada”, que trata sobre a epilepsia. Em suas observações destaca que não acredita que a doença sagrada possua de verdade esta característica, como qualquer doença possui uma causa definida. Nesse modelo, apesar de ocorrer a separação com a visão mítica, não é ainda a ciência no sentido que se confere ao termo na atualidade, que remete a revolução científica do século XVII.
3. O modelo científico: introduzido pela modernidade, é uma consequência da mencionada revolução científica e tecnológica ocorrida no Ocidente e se expressará, por exemplo, com as idéias pausterianas e na medicina experimental de Claude Bernard. Scliar aponta que em Descartes o corpo e a mente são vistos em dualidade, é a partir da racionalidade científica que a anatomia se desenvolve. E com Pauster, no século XIX, revelava a existência de microorganismos causadores de doenças.

² Scliar utiliza em seu trabalho o significado para cultura fundamentado em Tylor e Geertz: “E.B.Tylor (cit. em Helman, 1994, p. 22): “O conjunto de conhecimentos, crenças, artes, moral, leis e costumes e toda e qualquer habilidade ou hábito adquiridos pelo ser humano como membro de uma sociedade.” Textos mais recentes enfatizam o aspecto semiótico da cultura, que funcionaria como uma “teia de significados” (Geertz, 1973, p. 5). A prática cultural teria assim o significado de uma mensagem identificadora” (Scliar, 1999,p. 10).

Os tipos apresentados por Scliar são utilizados para demonstrar a construção social do conceito de saúde, conceito que, conforme os avanços da ciência e apreensão da realidade pelos homens vai se modificando ao longo do tempo. Para Nunes (1998), desde o século XIX, estudiosos alemães como Virchow, Neumann e Leubuscher defendiam o caráter social da medicina, no sentido de construir conhecimentos que estabelecessem relação entre as doenças e a situação sanitária do meio urbano.

Ao longo da história, na Alemanha, na Inglaterra e na França, antes de estudos sobre agentes infecciosos, estudos sobre demografia da mortalidade e morbidade tiveram início com Graunt, ainda no século XVII. Em 1824, Snow estuda o cólera; em 1840 Villemé volta-se para as condições das fábricas; em 1844, Engels descreve as condições insalubres que viviam os operários ingleses; Durkheim publica, em 1897, estudo sobre suicídio que também aborda a dimensão social da saúde e da doença.

No entanto, ao se fazer uma análise de trabalhos como de Foucault (2007), Beguin (1991) e Rosen (1979), é possível perceber que o foco das ações de intervenção do Estado, de análises teóricas e de pesquisas voltava-se muito mais para o aspecto curativo (conseqüente prevenção) das questões sanitárias nas cidade, do que para a promoção de saúde³. Na verdade, é possível definir as medidas de intervenção na Europa, a partir do século XVIII e século XIX, como medidas de higiene social.

O sentido de promoção de saúde aqui considerado está de acordo com o entendimento de Buss (2000) e de Rabello (2006), ou seja, a promoção da Saúde deve ser entendida como uma estratégia que possa conferir *empowerment*⁴, prover os povos de meios para melhorar suas condições de

³ Cabe aqui definir o conceito de Promoção da Saúde, que pode ser interpretado seguindo duas linhas de interpretação centrais: o primeiro grupo considera que a Promoção da Saúde possui um discurso de ordem neoliberal, individualista que responsabiliza o indivíduo pelo cuidado das questões de saúde, Castiel (2003) é um dos autores que representa esta linha; o segundo grupo representado por Buss (2000), afirma que o ideário da Promoção da Saúde representa uma possibilidade para o enfrentamento de problemas que afetam a saúde da população, este autor ainda relaciona a valores como qualidade de vida, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (Carvalho, 2004).

⁴ A categoria ou estratégia *empowerment* deve ser utilizada com alguma precaução, uma vez que existem duas principais correntes interpretativas, na caracterização dessas variantes - como é como em todo o campo da saúde - há conflitos, jogos de interesses permeados pela dimensão de poder, onde circula a criatividade, a potência libertadora e, o controle, a regulação do social. (Carvalho, 2004).

saúde, que os cidadãos possam, assim, ter controle e responsabilidade sobre sua saúde. Entendemos que higiene pode ser considerada como a arte de conservar a vida. Em uma visão histórica, a higiene caminha como um instrumento de uma consciência ou mentalidade sanitária. De acordo com Arouca:

A higiene não é uma ciência, mas a aplicação de todo conjunto das ciências na manutenção do bem-estar, mito de uma unidade do conhecimento em prol do bem viver, espaço que se superpõe e acompanha a vida, difusa no próprio espaço dos homens (Arouca, 2003, p. 114).

Relembrando aqui que na linha dos debates sobre saúde e doença, havia duas teorias diferentes. A teoria dos miasmas/anticontagionistas dizia que as doenças eram originárias de gases produzidos por materiais em decomposição/putrefação e pelas águas paradas e poluídas. Os contagionistas entendiam que as doenças eram transmitidas pelo contato com o doente, sua respiração ou objetos que ele tocasse⁵. Para Lima (2006), essas explicações não eram necessariamente antagônicas, pois um médico atribuía ao contágio a origem de determinada doença, em outros casos, explicava como consequência de miasmas.

Segundo Nunes (1998), com estudos de Pauster inicia a Era do Germe, na qual o foco principal não é mais a pessoa, e sim as doenças. Seguiu-se por muito tempo uma explicação para o sentido do termo saúde, fortemente fundamentada em idéias biologicistas. “A doença teria uma só causa, com um germe originando cada etiologia. Decorre dessa noção que saúde era a ausência da doença, isto é, a ausência de um agravo causado por um germe” (Santos e Westphal, 1999, p. 73). As idéias defendidas por Pauster resultam em uma ruptura epistemológica, o reencontro com a dimensão social da saúde, seria para, aproximadamente, cem anos depois (Nunes, 1998).

[...] apesar de existir uma consciência a respeito das relações doença e da saúde com a sociedade, as três últimas décadas

⁵ Não é difícil avaliar as consequências de um debate aparentemente restrito a pressupostos etiológicos. Com efeito, posições anticontagionistas desempenharam papel decisivo nas propostas de intervenção sobre ambientes insalubres - águas estagnadas, habitações populares, concentração de lixo e esgotos - e nas propostas de reforma urbana e sanitária, nas cidades européias e norte-americanas, durante o século XIX. (Lima, 2006, p. 31).

do século XIX [...] foram caracterizados por um ambiente social e cultural desfavorável para a transformação desta consciência em um conceito preciso que permitiria uma aplicação médica prática. [...] Ao mesmo tempo, a extraordinária rapidez com que as ciências naturais se desenvolviam deu a elas enorme prestígio junto à medicina. A este fato adicionou-se o aparecimento da bacteriologia, que parecia ser a resposta ao problema da causação da doença. Sob tais condições, não foi difícil passar o doente e seu ambiente para um plano secundário e estabelecer uma relação de causa e efeito entre germe e doença. A doença, e não o paciente, se torna assim a preocupação principal do médico (Rosen, 1979, p. 115).

Coelho e Almeida Filho (1999) assinalam que em oposição ao ideário vigente à época, Canguilhem defende sua tese de doutorado, em 1943, onde afirma que o patológico e o normal são dois fenômenos qualitativamente opostos. Com tal afirmação, o autor contraria a teoria que dizia ser possível reduzir o estado patológico a meras variações quantitativas dos fenômenos normais⁶.

Segundo Canguilhem (1943), a redução comtiana da natureza qualitativa do normal e do patológico a uma perspectiva quantitativa seria devida a dois fatores: à necessidade do organicismo se afirmar pela oposição à concepção vitalista e ao desejo terapêutico de intervenção sobre o patológico. Com relação ao primeiro fator, como a doença era associada ao demônio e ao pecado, a afirmação da identidade quantitativa entre o normal e o patológico teria servido para engendrar uma concepção monoteísta de recusa do mal. [...] Com relação ao segundo fator, antes de Comte, pensava-se que o patológico e o normal obedeciam a leis completamente diferentes, e que intervir no patológico não produziria efeitos de normalização, já que se tratava de naturezas distintas (Coelho, Almeida Filho, 1999, p. 17).

Para o francês Canguilhem (1978, 1990), a saúde nada mais é que uma questão filosófica, um termo sem conceito que surge na relação subjetiva/individual do encontro entre médico e paciente ou médico e doente. A saúde como questão filosófica considera em sua definição o genótipo, a relação do indivíduo com o meio, a história de vida do sujeito; logo, tal idéia

⁶ “De acordo com a cuidadosa argumentação de Canguilhem (1943), não seria a ausência de normalidade que constituiria o anormal, ou seja, o patológico também seria normal, pois a experiência do ser vivo incluiria a doença. O patológico implicaria uma certa forma de viver, pois não haveria vida sem normas” (Coelho e Almeida Filho, 1999, p. 19).

não impossibilita a compreensão de uma saúde científica. “Enquanto a saúde filosófica compreende a saúde individual, a saúde científica será a saúde pública, ou seja, uma salubridade que se constitui em oposição à idéia de morbidade” (Almeida Filho, 2000, p.4).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde – OMS apresentou uma definição para o termo saúde, aceito universalmente, ao afirmar ser saúde um completo bem estar mental, físico e social. O significado proposto recebeu algumas críticas, por ser considerado utópico, inatingível. Em oposição ao conceito apresentado pela OMS, o professor de filosofia da biologia e filosofia da medicina, Christopher Boorse, em 1977, publica o texto “Health as a theoretical concept”, defendendo a tese de que saúde é a simples ausência de doença.

Em sua ofensiva contra a positividade do conceito de saúde, Boorse critica ainda propostas de equivalência entre saúde e boa-vida” (no sentido do ideal platônico) como ingênuas, expressão de “vã esperança” de atribuir objetividade científica a valores pessoais e morais. No que se refere às bases lógicas de conceitos de saúde como excelência física, mental ou moral, Boorse (1977) identifica um problema de consistência: *trata-se de uma tendência a condensar em um único termo uma noção de valor neutro, liberdade de doença, e a mais controversa de todas as prescrições – a receita para um ser humano ideal* (Almeida Filho; Jucá, 2002,p. 882).

A perspectiva da “saúde-como-ausência-de-doença” pode parecer conceitualmente confortável, mas deve-se reconhecer que tal teoria não considera processos e fenômenos referidos à vida, à saúde, à doença, sofrimento e à morte. Não se pode limitar a saúde como o oposto de doença, esta é sem dúvida uma concepção herdada do modelo biomédico tradicional. O trabalho de Boorse recebe críticas ferozes desde sua publicação, mas também há os que o defendem apaixonadamente, o que demonstra as controvérsias entre os estudiosos, filósofos e cientistas sociais que se interessam pelo campo da saúde.

Nos anos 1970, a publicação de um documento chamado Relatório Lalonde (Canadá, 1974) define o modelo do campo da saúde e estabelece as bases do movimento que foi chamado Promoção da Saúde. Marc Lalond, então ministro de Saúde e Bem-Estar do Canadá, decompõe a saúde em quatro pólos:

biologia humana, sistema de organização dos serviços, ambiente e estilo de vida (Almeida Filho, 2000), (Rabello, 2006).

A Promoção da Saúde opõe-se à prática médica estritamente. Neste sentido, as ações de saúde vão além da cura de doenças, pois possuem uma dimensão com atividades sociais, cuidados com a família, com a comunidade. Para Buss (2000,p.165), a promoção da saúde pode ser definida como:

A promoção da saúde como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus contornos nesse final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Em 1978, com a presença dos Estados membros da Organização Mundial de Saúde, acontece a I Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata, cidade da ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Nela se reafirmou a saúde como um direito fundamental e sua determinação social, econômica e ambiental, enfim, como uma determinação intersetorial. O lema dessa conferência era “Saúde para todos nos anos 2000”.

Para este trabalho, entende-se que saúde é determinada por questões sociais, econômicas, políticas. A saúde é um direito que não deve ser reduzido à mercadoria, ou a simples estatísticas, nem deve ser considerada como oposto a doença. Apesar de, ainda nos dias atuais, principalmente entre leigos, a saúde ainda ser considerada como oposto de doença.

O ser vivo não vive em meio a leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis. Sob essa análise, saúde e doença responderam às transformações no meio ambiente; às inserções das pessoas socialmente [...]; constituindo estados sociais (Rabello, 2006, p. 19).

Os determinantes da saúde e da doença não estão limitados ao biológico, mas são também resultantes da interação do homem com o meio, ou seja, a interação de um organismo com fatores internos e externos ao biológico.

[...] o aparecimento de doenças em uma população e em uma época não é somente fruto de um fenômeno específico que possui determinada etiologia, incidência, prevalência e mortalidade a serem estudadas de acordo com a idade, sexo, classe social, profissão, modo de vida ou outros fatores ligados de uma forma ou de outra à estrutura, cultura e psicologia de uma sociedade. Se a doença surge e afeta as condições ou relações sociais em que o ser humano vive, então ela é um fenômeno social que deve ser estudado enquanto tal e enquanto fenômeno só completamente inteligível em um contexto bio-social (Rosen, 1979, p. 51).

Starfield (2002) assume em sua análise a mesma posição sobre um conceito de saúde mais amplo, no qual a saúde é vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela. A saúde abrange os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas:

A estrutura genética é altamente influente, tendo evoluído por milhões de anos, e determina os limites dentro do que os serviços de saúde podem alcançar na melhora da saúde. A estrutura genética continua a evoluir, e a condição de amanhã, em termos de potencial para a saúde, deverá, provavelmente, ser diferente do que é hoje. [...] Além disso, a tecnologia moderna torna cada vez mais possível interferir com a expressão genética por meios como modificação do meio ambiente, alteração de comportamento e o uso de determinados tipos de atenção médica. [...] a saúde de um indivíduo ou uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificada pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida.

As perspectivas de saúde como direito social têm grande influência no movimento sanitário brasileiro na década de 1970, que a trata como um conceito amplo considerando determinações sociais, políticas e econômicas. Esta é a perspectiva na qual o Projeto Montes Claros está inserido.

Ao descrever o significado do conceito em diferentes épocas, demonstramos a historicidade na concepção de saúde e que as práticas estabelecidas, muitas vezes, dependem do conhecimento disponível em cada período e dos interesses dominantes. Ao considerar a definição de saúde de maneira ampla, não limitada ao biológico, a relação desenvolvimento e saúde se demonstra patente.

Para melhor apreensão da dimensão política do movimento sanitário nos anos 1970, tomamos o conceito de intelectual orgânico gramsciano. No que diz respeito à saúde, é tratada como um campo onde forças conflitantes lutam, conforme teoria de Pierre Bourdieu. O intelectual orgânico na visão gramsciana assume uma postura de luta e ação política.

A saúde é vista, nessa abordagem, como objeto de ação política. Como observa Semeiro (2006, p.387):

O intelectual que emerge dos escritos de Gramsci é "orgânico" (voltado a impulsionar a sociedade inteira, não apenas uma parte), democrático (determinado a superar a relação de poder-dominância) e popular (sintonizado com a cultura e os projetos hegemônicos dos "subalternos").

Tratamos a saúde partindo do conceito de campo de Bourdieu (2004, 2005). O conceito de campo é distinto, uma vez que delimita algumas práticas sociais e sua interface com a implementação de certos interesses que configuram um espaço social conflitivo. No campo, um poder simbólico manifesta-se através de produção e reprodução de palavras que se legitimam, o que alcança resultados equivalentes ao que é obtido pela força física ou econômica.

A categoria analítica campo, conforme definição de Pierre Bourdieu (2005), ao ser utilizada em estudos sobre a saúde possibilita compreender a dimensão multidisciplinar e conflituosa que permeia este campo, pois ele está inserido em um contexto maior que são as necessidades sociais e, ao mesmo tempo, não está totalmente sujeita às demandas políticas e econômicas, apesar de em alguns casos depender delas. É partindo desta premissa que trataremos da trajetória da construção do campo da saúde no Brasil.

CAPÍTULO II

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NO BRASIL

Na medida em que os cientistas sociais tornam-se crescentemente conscientes da relação entre a saúde e o processo de desenvolvimento, parece, agora, apropriado examinar a saúde pública e higiene em sociedades pré-industriais. Através de tais estudos os historiadores médicos podem determinar o impacto dos avanços da saúde européia e americana sobre outros países. Além disso, especialistas regionais entenderão melhor os fatores sociais, econômicos e políticos que influenciaram a ação ou a passividade governamental em saúde pública dentro de suas áreas de interesse (Blount, 1971, apud. Nunes, 2000, p. 252).

INTRODUÇÃO

O leitor não irá encontrar nas próximas páginas uma descrição detalhada sobre a história da saúde pública brasileira, pois o objetivo principal na elaboração deste capítulo foi identificar debates sobre a relação desenvolvimento e saúde na construção da saúde pública brasileira. Vamos tratar do início da saúde pública no Brasil até as primeiras conquistas previdenciárias, de acesso gratuito ao sistema de saúde, ligadas às conquistas dos trabalhadores. Ao

procurar identificar esta relação, buscamos descrever como a saúde foi construída no país como um direito limitado pelo acesso ao mercado de trabalho, constituindo assim uma “cidadania regulada”. Procuramos entender a relação entre as primeiras organizações de saúde no país e a concepção de desenvolvimento.

A idéia proposta na elaboração desta seção é que para a compreensão da saúde pública no Brasil é preciso considerar sua história, a conjuntura social, política e econômica, as transformações estruturais que passam a sociedade brasileira. E, ainda, levar em conta o modelo de desenvolvimento construído para o país, que no caso do Brasil desde a primeira república, com a busca pelo progresso e, mais recentemente com o discurso voltado para políticas sociais no final dos anos 1970, o desenvolvimento social pretendido em relação ao desenvolvimento econômico.

Apesar de haver estudos que tratam diretamente da relação desenvolvimento e saúde, são poucas as pesquisas que abordam suas conexões. Autores como Sen (2000) e Kliksberg (2001) estabelecem algumas relações entre saúde e desenvolvimento. Para Sen, os serviços de saúde são produtivos para o crescimento econômico, ao afirmar a dimensão social imprescindível para o efetivo desenvolvimento social, “o processo conduzido pelo custeio público é uma receita para a rápida realização de uma qualidade de vida melhor [...]” (p.66). Kliksberg, entre outras observações, considera a saúde um bem decisivo. Para afirmar essa idéia cita Sachs (1999) que considera, por exemplo, um dever “transformar num problema público o desenvolvimento e a aplicação de vacinas para epidemias” (p. 85).

Veiga (2006) diz que até os anos 1960 não havia uma distinção entre crescimento econômico e desenvolvimento. Casos de países como o Brasil, que na década de 1950 apresentou maior industrialização e crescimento econômico, mas não atingiu igual desenvolvimento e possibilidades da população ter maior acesso a bens materiais, culturais e serviços, como saúde, fizeram com que surgisse a controvérsia em torno do real significado para desenvolvimento.

Nesse sentido, a saúde em sua dimensão ampla relacionada ao acesso de serviços e direitos sociais, acaba condicionada a segundo plano, em uma agenda de governantes preocupados com a perspectiva de desenvolvimento voltada para o crescimento econômico.

Na década de 1970, assistiu-se ao surgimento de um novo paradigma: o da integração de aspectos sociais aos econômicos na definição de desenvolvimento. A Organização das Nações Unidas estabeleceu um projeto para identificação de uma abordagem unificada de desenvolvimento, no entanto, o efeito foi contrário, pois houve uma dispersão que se voltou para questões como crescimento demográfico, fome, meio ambiente, salubridade, entre outros. Em 1974, retomando a idéia de um princípio unificador, com a Declaração de Cocoyoc definiu-se que desenvolvimento não deveria ser associado apenas para as coisas, mas deveriam ser consideradas as necessidades do ser humano (Esteva, 2000).

O índice de desenvolvimento humano – (IDH) lançado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 1990 – tem como parâmetro, além da renda, indicadores referentes à educação e à saúde, para assim, evitar a ênfase econômica como critério de aferição. Apesar de diminuir a ênfase na dinâmica econômica, ela não é deixada de lado, percebe-se que fica reconhecido que apenas a acumulação de riqueza não dará conta de um efetivo desenvolvimento, mas não fica descartado o crescimento econômico. “Ficara patente, enfim, que as políticas de desenvolvimento deveriam ser estruturadas por valores que não seriam apenas os da dinâmica econômica” (Veiga, 2006, p. 32). Tal iniciativa reforça a idéia que permeia todo este trabalho, saúde e desenvolvimento estão imbricados, mesmo quando o desenvolvimento é entendido apenas como progresso ou crescimento econômico, pois trabalhadores sem condições adequadas de saúde “atrasam” e afetam negativamente a produtividade.

Apesar de, nos dias atuais, ser possível constatar que a *meta de saúde para todos no ano 2000*, proposta na Conferência de Alma Ata, não tenha sido alcançada, tal fato demonstra a importância de debates e reflexões sobre a

relação saúde e desenvolvimento. Rabello (2006) destaca sobre a importância de estudos sobre saúde pública:

Teorizar sobre saúde pública é uma tarefa necessária. Atualmente, na área da atenção à saúde, a explicação biológica coexiste com explicações que enfatizam os aspectos econômicos-sociais na etiologia das enfermidades, embora tenha ainda seu caráter proeminente. Desse modo, a medicina social com trabalhos de Michel Foucault [...] entre outros, propõe uma importante redução do poder da medicina científica, centrada no paradigma flexeneriano (p. 22).

Santos e Westphal (1999) argumentam que a relevância de respostas dadas aos problemas de saúde decorrem do conceito de saúde vigente. O contexto sócio-econômico, político e tecnológico direcionam a prática sanitária.

Isto posto, entende-se que o papel do Estado é relevante com medidas de intervenção que possam contribuir para a qualidade de vida das pessoas, e contribuir para um desenvolvimento que possua efetivamente a preocupação com o social. Enfim, a efetivação de estratégias de saúde pública que considerem no desenvolvimento e o bem-estar social.

Não há como negar que as condições de saúde de determinada sociedade sofrem influências das características ambientais, sociais e econômicas, como níveis de renda e riqueza da população. O acesso aos níveis de educação e oportunidades de trabalho disponíveis para seus membros podem influenciar as condições de saúde de um determinado país. Porém, acumulação de riquezas não gera automaticamente iguais possibilidades no acesso aos serviços de saúde. A diferença em anos de sobrevivência para homens afro-americanos em comparação com o estado indiano do Kerala e China, economias mais pobres, onde a população masculina vive faixas etárias mais elevadas do que os afro-americanos, analisada por Amartya Sen (2000) confirma: nem sempre acumulação de riqueza garante acesso a serviços de saúde de qualidade e que seja universal.

Os casos de países da Europa do século XVIII e XIX, com o advento do progresso econômico, da industrialização e da urbanização, também podem ser usados como exemplo, pois tais avanços trouxeram acumulação de

riquezas, no entanto, não ocasionaram melhorias nas condições de saúde, ao contrário, a situação era de caos. Mesmo hoje nos chamados países desenvolvidos, o debate em torno da relação saúde e desenvolvimento ainda não está concluído.⁷

No Brasil, encontramos a relação desenvolvimento e saúde em alguns autores como Nunes (2000), que com base em estudos realizados por Luz (1982), afirma que a bibliografia sobre a história institucional da saúde do Brasil é limitada ao período do século XIX até os anos 20 do século XX, principalmente nos anos 1970, para esse autor, a questão saúde é preterida na história. Moraes (1983) pondera sobre a ausência da questão da saúde em bibliografias históricas brasileiras como um indício de negligência em considerações sobre esse tema. Tal afirmativa pode ser considerada também referente a estudos que tratam saúde e desenvolvimento, principalmente nos anos 1970.

Para apresentar a questão saúde e desenvolvimento no Brasil, que é o foco principal desta seção, foram adotados três períodos:

1. Durante a primeira República (1889 - 1930), quando surge o primeiro movimento pelo sanitarismo no Brasil, no qual é defendida a tese de que o progresso do país dependeria da solução de problemas de insalubridade, não apenas nos grandes centros, mas também no interior.
2. Em segundo lugar, o desenvolvimentismo sanitaria do período de 1945 a 1964 é apresentado como oposição ao sanitarismo dos anos anteriores. Para os intelectuais críticos do higienismo como meio de progresso, ações voltadas apenas para a saúde não resolveriam os problemas do atraso do país. Os investimentos na economia, sociais, na saúde e em outras áreas ocasionariam o desenvolvimento e melhores condições de saúde. Este projeto perde força no campo político brasileiro com o golpe militar de 1964.
3. Em terceiro lugar, já na década 1970, surge o movimento pela Reforma Sanitária brasileira e pela redemocratização do país. Esse movimento seguia a linha das idéias do desenvolvimento sanitaria. Em uma

⁷ Veja o caso da reforma de saúde do Governo Obama nos EUA. Clinton tentou e não conseguiu e agora a oposição é fortíssima. Lá a idéia não é universalizar a saúde. Somente quem não pode pagar por um plano de saúde (que passa a ser obrigatório) tem um pago pelo governo.

perspectiva, que poderíamos chamar do Desenvolvimento Social, enfim, investimentos apenas na saúde não transformariam os problemas do desenvolvimento e atraso do país. Além do acesso universal a assistência à saúde, defendiam, também, a redemocratização e contestavam a ditadura militar.

2.1 Primeiras intervenções de saúde pública no Brasil: a busca pelo progresso passa pela higienização

A assistência à saúde no Brasil, até a chegada da família real (1808), era praticada sem qualquer regulamentação. Em alguns casos, recorria-se a curandeiros e pajés que tratavam as enfermidades com plantas, ervas, rezas e feitiços. Entre os que praticavam essas tarefas, havia o personagem conhecido como barbeiro que desenvolvia técnicas como sangria, comumente utilizada na Europa, mas atendia apenas a parte da população que possuía condições financeiras para remunerá-lo; os jesuítas também traziam conhecimentos de prática médica, utilizando-os como forma de disciplina e isolamento no cuidado aos doentes (Baptista, 2005). Percebe-se que o cuidado referente às questões de saúde e doença ficava a cargo do indivíduo, não possuía uma dimensão coletiva.

Para Carvalho (2008), a saúde começa a ser tratada como responsabilidade do poder público no Brasil a partir do momento em que se tomou consciência da interdependência social revelada pelas doenças contagiosas, que um indivíduo doente poderia afetar os outros. Assim, concluiu-se que apenas um doente era mais que um problema individual, era um problema público.

Em a *Era do Saneamento* - 1910 e 1920, estudo de Gilberto Hochman (1998) sobre a origem da construção institucional de políticas de saúde pública no Brasil, é tratado sobre a interdependência entres os indivíduos doentes, o que poderia causar danos à saúde dos demais. Dessa maneira, demonstra o significado da doença como um assunto não limitado ao ambiente privado, e o Estado deveria utilizar estratégias para o bem da coletividade. Hochman está

plenamente consciente de ao descobrir a questão da interdependência não ocorre necessariamente uma estatização das iniciativas de enfrentamento das situações de carência e destituição social (Marques, 1999). Já que, segundo Marques, estatização é:

(...) produto de uma análise dos custos e benefícios dessa e das demais alternativas presentes para os atores em cada situação histórica específica. A provisão estatal de bens e serviços é a alternativa adotada quando os benefícios da sua produção superam os seus custos, assim como ultrapassam os custos da não adoção das políticas. No caso estudado, esses últimos correspondem aos custos de convivência com a interdependência social e espacial das doenças sem solução alguma, ou com uma solução não coercitiva, ou mesmo individual, que enfrente sérios problemas de escala, coordenação e ação coletiva (Marques, 1999, p. 183).

Nunes (2000) afirma que a emergência de um projeto de medicina social para o início do século XIX, sobretudo ligado a idéias de higiene pública do espaço urbano, aconteceu com o novo quadro de transformações que se impôs com a transferência da Corte portuguesa. A corte, quando se tratava de saúde, voltava-se para ações muito mais negativas que positivas:

O estudo detalhado de documentos, periódicos, cartas, ofícios e teses irá evidenciar que o tema da saúde, por si mesmo, não forma parte do projeto colonial, e somente pode ser registrado no momento em que, a medicina se volta sobre a cidade, disputando um lugar entre os organismos de controle da vida social. Considera, assim, que embora a saúde da população, especialmente no combate à lepra e à peste, e a existência de algum controle sanitário em relação aos portos, ruas, casas e praias, tenha sido objeto de atenção da administração portuguesa em fases anteriores, a transformação do objetivo da medicina, da doença para a saúde, irá ocorrer somente no século XIX, quando o conhecimento da colônia é colocado como fundamento necessário para uma intervenção dirigida para o aumento da produção, para a defesa da terra, para a saúde da população (Nunes, 2000, p.253).

A ausência no Brasil colônia, por muito tempo, de uma política de saneamento acarretou o surgimento de várias doenças como varíola, malária, febre amarela. Para Baptista (2005), as primeiras ações de saúde pública que aconteceram na Europa (Foucault, 2007) também foram implementadas no Brasil colônia, voltando-se especialmente para: I) proteção das cidades

portuárias, onde ocorriam a comercialização e circulação de mercadorias; II) controle dos ambientes, incluindo doentes e doenças; III) racionalidade e construção de conhecimentos sobre doenças, de maneira que possibilitassem intervenções mais eficazes. Gilberto Hochman (1998) aborda que a organização institucional da saúde pública no Império, com iniciativas emergenciais sobre o meio ambiente, buscava eclodir as epidemias de febre amarela, varíola, basicamente nas cidades litorâneas, com maior atenção para as zonas de expansão econômica.

Um exemplo dessas medidas aconteceu em 1886, com a criação do Conselho Superior de Saúde Pública, dividiu os serviços sanitários em ações voltadas para higiene com duas inspetorias, uma voltada para higiene marítima e outra para higiene terrestre. [...] “os médicos do período compreendido entre 1886 e 1947 puseram em circulação, na condição de agentes mediadores do processo civilizador, a cultura da higienização da sociedade” [...] (Larocca, 2009, p.11).

Com a proclamação da República em 1889, destacam-se a necessidade de fortalecimento do Estado e a consolidação econômica da burguesia cafeeira. Nesse período, o modelo de desenvolvimento do país era basicamente agro-exportador, abastecendo o mercado externo com produtos agrícolas, principalmente o café, Baptista (2005).

Em síntese, a saúde pública nessa fase é reflexo de um Estado de cunho liberal, que começa a intervir na situação de saúde em momentos extremos, quando epidemias afetavam a saúde dos trabalhadores, afetando também a produção, a circulação e a exportação de mercadorias.

As políticas de saúde ganham ainda mais espaço nesse contexto. A lavoura de café e toda a base para armazenamento e exportação do produto, dependentes do trabalho assalariado, necessitava cada vez mais de mão-de-obra, e as epidemias que se alastravam entre os trabalhadores, devido às péssimas condições de saneamento, prejudicavam o crescimento da economia (Baptista, 2005, p. 14).

Logo, se havia ações voltadas para a saúde do trabalhador, eram resultados indiretos da política voltada para resolver o problema da circulação de

mercadorias. Não havia medidas voltadas para o efetivo tratamento do doente. Se, por exemplo, começavam campanhas quando o trabalhador era afastado por quarenta dias do ambiente em que habita e circula – era uma estratégia para evitar a circulação e propagação de doenças. Essa estratégia chamava-se a quarentena.

No cenário internacional, descobertas científicas, a expansão econômica, transformações de hábitos, percepções, surgimento de novas áreas do conhecimento, tais como: microbiologia, bacteriologia, higiene; são definidos por alguns teóricos como revolução técnico-científica. A meta no Brasil do final do século XIX e início do século XX era ‘perseguir’ esse ideal de progresso que circulou nas sociedades ocidentais a partir do século XVIII, e segundo alguns intelectuais da época, para alcançá-lo era preciso passar pela higienização (Larocca, 2009).

Na busca do progresso, os políticos e os intelectuais brasileiros – com destaque para os médicos – estabeleceram alianças estratégicas que produziram explicações sobre o “atraso” brasileiro, bem como apresentaram idéias sobre as possibilidades de civilizar o território. As fórmulas propostas, importadas na sua grande maioria da Europa, seriam capazes de mudar o descompasso em que julgava se encontrar a nação brasileira. [...] A idéia de progresso possuía várias facetas, entre elas estava a capacidade do ser humano usar a razão para assumir a direção de sua vida social com impacto na marcha nacional rumo ao futuro. Se atualmente se apresentam como noções aparentemente vagas, à época estudada se apresentaram aos brasileiros sob a forma de prescrições e estratégias bastante claras: higienização e educação (Larocca, 2009,p. 12).

O desenvolvimento, nesse período, era considerado como resultado da ação humana. O homem é visto como agente criador de condições para desenvolver-se, mas o termo utilizado na época era o “progresso” (Esteva 2000). *A Riqueza das Nações*, publicado em 1776, representa um marco na história da idéia de progresso, onde Adam Smith analisa as causas e perspectivas do progresso (desenvolvimento).

Para Amartya Sen (2000), a abordagem sobre desenvolvimento econômico e social em duas obras de Adam Smith, *A riqueza das Nações e Teoria e Sentimentos Morais*, confirma que, desde o século XVIII, já havia forte debate

sobre desenvolvimento como sinônimo de crescimento econômico, acumulação de riquezas. Kugelmas (2007) destaca que os clássicos da teoria econômica tratavam do tema, mas sem usar a expressão “desenvolvimento econômico” propriamente, Adam Smith trata de progresso material (*material progress*). O progresso liberal serviu, assim, como modelo para as outras nações.

Fonseca (2005) diz que a gênese das idéias que fundamentam o significado do desenvolvimentismo no Brasil, surge à época do Império, mesmo que de forma fragmentária. Lima e Hochman (2000) complementam ao dizerem que, ao longo da história do país, sempre se buscou explicações sobre os problemas do Brasil e modos para garantir seu progresso. Destacando a visibilidade do movimento pela reforma da saúde pública e pelo saneamento rural durante as duas primeiras décadas da Primeira República, o que foi chamado movimento sanitaria/higienista.

Constitutiva da matriz dualista, a ciência buscava identificar os sintomas de nossa cultura, submetendo-os ao espelho crítico de um outro civilizado, constituindo-se, enfim, em um instrumento do projeto modernizador que nos garantiria uma almejada sintonia com o progresso. O Brasil foi pensado pelas suas ausências e o homem brasileiro como atrasado, indolente, doente e resistente aos projetos de mudança (p. 314).

Para alcançar e compreender a realidade do desenvolvimento/progresso no país, intelectuais procuravam explicações sobre as mazelas e rumos do Brasil, amparadas em dicotomias como: litoral-sertão, moderno-atrasado, saúde-doença. Seguindo a análise a partir deste último par, Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman (2000) afirmam que o discurso higienista estava presente nas interpretações de alternativas para construção da nação. Um discurso no qual a ideia de males não era apenas uma analogia com o discurso médico, e sim uma referência às enfermidades como travas para chegar ao progresso ou à civilização (Lima e Hochman, 2000).

Como crescer frente a essas calamidades? Como manter o “capital humano” com vida útil, necessária à expansão da produção industrial iniciante? Como resposta a essas perguntas, nasce o primeiro modelo de assistência à saúde: o sanitarismo campanhista. Começam as fiscalizações, as desinfecções, as hospitalizações compulsórias das vítimas das doenças contagiosas e dos doentes mentais. O desejo da

república higienista era superar a barbárie (Mano, 2004, p. 197).

O modelo assistencial conhecido como *sanitarismo campanhista* possui, entre suas características, ações voltadas para saneamento de espaços de utilização urbana como portos, e ainda, vacinação compulsória, utilizando a polícia sanitária no controle da vacinação em massa. Logo, possuía forte teor repressivo de intervenção e se fundamentava na concepção do processo saúde-doença baseada na teoria dos germes e em uma única causa.

Modelo de assistência é aqui entendido como resultado de articulação política de saberes, tecnologias de determinados grupos sociais que disputam a forma de organizar a assistência, em um ambiente de determinadas forças e disputas sociais. Ao organizá-los, baseia em conhecimentos e saberes que definem o significado de saúde, como devem ser as práticas de cuidado da saúde, para que servem e como devem ser organizadas tais práticas, para quais pessoas estão dirigidas Merhy, Malta e Santos (2003).

A conformação desses modelos expressa uma dada forma de poder político e, portanto, uma dada conformação do Estado e de suas políticas, que pressupõem a construção de uma visão dos outros modelos, seja para a disputa enquanto projeto, seja como estratégia de sua manutenção. [...] Sistema de Saúde Brasileiro, [...] passou por diversos modelos, refletindo as tendências mundiais e os diversos momentos de consolidação do capitalismo nacional e internacional, principalmente as tendências hegemônicas (Merhy, Malta e Santos, 2003, p. 4).

O modelo *sanitarismo campanhista* é fortemente centralizado, verticalizado, em termos de poder político é baseado na autoridade médica. Oswaldo Cruz e Carlos Chagas estão entre os intelectuais que seguiam este modelo. A criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Sorotepático Federal, em 1900, renomeado Instituto Oswaldo Cruz, está entre as ações desenvolvidas neste período. Também foi uma ação dessa fase, a criação do Instituto Butantan, em São Paulo, onde médicos de uma nova geração, com formação baseada no paradigma bacteriologista e influenciados pelas pesquisas científicas realizadas na França e na Alemanha, começam a determinar os rumos da saúde pública.

Cabe ressaltar que o debate que ocorria no Brasil era absolutamente contemporâneo aos debates que estavam ocorrendo em vários países como Inglaterra, França e EUA, onde reformas dos serviços de saúde, com projetos de criação de Ministério da Saúde, tramitavam nos respectivos legislativos (Hochman, 1993, p. 11).

O presidente Rodrigues Alves implementou, nesse mesmo período, transformações mais sistematizadas na organização e urbanização do Rio de Janeiro, passando fundamentalmente por medidas de saneamento. Buscava-se uma nação civilizada e fora da marca do atraso que pressupunha a erradicação de doenças. A civilidade e o progresso passavam pelo controle das endemias.

A saúde tornou-se questão de polícia, as ações voltavam-se basicamente para controle de epidemias e saneamento, sendo implementadas pelo Estado. Em 1904, o código sanitário é proposto por Oswaldo Cruz. Esse código estabelece medidas como a campanha de vacinação obrigatória, que ocasionou o movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido historicamente como a Revolta da Vacina.

Entre as mudanças realizadas no Rio de Janeiro, capital nacional à época, as voltadas para a urbanização⁸, com vistas à melhoria das condições sanitárias, podem ser consideradas como uma das medidas que deram início às favelas. Os cortiços eram *lócus* da pobreza, os médicos higienistas/sanitaristas os encaravam como a primeira causa das epidemias, que ficavam localizados no centro do Rio de Janeiro. A reforma implementada pelo prefeito Francisco Pereira Passos, ao destruir os cortiços, desalojou muitas pessoas que acabaram ocupando os morros e formando as favelas.

O fato é que, na verdade, as cidades não possuíam qualquer estrutura voltada para serviços como: abastecimento de água, esgoto e recolhimento de lixo, ou ainda, não havia qualquer tipo de assistência sanitária ou médica. Nóbrega Junior (2007) afirma que:

⁸ Para Lima, Fonseca e Hochman (2008) foram desenvolvidas ações em outros estados, menos conhecidas, mas que merecem esforços e pesquisas que os analisem, por exemplo: atividades sanitárias de Rodolfo Teophilo, no Ceará e a proposta de higienização dos mocambos no Recife.

[...] a demolição dos cortiços atendia interesses do grande capital e da especulação imobiliária. Seguindo os passos de Engels (1979), concluímos que essa política de erradicação era guiada pela lógica da repartição espacial burguesa da cidade, muito mais do que por preocupação com a saúde da população carioca. [...] As habitações populares e seus moradores deveriam deixar o centro do Rio de Janeiro para dar lugar à construção de largas ruas por onde deveria circular o comércio e onde seriam construídos novos prédios de escritórios, armazéns, cafés, teatros e cinemas. A velha cidade colonial, tosca e acanhada, deveria ceder lugar a uma cidade renovada, urbanizada e sem a presença incômoda das classes perigosas. A cidade deveria se tornar “maravilhosa” (Nóbrega Júnior, 2007, p. 23).

Nos centros urbanos, eram desenvolvidas algumas ações sanitárias e o interior do país era ignorado. Em 1916, um discurso de Miguel Pereira, então professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e presidente da Academia Nacional de Medicina, inaugura as primeiras defesas pelo saneamento do Brasil. Inspirado no relatório da expedição científica organizada pelo Instituto Oswaldo Cruz, em 1912, chefiada por Belisário Penna e Artur Neiva⁹, chama atenção para o caos sanitário do interior do Brasil (Lima e Hochman, 2000).

[...] “a identidade de país enfermo não foi proclamada como epitáfio para o país, mas sim como denúncia do abandono da população doente do interior associada à proposição de terapia política que propugnava ser possível reabilitá-la pela ação da medicina pública” (Hochman, 2009, p. 314).

O diagnóstico apresentado pelo Relatório, destacado no discurso de Miguel Pereira, apontava as demandas por ações do governo no campo da saúde pública e saneamento. A possibilidade de se elaborar uma nova identidade do que era ser brasileiro, oposta àquela identificada com a doença, e ultrapassar

⁹ Lima e Hochman (2000), citando Albuquerque et al., (1991) e Penna e Neiva (1916), descrevem a importância do Relatório: [...] Belisário Penna, no primeiro aniversário da morte de Oswaldo Cruz, com intuito de alertar as elites políticas e intelectuais do Brasil para a precariedade das condições sanitárias e alcançar apoio para uma ação pública como ficou consagrado, para o *saneamento dos sertões*. Ao percorrer durante sete meses uma extensa área onde predominavam regiões, entre elas estão regiões da Bahia e de Pernambuco, periodicamente assoladas pela seca, visando à elaboração de estudo preliminar para a construção de açudes pelo Governo Federal, a expedição realizou amplo levantamento, inclusive fotográfico, das condições climáticas, socioeconômicas e nosológicas. O relatório ressaltava o quanto eram necessárias ações profiláticas que impedissem a associação perversa entre disponibilidade de água e foco de doenças, especialmente a malária. Continha também informações sobre clima, fauna e flora, registrando, em detalhes, as doenças que afetavam os habitantes daquelas regiões, suas condições de vida e suas atividades econômicas, além de apresentar sugestões às autoridades públicas. Um argumento importante do relatório é que se estava diante de uma população abandonada e esquecida que, mesmo vitimada por doenças, ainda poderia, em algumas regiões, como constataram em certas localidades, apresentar-se robusta e resistente. De qualquer forma o cenário geral era descrito como *dantesco*. Os médicos Belisário Penna e Artur Neiva descreviam um povo como ignorante, abandonado, isolado, com instrumentos primitivos de trabalho, desconhecendo o uso da moeda, tradicionalista e refratário ao progresso.

aquela visão derivada dos determinismos climáticos, físico e racial que afirmava ser o Brasil o país da barbárie devido à miscigenação.

[...] fora do Rio ou de São Paulo, capitais mais ou menos saneadas, e de algumas ou outras cidades em que a previdência superintende a higiene, o Brasil é ainda um imenso hospital [...] Parte, e parte ponderável, dessa brava gente não se levantaria; inválidos, exangues, esgotados pela ancilostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroídos pela sífilis e pela lepra; devastados pelo alcoolismo; chupados pela fome, ignorantes, abandonados, sem ideal e sem letras [...] (Pereira, 1922 apud Lima e Hochman, 2000, p. 316).

O povo doente poderia ser transformado, por meio de ações de higiene e saneamento que poderiam tirar o país do caminho da condenação ao atraso. A medicina, a ciência e o poder público transformariam a realidade do país que, na visão de alguns intelectuais, estava condenada devido a sua composição racial (Lima e Hochman, 2000).

A frase de Miguel Pereira expressou importantes tendências que se manifestavam no Brasil, durante a década de 1910. [...] ela contribuiu para transformar em tema de debate público algo que era discutido em periódicos especializados e nos principais fóruns acadêmicos dos médicos. Sua repercussão na grande imprensa foi intensificada com a publicação, de novembro de 1916 a janeiro de 1917, no jornal *Correio da Manhã*, de uma série de artigos de Belisário Penna conclamando o País a participar de uma campanha pelo saneamento do Brasil (Lima e Hochman, 1996, s/p).

Lima, Fonseca e Hochman (2008), em *A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica*, chamam atenção para a década de 1910, como início efetivo de políticas de saúde no Brasil. Segundo esses autores, este início ocorreu devido à necessidade de integração nacional e ao entendimento sobre a interdependência gerada pelas doenças transmissíveis.

Em 1918, foi criada a Liga Pró-Saneamento, assumida por cientistas de Manguinhos (Instituto Oswaldo Cruz), que sustentavam a idéia de que as doenças impediam o desenvolvimento do Brasil. Brito (1995) afirma que os pontos que definem essencialmente a visão da Liga da saúde como fator de progresso era uma teoria higienista do desenvolvimento, cuja elaboração se

baseava na explicação das desigualdades entre as nações, a partir de uma política sanitária.

Para Belisário Pena, um dos fundadores da Liga Pró-Saneamento, todos os países desenvolvidos (*países cultos*) Inglaterra, Alemanha, França, conseguiram progresso devido ao investimento em orientações higiênicas, decorrentes de Louis Pasteur e da medicina social do século XIX. Outra característica foi a explicação para o atraso do país devido à falta de políticas para a saúde e a educação. O pensamento médico-higienista recusa o determinismo fundado nas explicações climáticas e étnicas que predominavam no século XIX, apresentava-se uma solução original para o impasse que teoricamente impedia o progresso do Brasil (Brito, 1995).

A Liga Pró-Saneamento conseguiu sensibilizar o governo de Venceslau Brás para a questão das endemias rurais, tendo como resultado imediato a criação do Serviço de Profilaxia Rural em 1918, cuja direção foi entregue à Belisário Pena. Subordinado, a princípio, à Diretoria Geral de Saúde Pública e, depois, vinculado diretamente ao ministro da Justiça (maio de 1919), este Serviço tinha por finalidade combater, em nível nacional, e por meio de convênios entre a União e os estados, e entre estes e a Fundação Rockefeller, as endemias consideradas mais importantes - a malária, a ancilostomose e a doença de Chagas (Brito, 1995, p. 20).

A gripe espanhola atacava o mundo no mesmo ano (1918), e a capital do país sofria completamente desorganizada, pois além do grande número de mortes, havia falta de alimentos e remédios, desse modo, as autoridades públicas se viam incapazes de solucionar o quadro resultante de uma doença pouco conhecida. O caos atingia todas as classes sociais, ocupação ou região. Em janeiro de 1919, a gripe espanhola mata o presidente Rodrigues Alves, um fato pontual e trágico foi decisivo, mais do que as demandas do movimento pelo saneamento do Brasil (Hochman, 1993).

A morte de Rodrigues Alves revelava uma das faces do estado sanitário do país. Ao atingir também o presidente da República, a epidemia gerou um consenso sobre a necessidade urgente de mudanças na área de saúde pública. Afinal, todos eram iguais perante algumas epidemias, o que certamente aumentou a sensibilidade de muitos parlamentares para as propostas de mudança na organização dos serviços de saúde. Não foram as endemias rurais (ancilostomose, doença de Chagas e malária)

– objeto central da atenção do movimento pelo “saneamento do Brasil” -, mas uma epidemia urbana que, ao explicitar, de forma paradigmática, os efeitos negativos da crescente interdependência social, promoveu uma consciência sobre a necessidade de soluções amplas e de largo alcance (Hochman, 1993, p. 12).

Lima e Hochman (2000) destacam como consequência importante do diagnóstico e dos debates levantados pelos higienistas a reorganização e ampliação de serviços sanitários nos anos 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP¹⁰. Os debates apresentados pelos higienistas (ou sanitaristas) podem ser percebidos até na literatura, as mudanças apresentadas por Monteiro Lobato em um de seus personagens mais famosos, Jeca Tatu. A primeira vez que o autor o apresentou, esse personagem possuía características de um brasileiro preguiçoso, apático, que não se adaptaria a um processo civilizatório. A campanha sanitarista fez com que Monteiro Lobato escrevesse: “O Jeca não é assim, ele está assim”, e o transformou em um personagem saudável, moderno e empreendedor.

Nos anos 1920, pela primeira vez a saúde surgia como questão social no Brasil. Com o crescimento da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial, a questão da saúde ganhou novos contornos, pois as condições sanitárias afetavam diretamente a qualidade da mão-de-obra. As medidas de saúde pública caracterizaram-se pela tentativa de modernização e extensão de seus serviços por todo o país (Lima e Pinto, 2003, p. 1043).

Escorel e Teixeira (2008) afirmam que o pensamento nacionalista, o surgimento de movimentos pela valorização da nação e a necessidade de remover as doenças, vistas como o principal entrave para que o país se inserisse no grande concerto das nações, passavam a ser um potente apelo para a intelectualidade brasileira. Entretanto, a instituição de um ministério da saúde de caráter exclusivamente técnico não se efetivou por ser contrária aos interesses das oligarquias que viam numa ação estatal centralizada uma

¹⁰ Conforme PAIVA (2005) ao tratar da obra do sociólogo Luiz Antonio de Castro Santos e da historiadora Lina Rodrigues de Faria, intitulada: *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da primeira república*. “ O DNSP pode ser considerado o primeiro órgão de pretensão nacional a ser gestado no campo da saúde, mas o surgimento, cerca de dois anos antes, do Serviço de Profilaxia Rural, marca justamente um antecedente importante para a criação daquele órgão e sua regulamentação. No entanto, o DNSP, [...] sob a direção de um médico de notável prestígio nacional, como Carlos Chagas, significou um salto em matéria de intervenção estatal nos assuntos públicos, especialmente regionais, como demonstra a autora. (Paiva, 2005, p. 209).

ameaça ao poder local, que existia devido à autonomia estadual no campo da saúde. A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), nos anos 1920, cujo primeiro diretor foi Carlos Chagas, implementava ações como:

legislar sobre a regulação da venda de produtos alimentícios (redução das infecções gastrintestinais – maior causa de mortalidade infantil no país), a normatização das construções rurais (controle da proliferação da doença de Chagas), a regulamentação das condições de trabalho das mulheres e crianças, a fiscalização de produtos farmacêuticos, a inspeção de saúde dos imigrantes que chegavam aos nossos portos, além da elaboração de estatísticas demográfico sanitárias em nível nacional e produção de soros, vacinas e medicamentos necessários ao combate das grandes epidemias que afetavam o país. (Escorel e Teixeira 2008, p. 334).

No âmbito de políticas de assistência à saúde do trabalhador, acontece (ainda nos anos 1920) a criação do sistema de previdência e saúde, com forte caráter excludente, uma vez que contemplava apenas os trabalhadores ferroviários, setor mais forte economicamente na época. Os operários no início do século, em particular após a Primeira Guerra Mundial, não tinham nenhum direito trabalhista e começaram a protestar, organizaram-se ao ponto de fazerem greves. Em resposta às pressões sociais, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP que consistiam em serviços de saúde exclusivos para operários e familiares com financiamento vindo dos próprios funcionários e empregadores. Desse sistema era excluída a parte da população que não trabalhasse com carteira assinada. As Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAPs¹¹, instituídas pela Lei Eloy Chaves – 4.682, em 1923, não eram mantidas propriamente pelo Estado, que era liberal, mas pelas empresas e empregados.

A Lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões tem sido apontada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulamentação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito

¹¹ Os benefícios recebidos eram: remédios, socorros médicos, aposentadoria e pensões para herdeiros (Baptista, 2005).

privado, criadas por grupos específicos de servidores públicos e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (Lima, Fonseca e Hochman, 2008, p. 32).

Os serviços de assistência à saúde representados pelas CAPs se aproximavam bastante do modelo Bismarkiano, original da Alemanha, no final do século XIX. Os benefícios eram organizados em caixas, com recursos advindos das contribuições dos trabalhadores e de seus empregadores, assim, o acesso dependia das contribuições.

O sistema alemão, estruturado neste período por Otto von Bismarck, teve suas raízes no conceito de polícia médica. Dentro deste conceito, por razões de Estado ou razões paternalistas havia o interesse de que os cidadãos fossem saudáveis, o que poderia ser conseguido através da organização da saúde pública. Bismarck então não só estruturou o sistema de saúde, como planejou um esquema detalhado de seguridade social, através de reformas administrativas. Este sistema foi estruturado através de uma base contributória de afiliação profissional obrigatória, e de uma base de financiamento através de cotizações de empregados e empregadores (Soares, 2007, p. 1565).

A gênese de diversos sistemas de saúde da América Latina possui uma estruturação embasada em organizações que vinculam saúde e previdência, buscando garantias ao trabalhador formal. Mesmo que tenha sido muito importante como reconhecimento de direitos sociais aos trabalhadores, com o passar do tempo, ficou claro que esse tipo de organização não conseguiu realizar a travessia para a universalização do direito. A diferenciação de acesso entre trabalhadores formais e o restante da população demonstrou ser um sistema excludente, com sérios prejuízos à inserção social do segundo grupo. (Bisoto Júnior, Silva e Dain, 2006). Enfim, a criação das caixas nos anos vinte pode ser considerada como um dos fatores que iniciou a segmentação nos serviços de assistência à saúde no Brasil.

O governo de Getúlio Vargas, nos anos 1930, começa a constituir um sistema de proteção social, com um Estado mais centralizador e regulador da economia. Nessa mesma época, são criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, com participação do Estado na administração. Na verdade, seria uma nova versão das CAPs que se configura mais ampla, pois inclui o

trabalhador, não apenas as empresas, como por exemplo: Instituto dos marítimos, dos industriais e começa o sistema público de previdência social.

Nota-se que apesar de o Estado não ter definido um sistema de proteção abrangente e de se ter mantido à parte dessa forma de organização privada, restringindo-se a legalizá-lo e a controlá-lo a distância, esse modelo serviu de base para a constituição de um primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado brasileiro, que se definiu a partir dos anos 30 no contexto do governo de Getúlio Vargas (Baptista, 2005, p.17).

A criação dos IAPs, segundo Minecucci (2007), teve dois efeitos em relação à assistência médica: a ampliação da assistência, ao estender a previdência como de caráter nacional a diferentes categorias de profissionais e a institucionalização da diferenciação do tipo de assistência prestada conforme a categoria de trabalhadores. O padrão da assistência era diferenciado, mantendo desigualdade entre os contribuintes/trabalhadores e, ainda, a exclusão dos trabalhadores informais e trabalhadores rurais.

[...] não só os trabalhadores rurais não eram contemplados pela previdência social, como muito menos os pobres e excluídos, relegados aos cuidados da filantropia. Estabeleceu-se, assim, um sistema dual de proteção social, em que o critério fundamental de inclusão é a capacidade contributiva daqueles alçados à condição de cidadãos, vale dizer, daqueles que associam a capacidade de poupança individual à condição de assalariados do mercado formal urbano (Cohn, 1995,p. 55).

A organização dos serviços de assistência à saúde estava baseada na oferta originária do mercado. Aos pobres, o setor caritativo e aos que tinham condições de pagar, o mercado. E, no caso dos profissionais que eram assistidos pelos IAPs, havia o direito reconhecido, conforme o modelo bismarkiano.

Desde sua origem a assistência médica à saúde desde sua origem vai ter, entre outras características, a segmentação das clientela, devido à diferenciação e diversificação de um serviço obrigatório de caráter contributivo, ou seja, não se constituindo um direito, mas o que Santos (1979) chama de *cidadania regulada*. Este modelo de cidadania regulada significa uma relação entre a ocupação e a determinação da cidadania, os direitos sociais são reconhecidos apenas a setores assalariados (Menicucci, 2007).

Na organização da assistência nesse período, fica claro que a saúde do trabalhador era o mais importante, já que trabalhadores doentes afetavam o desenvolvimento econômico, ou melhor, o progresso do país.

2.2 Sanitarismo x Sanitarismo Desenvolvimentista: saúde como meio ou fim do desenvolvimento

O significado para o termo desenvolvimento, no discurso de Truman¹², em 1949, está diretamente relacionado a outros conceitos como: acumulação de riquezas, industrialização, modernidade, progresso material, enfim, crescimento econômico. Nas mãos de Truman, o conceito de desenvolvimento foi simplesmente reduzido ao posto de sinônimo de crescimento econômico Esteva (2000). Moraes (2005) afirma que com o final da II Guerra Mundial muitos termos passaram a ser re-significados, e em outras vezes, também se transformaram em campo de disputa, desenvolvimento é um desses termos.

A reflexão sobre desenvolvimento, no período subsequente à Segunda Guerra Mundial, teve como causa principal a tomada de consciência do atraso econômico em que vive a grande maioria da humanidade. Indicadores mais específicos, tais como a mortalidade infantil, a incidência de enfermidades contagiosas, o grau de alfabetização e outros logo foram lembrados, o que contribuiu para amalgamar as idéias de desenvolvimento, bem-estar social, modernização enfim tudo que sugeria acesso às formas de vida criadas pela civilização industrial (Furtado, 1981, p. 21).

O pós Segunda Guerra também pode ser considerado como momento histórico em que em alguns países da Europa Ocidental, surgiram experiências de *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social. Para Sicsu (2008), ao longo do século XX, o Estado de bem-estar social representa a grande conquista da sociedade ocidental, seu conceito sintetiza o significado de desenvolvimento.

O objetivo final de uma estratégia de desenvolvimento deve ser a construção de uma sociedade democrática, tecnologicamente avançada, com emprego e moradia dignos para todos, ambientalmente planejada, com uma justa distribuição de renda e da riqueza, com igualdade plena de oportunidades e

¹² Segundo Escobar (1998) apud Perafán (2007) a partir da doutrina Truman tem início no mundo uma nova era na compreensão de questões como as referentes aos países menos avançados economicamente.

com um sistema de seguridade social de máxima qualidade e universal – cujas partes imprescindíveis devam ser sistemas gratuitos de saúde e educação para todos os níveis e necessidades. O Estado de bem-estar social é o conceito que resume esse conjunto de objetivos (Sicsu, 2008, p.142).

Esping-Andersen (1991) utiliza R. Timuss em seu estudo comparativo sobre políticas sociais, em que analisa diferentes tipos de Estado de Bem Estar Social, trabalha também com a obra de W. Beveridge, T. Marshal. “Os *Welfare States*” formam um grupo, mas precisamos reconhecer que não existe um único caso puro” (p.110). Os três grupos são: *Welfare State liberal*, *Welfare States conservadores/corporativistas* e *social-democrata*.

Welfare State liberal cuja assistência é oferecida aos grupos marginais, comprovadamente pobres, que possuem baixa renda ou dependem do Estado. Este modelo, mais restrito, encoraja a mercantilização na prestação de serviços sociais. Entre os países que se encaixam nesse modelo estão os Estados Unidos e a Austrália.

[...] contém efetivamente o domínio dos direitos sociais e edifica uma ordem de estratificação que é uma mistura de igualdade relativa da pobreza entre os beneficiários do Estado, serviços diferenciados pelo mercado entre as maiorias e um dualismo político de classe entre ambas as camadas sociais (Esping-Andersen, 1991, p. 108).

O segundo grupo é denominado pelo autor como *Welfare States conservadores/corporativistas* – a França, a Alemanha e a Itália estão entre os países em que este modelo é o principal. Neste caso, a assistência está intimamente relacionada à ênfase estatal, no intuito de manter as diferenças de *status*, quer sejam profissional ou social, significa dizer que a redistribuição não é uma questão de destaque. Para Arretche (1995), nesses tipos de regime os direitos sociais dependem de contribuições diretas.

O tipo menos comum entre os países que possui como prioridade os princípios de universalização e desmercadorização dos direitos sociais, Esping-Andersen chama de regime *social-democrata*. Duas implicações são destacadas pelo autor: os direitos sociais possuem elevados níveis e, a igualdade entre os

trabalhadores garante que os serviços tenham a qualidade dos direitos comparáveis aos desfrutados pelos mais ricos. Um exemplo é a Escandinávia.

Desse modo, os trabalhadores braçais chegam a desfrutar de direitos idênticos aos dos empregados *white-collar* assalariados ou dos funcionários públicos; todas as camadas são incorporadas a um sistema universal de seguros, [...]. Este modelo exclui o mercado e, em consequência, constrói uma solidariedade essencialmente universal em favor do *welfare State* (p.110).

No Brasil, não houve implementação do *Welfare State* efetivamente (Draibe, 1993). A partir da década de 50, é difundida a ideologia *desenvolvimentista*, materializada no Estado, habitualmente relacionada aos governos de Vargas e JK, além das perspectivas cepalinas. Nas idéias cepalinas, o significado de desenvolvimento da América Latina tem como bandeira a industrialização e a reorganização do comércio mundial.

Para a CEPAL, o *desenvolvimento* consistiria na rápida industrialização, no aumento da produção agrícola e dos salários das camadas trabalhadoras. Voltava-se também para a busca de uma política fiscal adequada, “alterações substanciais no regime de propriedade da terra” e o Estado com ação que organizasse/conduzisse o desenvolvimento nacional. A implementação passaria a recorrer ao capital estrangeiro – “de preferência sob a forma de empréstimos intergovernamentais” (Cardoso, 1980, p. 9).

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, [...] mas o desenvolvimento gerou riqueza e mobilizou recursos, o que levou a mudanças concretas nas cidades e novas demandas para o sistema previdenciário e para a saúde pública. A partir de então, as políticas de saúde configuram-se um importante instrumento do Estado, não mais apenas pelo controle a ser exercido no espaço de circulação dos produtos e do trabalhador, mas principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar - posto de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e tantos outros (Baptista, 2005,p.21).

Entretanto, um questionamento surge: qual mensagem havia nas entrelinhas desta defesa pelo desenvolvimento - como sinônimo de crescimento

econômico - para os países considerados subdesenvolvidos? Os críticos menos ingênuos consideram que, por meio da retórica da teoria desenvolvimentista, as potências industriais buscavam controlar os países subdesenvolvidos, ao aconselhar medidas voltadas basicamente para o crescimento econômico, sem qualquer compromisso com as reais necessidades desses países, gerando maior dependência, Mehmet (1997).

Na década de 1930, com governo populista, Getúlio Vargas começa a desenvolver esforços para o desenvolvimento nacional, com o retorno em 1951, este governo trabalha o processo de desenvolvimento econômico com base em exportações tradicionais e na substituição de importações industriais, são desta época os investimentos em projetos estatais estratégicos como a Petrobrás e a SUDENE.

A industrialização do país, em alguns momentos, valeu-se dos recursos financeiros dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs. Conforme pode ser verificado em Batich (2004), não eram poucos os recursos das instituições previdenciárias, que mesmo novas e integrando uma sociedade com recente utilização da mão-de-obra operária, com sua luta aos poucos os trabalhadores vinham alcançando o direito à aposentadoria. A despesa pequena, pois o operariado era jovem (não havia muitos aposentados) levava a um superávit. A despesa era menor que a receita.

A receita dos IAPs passa a ser utilizada pelo governo para ser aplicada no crescimento econômico do país, o que, para Eli Gurgel Andrade (2003), transformou a previdência no maior financiador da industrialização do Brasil. A preferência de ações em empresas como a Companhia Siderúrgica Nacional – CNS; a Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – CHESF; a Fábrica Nacional de Motores – FNM, chegou a ser imposta em decretos governamentais. No decreto de criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (DL 1.628/52), esta afirmação pode ser confirmada no artigo 7º que obrigava que os empréstimos deveriam ser em montantes fixados pelo Ministério da Fazenda.

Os recursos dos IAPs foram utilizados ainda em investimentos que favoreciam o empresariado brasileiro no período da ditadura militar (Batich, 2004). Importante ressaltar que a construção de uma “indústria” hospitalar privada também foi financiada por recursos da previdência e da saúde.

Os recursos previdenciários, que na primeira metade do século XX já haviam sido largamente utilizados em investimentos que favoreciam o empresariado industrial brasileiro, durante a ditadura também serviram para alimentar o ideal de construção de um “Brasil grande”. Assim, a previdência financiou a construção da Usina Hidroelétrica de Itaipu, Ponte Rio-Niterói, Transamazônica e usinas nucleares de Angra dos Reis. Estes empreendimentos, somados aos recursos da previdência que foram utilizados inclusive para a construção de Brasília, segundo cálculos da professora da UFMG, Eli Gurgel, equivaliam a 69,7% do PIB, em 1997 (UNAFISCO–SINDICAL, 2003). E, como ocorreu com os recursos utilizados no início do século para propiciar a industrialização do país, o dinheiro utilizado nunca voltou para os cofres da previdência (Batich, 2004, p.34).

Do ponto de vista da política nacional, a relação entre saúde e desenvolvimento aparece de alguma maneira em todas as mensagens presidenciais a partir de 1949, com o reconhecimento do presidente Eurico Gaspar Dutra de que “as condições sanitárias de um país circunscrevem-lhe rigidamente o desenvolvimento econômico-social” (Brasil, 1949, p.127). O debate brasileiro sobre a relação entre saúde, doença, pobreza e necessidade de romper o “ciclo vicioso da doença e da pobreza”, os custos da doença e o valor da saúde (Myrdall, 1952; Winslow, 1955) foi influenciado pelos debates que aconteciam em todo o mundo (Hochman, 2009).

Em 1952, aconteceu a 5ª Assembleia Mundial da Saúde. Foram convidados o economista Gunnar Myrdall e o sanitarista Charles Winslow, formuladores das principais teses sobre as relações entre doença, pobreza e subdesenvolvimento (Myrdall, 1952; Winslow, 1955), demonstrando a centralidade do tema nos debates daquele período (Hochman, 2009). No entanto, cabe destacar que nos anos 1950 a ênfase para o sentido de desenvolvimento estava baseada em sinônimo de acumulação de riquezas, ou seja, crescimento econômico.

A tese defendida por Myrdall é que, no contexto do desenvolvimento, existem fatores que estão inter-relacionados, de maneira tal que a dinâmica do que acontece em um ou alguns desses campos, positivamente ou negativamente, acaba repercutindo nos demais. Myrdall avaliou que os problemas de investimentos em saúde não podem ser considerados isoladamente, mas por uma visão global do processo, que contemple uma influência positiva sobre o desenvolvimento econômico. Porém, na verdade, o autor reconhece em sua conclusão que gastos em saúde são importantes, mas a ênfase maior deve ser dada ao desenvolvimento econômico.

Divergindo desta posição de Myrdal, Winslow (1955) acreditava que investir apenas no crescimento econômico não ocasionaria melhores condições de saúde (Duarte de Araújo, 1975). Para Winslow (1955), o problema era que as questões sociais influenciam fortemente os determinantes de saúde, estão inter-relacionadas, possuem uma relação de interdependência como em um círculo vicioso. Sobre essa questão ilustra Winslow (apud Hochman, 2009):

La pobreza es causa de enfermedad y la enfermedad origina mayor pobreza, en un círculo vicioso. Por consiguiente, la salud pública es un problema que está relacionado íntimamente con el progreso económico y social que se logra en una colectividad dada (Winslow, 1955, p. 106).

No debate pelo desenvolvimento do país, a saúde já não ocupava o mesmo espaço que tivera nas duas últimas décadas da Primeira República, mas foi integrada de diferentes modos “à ideologia do desenvolvimento”. A unanimidade não existia em torno do entendimento sobre a superação da doença e do subdesenvolvimento (Lima, Fonseca e Hochman, 2008).

[...] complexa e multifacetada a tensão entre aqueles que acreditavam que a doença era um obstáculo ao desenvolvimento e a saúde constituía um pré-requisito essencial para os avanços sociais e econômicos no mundo em desenvolvimento, e os ‘desenvolvimentistas’, que compreendiam não ser suficiente o combate às doenças para superação da pobreza (Lima, Fonseca e Hochman, 2008, p. 49).

O sanitário desenvolvimentista é tido por Eliana Labra (1988) como uma das principais críticas às propostas do sanitário da Primeira República. O sanitário, no início do século XX, enfatizava que os investimentos e ações na assistência à saúde eram fator predominante ao progresso nacional. Ao contrário, para os desenvolvimentistas, o nível de saúde da população depende do grau de desenvolvimento econômico de cada país, não unicamente de investimentos na saúde (Lima, 2006).

A corrente dos sanitários, influenciados pela posição norte-americana, defendia que o investimento em políticas de saúde haveria de ser espelhado nos gastos realizados nos países desenvolvidos. Para os intelectuais ligados a esta corrente, as condições de saúde e pobreza do país seriam resolvidas apenas com forte investimento em estrutura de saúde. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP¹³, em 1942, é uma tradução desse modelo de explicação. A estrutura e as atividades do SESP, que em 1960 com a Lei 3.750, foi transformado em Fundação, eram fortemente criticadas pela corrente sanitária desenvolvimentista.

Segundo eles, o modelo de organização do trabalho implantado nessas unidades tinha como base realidades de outros países e não levavam em conta profundas diferenças existentes entre os países. Um dos pontos da discussão eram os altos custos dos serviços mantidos pela FSEP, pois, apesar de sua reconhecida importância contribuição à saúde pública, suas unidades de saúde eram muito dispendiosas e inadequadas às possibilidades financeiras dos estados e municípios (Castro, 2008, p. 115).

Jonh Farley (2004), em sua abordagem sobre os estudos que relacionavam saúde e desenvolvimento no campo internacional, posteriores a Segunda Guerra, pondera que as ações ou relações para buscar melhorar saúde e bem-estar econômico das populações oscilavam em três dimensões. As dimensões são tratadas pelo autor como pêndulos, destacando que a direção e a velocidade dos pêndulos nem sempre coincidiam, os pêndulos se movimentam entre como cita (Lima, Fonseca e Hochman, 2008) (Hochman, 2009):

¹³ O SESP foi criado para desenvolver atividades de saúde em áreas/regiões estrategicamente importantes e que eram consideradas carentes, como por exemplo, a produção da borracha na Amazônia.

1) Entre a crença de que o controle ou mesmo a erradicação das doenças transmissíveis seria um pré-requisito para o desenvolvimento econômico-social e a convicção de que, embora o controle seja necessário, o desenvolvimento socioeconômico é pré-requisito para a melhoria da saúde; 2) Entre a crença de que campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas verticalmente contra cada doença específica e impostas de fora, e a crença de que as campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas horizontalmente em relação a um conjunto de doenças e produzir condições básicas de infraestrutura sanitária; 3) Entre os defensores da 'ideologia do desenvolvimento' e a compreensão de que o sistema internacional cria e perpetua o subdesenvolvimento e reproduz um permanente sistema de desigualdades entre países (Farley, 2004, p.284-285, apud. Hochman, 2009, p. 317).

O período de 1945 a 1964 é marcado por conflitos que direcionavam visões sobre a saúde pública e o desenvolvimento em diferentes movimentos e na direção de cada pêndulo. Na dinâmica política da sociedade brasileira e na definição das políticas de saúde, é possível perceber deslocamentos na compreensão de proposições, o que pode ser confirmado em discursos, por exemplo, de Aramis Athayde, ministro da saúde de Café Filho, ou nas palavras de JK, em 1956. Em 1955, o ministro da saúde Aramis Athayde defendia a ideia de saúde como consequência do desenvolvimento e não causa dele. A infraestrutura econômica do país que definiria as condições de saúde (Lima, Fonseca e Hochman, 2008).

Ao demonstrar que havia projetos político-sanitários diferentes, Lima, Fonseca e Hochman (2008) destacam a criação de alguns órgãos institucionais que deve ser considerada, em um período que o Brasil continuava predominantemente rural e que buscava efetivar a industrialização e a modernização. Aconteceu em 1953¹⁴ a criação do Ministério da Saúde (reivindicada pelos sanitaristas desde 1910), com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, que havia sido criado em 1930. Em 1956, ocorreu uma reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERu.

¹⁴ Em: *Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953*, onde Hamilton e Fonseca (2003) analisam a criação do Ministério da Saúde em 1953, marcado pelo agravamento da instabilidade política e por uma virada no processo de reformulação institucional em curso, que culminou com a aprovação, no Senado, do projeto originário do Poder Legislativo que criava o Ministério da Saúde. A criação do Ministério da Saúde considerada um marco na história da política de saúde no Brasil. No entanto, não aconteceram mudanças institucionais significativas, com alteração no funcionamento dos organismos de saúde então existentes; ao contrário, tudo indica que as estruturas institucionais se mantiveram, tendo ocorrido basicamente uma separação entre a área da educação e os da saúde.

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, mesmo que não tenham ocorrido grandes mudanças, é fator fundamental na construção do sistema de saúde brasileiro, mesmo porque, com a ruptura com a educação, o Ministério da Educação ficou com a maior parte do orçamento (Castro, 2008). A responsabilidade por ações de cunho coletivo ficava a cargo do Ministério da Saúde, com menor parte dos recursos, com ações voltadas para alimentação, nutrição e vacinação.

Em um dos seus discursos de eleição, JK, o então presidente, reafirma o compromisso de acabar com doenças sem depender do desenvolvimento econômico do país, ao considerar a possibilidade de trabalho com medidas de baixo custo:

Embora não seja possível dar saúde, no seu conceito mais amplo - que não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado completo de bem-estar físico, mental e social -, torna-se, no entanto, possível evitar os sofrimentos de muitas delas por meio de medidas simples, de custo reduzido. O governo terá maior empenho em aplicar os métodos modernos e práticos na eliminação dessas doenças. A nosso favor está a coincidência de que, exatamente para muitas destas enfermidades que mais afligem as populações dos países subdesenvolvidos, novas descobertas da terapêutica e da profilaxia tenham tornado o seu combate, e conseqüentemente sua grande redução, ou mesmo eliminação, independente dos problemas de desenvolvimento econômico e de aparelhagem médico-sanitária de custo elevado (Kubitschek, 1956, p. 187, apud. Lima, Fonseca e Hochman, 2008, p. 53).

Hochman (2009), em sua análise sobre o governo de Juscelino Kubitschek e suas propostas para saúde, observa que alguns pêndulos da proposição de Farley (2004) já começavam a se mover, determinados por condicionamentos internacionais ou por conjunturas nacionais. Um exemplo é o caso da política para erradicação da malária, conseqüente a uma recomendação da Organização Mundial de Saúde, em 1955, na VIII Assembleia Mundial. O grande interesse dos Estados Unidos era aumentar a ajuda aos países subdesenvolvidos, mas com intuito de produzir bem-estar para, principalmente, difundir os valores da sociedade americana, associando modernização e anticomunismo.

A maior mudança quanto ao diagnóstico e às proposições do programa de saúde de Juscelino Kubitschek seria em relação a malária. O presidente vivenciou, no meio de seu mandato, grave crise econômica e sérios problemas de financiamento externo para levar adiante seus projetos de desenvolvimento e a construção da nova capital. A política norteamericana de cooperação em saúde, peça importante no ambiente da Guerra Fria, indicava assistência financeira para o combate à malária apenas para os países que convertessem seus programas de controle em programas de erradicação. Em fevereiro de 1958, em acordo com a agência de desenvolvimento estadunidense, com a OSP e a OMS, o governo brasileiro criou a Campanha de Erradicação e Controle da Malária (CEM), vinculada ao DNERu, apontando para conversão gradual (que só ocorreria em 1965), além de um Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária (GTEM), coordenado por Pinotti, então diretor do DNERu. Mudanças no ambiente nacional e internacional fizeram com que a malária, “quase extinta” no documento de 1955, voltasse ao topo da agenda sanitária brasileira (Hochman, 2009, p. 326).

Conflitos e divergências no entendimento da relação entre desenvolvimento e saúde, no período em questão, ainda podem ser confirmados no discurso de João Goulart na 3ª Conferência Nacional de Saúde – CNS¹⁵, considerada por Escorel e Bloch (2008) como a mais politizada, realizada em 1963, [até a VIII Conferência de 1988]:

a política que o Ministério da Saúde deseja implantar na orientação das atividades médico-sanitárias do País se enquadra precisamente dentro da filosofia de que a saúde da população brasileira será uma consequência do processo de desenvolvimento econômico nacional, mas que para ajudar nesse processo o Ministério da Saúde deve dar uma grande contribuição, incorporando os Municípios do país em uma rede básica de serviços médico-sanitários, que forneçam a todos os brasileiros um mínimo indispensável à defesa de sua vida (...). (João Goulart, 1963, p.26).

Escorel e Bloch (2008) continuam suas análises sobre a 3ª CNS, que ocorreu em um momento de intensos debates sobre os rumos do país, mesmo período de posições polarizadas sobre o desenvolvimento social e econômico. Essa conferência possuía uma concepção muito próxima da VIII CNS (auge do movimento sanitário dos anos 1970, em 1986), por seu cunho municipalista e

¹⁵ Segundo Lima, Fonseca e Hochman, (2008, p.54): A 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), realizada em dezembro de 1963, foi o evento dramático e final da saúde na experiência democrática. Ela pautada pelo Plano Trienal do governo Goulart e pelo XV Congresso Brasileiro de Higiene realizado em 1962, momento em que os sanitaristas desenvolvimentistas obtiveram o controle da Sociedade Brasileira de Higiene (Labra, 1988; Fundação Municipal de Saúde, 1991).

descentralizante. Ao contrário dos sanitaristas, seus participantes defendiam a descentralização e municipalização das ações de saúde e a criação de um Plano Nacional de Saúde.

Cabe aqui mencionar o estudo realizado por Duarte de Araújo (1975), ao realizar uma revisão na literatura nacional e internacional, sobre estudos que focavam a relação saúde e desenvolvimento econômico, a partir dos anos 1950 até o início dos anos 1970, chama atenção para carência de estudos desse tipo no Brasil. Dos trabalhos analisados, alguns merecem destaque: o relatório da Subcomissão de Saúde, da Comissão Nacional de Bem-Estar Social, publicado em 1954 (Castro, 1954), que afirma que o problema de saúde é uma variável dependente do desenvolvimento econômico e critica a defesa de alguns por uma superestrutura médica que a infra-estrutura econômica do país não suporta. Em 1963, Melo, em um artigo sobre as disparidades regionais em uma série de indicadores sociais e econômicos, tais como concentração de renda, distribuição da população por setor da economia, composição etária, distribuição urbana/rural da população e alfabetização; defendeu que "recursos excessivos destinados a este setor" podem resultar em prejuízo de outros projetos indispensáveis ao desenvolvimento econômico.

Para Costa (1963), o homem possui um duplo papel no processo de desenvolvimento econômico, se por um lado é fator de desenvolvimento, por outro é destinatário de seus benefícios. Recomendou ao final que os países em desenvolvimento deveriam implantar programas de saúde nas respectivas estruturas econômicas. A saúde é considerada não como um subproduto do desenvolvimento econômico, mas base para o desenvolvimento, nos estudos de Ferreira (1963).

Gouveia (1964) confrontou indicadores de saúde e de desenvolvimento, nacionais e estrangeiros, e defendeu a seguinte tese: saúde e desenvolvimento se acompanham e se completam e que indicadores de saúde podem ser considerados como reveladores do desenvolvimento, da mesma maneira que os valores do desenvolvimento são das condições de saúde. O autor ainda considerou em suas análises que a saúde produz rentabilidade aos investimentos em seu favor, visando aumentar e melhorar a produção

econômica, o que justificaria o aumento dos investimentos públicos em saúde (Duarte de Araújo, 1975).

Ao finalizar o trabalho, Duarte de Araújo destaca a ausência de respostas sobre a relação saúde e desenvolvimento como interdependentes:

fato que transparece de nossa revisão é que, nesta busca de respostas para as indagações sobre a interdependência entre saúde e desenvolvimento, o Brasil tem se distanciado muito. De uma parte, por falta de interesse de nossos pesquisadores, mas sobretudo, pela falta de aplicação do tipo de metodologia que hoje se tornou obrigatória em estudos deste gênero. Parece-nos, também, ter havido no Brasil, ao contrário de outros países, uma dissociação entre os médicos e planejadores de saúde de um lado e os economistas de outro, com a conseqüência de não se ter formado ainda em nosso meio um núcleo atuante de economistas interessados nos problemas de economia da saúde, os quais pudessem emprestar aos médicos o conhecimento da metodologia especializada indispensável à abordagem objetiva do problema (Duarte de Araújo, 1975, p. 525).

Retomando o debate sobre sistema de proteção social no Brasil, este era representado por ações que, ao mesmo tempo, incluíam estratificadamente trabalhadores formais e os excluía os que estavam fora do mercado de trabalho formal, que ficavam excluídos também do acesso a políticas sociais. Na década de 1960, ocorre a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS, quando é proposta a uniformização dos benefícios. Em 1966, é criado o Instituto Nacional de Previdência Nacional – INPS. Sobre o INPS e a crescente privatização dos serviços, destaca-se a análise de Menicucci (2007):

O Estado, como organizador dos serviços de saúde, se 'privatiza' progressivamente por intermédio dos hospitais e clínicas credenciados. O INPS tornou-se o grande comprador de serviços médicos e passou a sustentar uma procura ampliada por meio da Previdência Social, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados da Previdência. É nesse sentido que a interferência estatal contribuiu para o fortalecimento do setor privado, uma vez que dificilmente a expansão e a manutenção da rede privada seriam viáveis de forma independente do Estado, tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da assistência médica, fatores que inviabilizariam à maioria da população brasileira a compra direta de serviços médicos (Menicucci, 2007, p. 75).

A década de 1960 implicou a estruturação de uma política de saúde comprada de serviços privados com forte financiamento do Estado. Assim, entram em jogo diferentes interesses, cujas formas de organização são dos órgãos privados, em detrimento da organização estatal de uma prestação de serviços de saúde públicos (Menicucci, 2007). Para Maria Lucia Werneck Viana (1998), aconteceu um processo de americanização dos serviços de saúde no Brasil, especialmente na ditadura. O modelo que possuía características muito parecidas com o alemão Bismarckiano, passou a ser mais parecido com o modelo seletivo americano. O foco da saúde saiu do meio e passou à doença. Vemos a partir deste momento a mercantilização da doença.

Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular, desde o início, um escopo de atuação para essa iniciativa privada empresarial, o Estado estabeleceu uma [...] linha de dependência de trajetória para as políticas de saúde. A base de provisão privada é consolidada e passa a influenciar direcionamentos futuros das políticas e do mercado de saúde. (Gerschman e Santos, 2006, p. 181).

Ao final, afirma-se que esse período foi marcado por disputas entre dois diferentes projetos políticos sanitários: os que defendiam que para alcançar o progresso econômico e serviços de saúde de qualidade era necessário investir na estrutura de saúde; e os que defendiam a ampliação dos serviços, a articulação entre saúde e outros setores sociais e econômicos, como possibilidade para alcançar melhores condições de saúde para a população – representados pelos sanitaristas desenvolvimentistas.

Para Lima (2006), o projeto que vinha sendo desenhado no cenário nacional, no início dos anos 1960, o sanitarismo desenvolvimentista, influenciou fortemente a 3ª Conferência Nacional de Saúde que propôs uma reforma sanitária no país, aprovando a descentralização dos serviços, que estavam concentrados no Ministério da Saúde. Outra proposta foi a recomendação de que os serviços fossem organizados em uma estrutura que articulasse os governos municipais, estaduais e federal. Essas propostas foram o primeiro passo para a criação de um sistema nacional de saúde unificado. A corrente de pensamento sanitarista desenvolvimentista foi influência para o movimento sanitarista dos anos 1970, Lima, Fonseca e Hochman, (2008); Castro (2008).

2.3. Contexto e Influências do Movimento pela Reforma Sanitária nos anos 1970: realidade sanitária como objeto de intervenção prática e política

O golpe militar no ano de 1964 acaba abortando os projetos defendidos pelos sanitaristas desenvolvimentistas. Nesse período, a saúde passou a ser cada vez mais privatizada e foi entendida como uma mercadoria. O setor privado passou a controlar a prestação de serviços individuais, consolidando um modelo hospitalocêntrico, vigorando o modelo médico assistencial privatista. Assim fica claro que o modelo de desenvolvimento que prevalecia no país não considerava como prioridade as questões sociais e as questões da saúde, como um direito social. A ênfase no mercado na prestação da assistência à saúde havia sido gestada desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, depois com os IAPs, e se consolidou em 1966, com a criação do INPS.

O auge dessa consolidação demonstra privilégios ao mercado advindos de ações do Estado, em detrimento da prestação de serviços públicos, muito antes da implementação de políticas neoliberais nos anos 1990 (Fleury, 2008). Sobre a construção do modelo privatizante, ao longo da história das políticas de saúde, Menicucci observa:

É possível inferir que até a década de 60 o desenvolvimento da rede privada hospitalar seguia movimento próprio, com crescimento, em parte, independente da política pública assistencial. Além disso, no período de 1935/1950 há um crescimento relativo dos leitos hospitalares públicos em comparação aos privados. Após essa época é que vai se observar o crescimento progressivo da proporção de hospitais privados em detrimento dos públicos, além da expansão das clínicas privadas destinadas ao atendimento ambulatorial. [...] com a unificação da assistência médica no INPS, tornam-se dominantes as forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica, portadoras de um discurso medicalizante como solução para os problemas de saúde, cuja materialidade será a implementação da prática assistencial curativa de acentuada tendência privatizante, sob a forma de convênios entre a iniciativa privada e o Estado (Menicucci, 2007, p.73).

Para Mendes (1999), a economia brasileira que era unicamente agro-exportadora, quando volta-se para a industrialização, com a implementação do Estado desenvolvimentista, gerou mudanças na prestação de serviços de saúde: “o importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (Mendes, 1999, p. 47).

Ao Estado, com a nova configuração advinda pela crescente industrialização, surge uma nova preocupação com a massa de trabalhadores, mas as ações públicas eram voltadas muito mais para cura de doenças do que para a prevenção ou para a promoção da saúde. As ações de médicos em grandes hospitais (privados) passam a ser sinônimo de saúde.

As ações de saúde pública ficam em segundo plano, uma vez que não são consideradas produtivas. Cabe aqui uma observação, o que fica posto é que para o crescimento do país não são importantes medidas públicas voltadas para a saúde da população.

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves conseqüências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida, que resultavam em altas taxas de mortalidade (p.61).

O período de 1968 a 1974, quando ocorreu maior repressão política aos que se posicionavam contra o regime, com o governo Médici houve um crescimento econômico acelerado de maneira jamais presenciada pelo regime. O “milagre econômico”, com grandes empréstimos do capital estrangeiro, possibilitou a construção de grandes obras públicas, forte investimento e crescimento das indústrias, com desigual distribuição de renda.

Sobre os golpes que aconteceram na América Latina, Bresser Pereira (2005) relaciona a teoria da dependência, ao dizer que surgiu entre intelectuais que não acreditavam que os golpes aconteceriam na América Latina e erraram. Ao contrário houve uma onda de golpes e de implantação de ditaduras. Para

esses intelectuais, o conceito de desenvolvimento estava ligado a um projeto de nação acoplado ao contexto internacional.

Nos anos 60 e início dos 70, porém, uma série de golpes militares nos países do Cone Sul levou os intelectuais latino-americanos de esquerda a afirmar a impossibilidade da existência de uma burguesia nacional, e a desenvolver uma teoria da dependência associada, consistente com esse pressuposto, que enfraqueceu o conceito de nação na América Latina (Bresser Pereira, 2005, p. 3).

A teoria da dependência é aceita e aprofundada nos escritos dos anos 1960 e 1970. Entretanto, deve-se falar de teorias de dependência: uma primeira representada por autores de linha marxista como Ruy Mauro Marini e Roberto Pizarro, que em suas interpretações não colocam em segundo plano questões emancipatórias e programáticas. Reconhece a luta de classes e a possibilidade de um tipo de desenvolvimento alternativo ao da dependência. A segunda linha de análise tem Fernando Henrique Cardoso entre os autores que a representam, denominada de corrente weberiana, na qual os padrões de desenvolvimento são articulados à dependência.

Na concepção de Cardoso e Faletto, a questão política não possui a mesma força que a econômica.

A face econômica da dependência se expressa na conformação de uma estrutura produtiva nacional em função do mercado externo, que mantém os vínculos comerciais, produtivos e financeiros com a expansão internacional do capitalismo. (Martins e Valencia, 200-, s/p)

Segundo Bresser Pereira (2005), há três tipos diferentes de teoria da dependência: a primeira marxista, a segunda dependência associada e a terceira nacional-dependente. A primeira interpretação adotou um raciocínio linear, entende que devido à impossibilidade da existência de uma burguesia nacional, não restaria alternativa para os trabalhadores, ou para as esquerdas, senão trabalhar pela revolução socialista. O autor considera segunda teoria como consequência de uma reação aos golpes militares, e de outro lado, uma reflexão sobre o milagre econômico. Nesse período, o modelo de

desenvolvimento que estava sendo desenhado no cenário político e econômico do país possui claramente características de um desenvolvimento dependente:

A versão da dependência associada deriva diretamente da escola de sociologia de São Paulo, e é originalmente também de base marxista. Sua análise é, de um lado, uma reação aos golpes militares no Cone Sul a partir de 1964, e, de outro, uma reflexão sobre o 'milagre econômico' que começa no Brasil em 1968. Os pesados investimentos na indústria promoviam, então, mais uma etapa da industrialização por substituição de importações, ao mesmo tempo que pareciam causadores de um novo pacto político que agora unia a tecnoburocracia do Estado com os empresários industriais e as empresas multinacionais, e dele excluía radicalmente os trabalhadores. Em consequência, o novo modelo de desenvolvimento que se delineia a partir de meados dos anos 60, o modelo de desenvolvimento dependente e associado, era, no plano político, autoritário, e no econômico, concentrador de renda. Essas circunstâncias serviram de base para a teoria da dependência associada, cujo trabalho fundador é o ensaio que Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto publicam em 1969 no Chile, *Dependência e Desenvolvimento da América Latina* (Bresser Pereira, 2005, p. 17).

A teoria da dependência associada pode ser explicada em uma idéia simples: já que os países latino-americanos não podem contar com uma burguesia nacional, a alternativa que lhes resta é se associarem ao sistema dominante, e aproveitarem as frestas que esse oferece, para que a América Latina se desenvolva.

Para Cardoso (1980), os estudos sobre a dependência mostravam outro aspecto sobre a articulação com o desenvolvimento dos países, somava-se ao econômico o aspecto político, uma vez que os interesses econômicos externos articulam com os desejos e prioridades das classes dominantes internas, jogos de interesse que penetram até no Estado. Ao que parece, fica posto um *beco sem saída*: aos países da periferia não seria possível migrar para o centro, pois quando não dependem do capital externo, dependem da vontade política e da articulação de interesses da classe dominante local.

A terceira teoria de explicação sobre a dependência, conforme Bresser Pereira (2005), denominada desenvolvimento nacional-dependente, "embora tenha diversos pontos em comum com a da dependência associada, distingue-se dela por negar a premissa principal: a impossibilidade de existir uma burguesia

nacional, ou, mais amplamente, de elites nacionais” (p.18). Nesta perspectiva, o desenvolvimento é possível porque existe a probabilidade de os empresários e os intelectuais voltarem a se associar aos trabalhadores e aos técnicos do governo, em torno de questões e de uma estratégia nacional.

A estrutura econômica e política da ditadura militar, nos anos 1970, estava baseada em um mercado nacional dependente da economia internacional e, assim, demonstrava profunda vulnerabilidade às crises internacionais. Os primeiros sinais de desgastes do modelo aplicado pelo general Médici começam a aparecer no final de seu governo.

A balança comercial era profundamente desfavorável, pois produtos exportados pelo Brasil, como café e açúcar, passam a ser desvalorizados, enquanto que matérias-primas importadas, como o petróleo, elevavam seus preços – lembrando que a crise do petróleo aconteceu neste mesmo período. Soma-se a isso a crescente urbanização das cidades, com a migração do campo para cidade, a desvalorização do poder aquisitivo do salário mínimo que rebaixa as condições de vida da população (Escorel, Nascimento e Edler , 2008).

Retomando o debate sobre a saúde dentro desse contexto, apesar de o período ser marcado pela supressão de debates sobre alternativas ao modelo hegemônico, militantes da oposição, intelectuais e políticos questionavam o regime. Na metade da década de 1970, a ditadura militar começa a perder legitimidade, conforme afirmam Faleiros et. al. (2006), o regime apresentou fissuras, movimentos populares de contestação começam a contestar a exclusão social. A insatisfação também é percebida nas eleições municipais, principalmente em 1974, quando a oposição apresenta melhores resultados.

O governo Geisel (1974-1978) pode ser considerado um marco na inflexão política do regime militar, pois teoricamente inicia uma distensão “lenta, gradual e segura”. Uma vez que o cenário econômico não estava a favor do regime, o cenário político também estava em crise, observada nas derrotas eleitorais, o qual buscou um exemplo de medida que procurou responder às demandas

econômicas e sociais, que foi a implantação do II Plano Nacional de Desenvolvimento.

A definição do nome de Geisel para presidente ocorreu nos primeiros meses de 1973, ano em que o PIB cresceu 14%, portanto no auge do “milagre”. A crise do petróleo, estopim do final do ciclo de crescimento iniciado em 1968, só ocorrerá no último trimestre de 1973, período no qual o preço do barril salta de U\$ 2,90 para nível próximo a U\$ 12,00. Pesquisas em jornais (*Folha de São Paulo* e *Correio do Povo*, de Porto Alegre) e revistas da época (*Veja* e *Visão*) não permitem detectar nesta época qualquer menção ao II PND, ou a um projeto de crescimento acelerado como proposta do grupo que ascendia ao poder — e, muito menos, de um aprofundamento da substituição de importações sob a égide do Estado (Fonseca & Ribeiro, 2008, p. 37).

Nesse contexto de enfraquecimento do regime, o estado autoritário busca alternativas para manter o poder, como por exemplo: implementar ações que unissem o econômico e o social, nessa tentativa que surgem algumas mudanças no campo da saúde que proporcionaram certa abertura de novos espaços para militantes que reivindicavam um sistema de saúde diferente.

Teoricamente, o Estado voltava-se para a junção de políticas econômicas e sociais, para uma abertura política, que não significava uma reforma política ou mudança de regime, como havia acontecido nos anos 1964. O governo militar objetivou legitimação ao implementar medidas, como o II PND, que apesar de estar focado no crescimento econômico, integrou ações voltadas para o social, abordando temas como: desenvolvimento social, (tratado em um capítulo específico), emprego, distribuição de renda, educação, habitação, saúde (níveis sanitários básicos, assistência médica previdenciária). A abertura política e o II PND encaixam-se em uma mesma concepção: retirar o regime da crise econômica e política, nacional e internacional.

Não há dúvidas de que o II PND é um plano “politicamente determinado”, se por isto se entender seus *condicionantes políticos* — no caso, principalmente o fato de ter sido formulado e implementado em um contexto no qual o governo que ora assumia presenciava o fim do “milagre brasileiro” e, com ele, inviabilizava-se a retórica da busca de coesão através do expressivo desempenho da economia. O plano, neste aspecto, prestava dupla colaboração: alentava a possibilidade de manter o crescimento e, ao mesmo tempo, contribuía para propiciar um clima favorável às mudanças políticas pretendidas,

consubstanciadas no projeto de distensão política (Fonseca & Ribeiro, 2008,p. 45).

A distensão política e a implementação do II PND permitiram um cenário de maior politização da saúde, tornando um campo de reivindicações para além das universidades, dos partidos clandestinos, as quais passam a ser localizadas no interior do Estado (Fleury, 2008). O governo criou neste mesmo período o Conselho de Desenvolvimento Social – CDS, outro artifício utilizado pelo regime para sua legitimação. A falta de profissionais técnicos para trabalhar nos novos espaços gerados acabou levando à contratação de profissionais antagônicos ao regime, até então, dominados pelo regime autoritário. O “Príncipe” autoritário, em uma estratégia para manter seu espaço político, acaba abrindo as portas para a oposição.

O mesmo aconteceu no campo da saúde, onde também foram criados novos espaços institucionais, entre eles estão: o Instituto de Medicina Social – IMS, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Uerj, e a criação na Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, do Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos – Peppe e do Programa de Estudos Socioeconômicos da Saúde – Peses. Ações da conjuntura estatal nos anos 1970 que contribuíram para o desenho e a organização de um movimento que buscava mudanças no campo da saúde.

Outra mudança que vale ser lembrada foi a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, que trouxe como consequência mudanças na estrutura do INPS. O governo federal subdividiu-o em: Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social - IAPAS, com o objetivo de administrar as arrecadações, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, voltado para a assistência médica e no INPS foi mantida a responsabilidade sobre as aposentadorias e pensões.

O Ministério da Saúde continuava com a responsabilidade pelas campanhas e programas de vacinação, vigilância sanitária ambiental, epidemiológica, entre outras. Aos que não tinham emprego formal e não possuíam condições financeiras para pagar pelos serviços de saúde, sobravam apenas alguns

hospitais filantrópicos, grande parte dos brasileiros era tratada, neste período, como indigentes para o sistema de saúde.

O movimento sanitário se indignava contra esse quadro e se colocou à disposição para lutar pela transformação. Era um movimento formado por um grupo de intelectuais, que podem ser considerados como intelectuais orgânicos, segundo definição teórica de Antonio Gramsci. Onde estão incluídos trabalhadores da saúde, técnicos da saúde, professores, médicos, estudiosos da saúde que se envolveram em prol de uma luta que reivindicava a implementação de um projeto alternativo, contra hegemônico. Neste projeto, a saúde é considerada como um direito universal, o cuidado se voltava para a saúde e não para curar doenças, partindo de uma posição crítica ao modelo assistencial privatista hospitalocêntrico. Esse novo movimento possui inspiração na corrente sanitária desenvolvimentista, que havia perdido espaço com o golpe militar nos anos 1964.

Os ensinamentos de Gramsci (2000) e de Morrin (2001) são utilizados por Castro (2008) como apoio para estudar a participação da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, na difusão da medicina social para saúde e suas conexões com a reforma sanitária brasileira, na década de 1970.

Reconhecendo-se que os militantes da Reforma Sanitária Brasileira tinham uma proposta (a despeito das divergências entre eles) para reformar o sistema de saúde do país, fundamentada em críticas ao sistema até então em vigor, e que se autorizaram a divulgar esta proposta para além dos ciclos acadêmicos penetrando em diversos segmentos da sociedade, compreende-se nesses militantes a ação intelectual discutida no sentido assinalado tanto por Gramsci como por Morin. (Castro, 2008, p. 63)

O conceito de intelectual orgânico elaborado por Gramsci é uma oposição ao intelectual modelo, neutro, que não interfere oposta àquela intelectualidade limitada à escolaridade ou à erudição. Para esse autor, o intelectual orgânico estabelece uma conexão histórica entre a teoria e a prática, não distancia as massas das formulações intelectuais que desembocarão no movimento da Reforma Sanitária. Iniciativas e debates saem do meio acadêmico e tornam-se públicos, pela melhoria das condições de saúde da população brasileira e pela

redemocratização do país. O campo da saúde visto como lugar da ação política não limitada a curar doença.

O SUS tem sua gênese neste movimento que tencionou uma totalidade de mudanças ideológicas e também na prestação de assistência à saúde, que é refletida nos indicadores e na qualidade do serviço prestado à população. Ao reconhecer a saúde como direito de todos, a Constituição de 1988 objetivou criar condições legais, institucionais para a implementação de um modelo de assistência universal, próximo do modelo inglês beveridgiano¹⁶. Um sistema público que atendesse a todos os cidadãos, independente de filiação profissional ou previdenciária, custeado por recursos advindos do erário público. No entanto, após mais de 20 anos de criação do SUS, o modelo de brasileiro de assistência à saúde pode ser considerado como plural, pois possui características de um modelo bismarckiano, de um modelo liberal privatista e constitucionalmente um modelo universal.

¹⁶ O modelo recebeu este nome por ser inspirado na proposta apresentada ao governo inglês em 1942, por William Beveridge, uma proposta de universalização do seguro social.

CAPÍTULO III

3. A DIMENSÃO SOCIAL DO PROJETO MONTES CLAROS: HISTÓRIAS, E SIGNIFICADOS PARA O SUS E O DESENVOLVIMENTO DA CIDADE

A teoria social da medicina adotou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde e doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico/social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, visando, a partir dessa prática, a uma transformação social (Escorel, 2008, p. 387).

INTRODUÇÃO

A construção deste capítulo teve duas perguntas norteadoras: a primeira é qual o significado do Projeto Montes Claros, como uma experiência singular e antecessora do Sistema Único de Saúde? Para respondê-la, buscamos apresentar a história do Projeto, suas relações com outros projetos, a participação dos sujeitos, de instituições e seus significados para a saúde pública, enfatizando o caráter contra-hegemônico que idealizava uma transformação social e democratização da saúde e do país. A segunda pergunta é: havia no contexto de criação e implantação do Projeto Montes Claros uma preocupação com o desenvolvimento da cidade? Para tanto, procuramos através das fontes perceber se houve impacto social sobre Montes

Claros, em particular sobre seu caráter de pólo regional que se fortalecia naquele momento da década de 1970.

Na construção deste capítulo, são apresentados resultados de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema: livros, dissertações, artigos, teses, leis, consultas a base de dados *scielo* Brasil, e pesquisa documental no Centro de Pesquisa e Documentação Regional da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, onde foram encontrados documentos sobre o *Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento de Assistência Sanitária Rural - IPPEDASAR*, entre eles: Termo de convênio celebrado entre serviços de saúde pública e a FUNM, visando à execução de atividade de treinamento no campo de saúde; Estatuto do IPPEDASAR/ Certidão de criação; Convênio entre a Universidade Norte Mineira e o IPPEDASAR. Intentamos analisar as informações procedentes para responder as indagações acima.

3.1 O Movimento e a Reforma Sanitária

O movimento sanitário, como uma prática política ideológica surgiu nos Departamentos de Medicina Preventiva que foram criados com a Reforma Universitária em 1968, original nos Estados Unidos do início dos anos 1960. Em um primeiro momento, “as determinações sociais que interferem na produção das doenças e nas relações entre o setor saúde e a população não eram geralmente questionados”, (Escorel, Nascimento e Edler, 2008, p.65).

Os estudos realizados por Sérgio Arouca (grande nome da Reforma Sanitária Brasileira), em 1975, ficaram expressos no livro *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão crítica da Medicina Preventiva*. Esse trabalho contribuiu para uma crítica da concepção sobre a medicina preventiva liberal com raízes americanas, e para criação de uma teoria social da medicina no Brasil. Ao refletir sobre a medicina preventiva, Arouca demonstrou a fragilidade de suas noções e a dificuldade em tornar-se uma prática. O autor faz a seguinte observação sobre a medicina preventiva:

em síntese, possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao constituir, através do discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações. (Arouca, 2003, p. 252)

Para os envolvidos neste movimento, a ciência, a medicina, o campo da saúde não serão mais vistos como neutros, a realidade sanitária será um objeto de intervenção prática e política, pela implementação de uma práxis efetiva. É a teoria e a prática, sendo utilizadas pelos intelectuais que debatiam a saúde pública no país, na busca pela transformação das condições de saúde.

O discurso preventivista, após o seu desenvolvimento nos países centrais, ganhou, depois da Segunda Guerra Mundial, uma expansão para a América Latina, através de seminários patrocinados por agências internacionais. Dessa forma, o discurso preventivista representou uma construção teórico-ideológica do real nos países dependentes, criando não só intelectuais orgânicos, como também uma forma de pensar essas novas realidades, transplantando não só a problemática, como também a forma de pensá-las e resolvê-las (Arouca, 2003, p. 251).

No início das articulações, o processo não era denominado movimento, chegou algumas vezes a ser chamado de partido sanitário. A primeira vez em que foi denominado de movimento sanitário foi na dissertação intitulada: *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, por Sarah Escorel. Arlindo Fábio Gómez de Souza¹⁷, em entrevista a Faleiros et. al. (2006), designa o movimento como uma estrutura partidária e descreve algumas características, entre as quais destaca a coesão existente no campo da saúde, diferente, por exemplo, da educação:

Havia uma base comum, diferentemente de outras áreas. Por exemplo, a própria educação, que é muito densa, muito pesada nas suas novas composições, não tinha essa coesão, um consenso, no que diz respeito às necessidades de mudança. E outras áreas também não, que dizer a discussão política havia sido perdida ao largo dos anos 1960, 1970, no Brasil, a questão da reforma agrária, da reforma urbana, da reforma política, e a área da saúde não, ela estava mantida. Até porque existia uma coisa chamada Partido Sanitário Brasileiro, e não

¹⁷ Arlindo Fábio Gómez de Souza é sociólogo; especialista em Administração e Planejamento em Saúde, foi coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1987); foi presidente da Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1992-1994). Em 2005, chefe de Gabinete da Presidência da Fiocruz e Superintendente do Canal Saúde/FIOCRUZ (Faleiros, et.al., 2006).

se pode fazer nenhum tipo de análise nessa época sem que o partido sanitário seja considerado, ele que era um espaço de articulação das organizações, [...] as lideranças, de forma plural (p.65/66).

A ideia de partido é refutada por Sarah Escorel, lembrando que o movimento foi chamado de partido, em uma reunião da Organização Pan-Americana de Saúde, em um debate entre conservadores e Arouca, Eric e Eleutério, quando o conservador César Vieira, se referiu de maneira pejorativa aos opositores “vocês são um partido sanitário”. Assim ela defende:

[...] não é partido, não é uma coisa institucionalizada, organizada, muito pelo contrário, é uma coisa que cresce, flui, que diminui, aparece, desaparece, como ondas. Ou seja, tem todas as características de um movimento social. É o que chamei de movimento – não é um partido, não é uma burocracia, não tem um regime interno. As pessoas se identificam, porque têm uma abordagem teórica, um mesmo discurso e uma mesma luta. As pessoas se tornam parceiras de uma proposta de transformação e entram e saem e vão e voltam (Escorel em entrevista a Faleiros et. al. 2006, P. 66).

O movimento sanitarista pode ser compreendido, conforme tese de Pierre Bourdieu, para entendermos os conflitos naquele momento, no campo da saúde. Propomos aqui a categoria de campo como lugar da ação política, uma vez que delimita algumas práticas sociais e sua interface, com a implementação de certos interesses que configuram um espaço social conflitivo.

O momento histórico em que surge o movimento reformista era de caráter repressivo, em plena ditadura militar. No campo da saúde, um poder simbólico manifesta-se através da produção e reprodução de discursos que se legitimam, alcançando cada vez mais aceitação; é um caráter de discurso hegemônico, tão forte quanto o obtido pelos privatistas ou biologicistas.

Segundo Bourdieu (2005), conflito é inerente ao campo, ele existe entre os que o dominam e os demais, não pode ser considerado como estrutura fixa, pois são resultados da história. O que determina um campo é a ação dos indivíduos

e dos grupos, constituídos e constituintes das relações de força, por meio da luta na qual ocorrem o embate e a transformação. O movimento pela reforma sanitária representa um campo, onde um grupo de intelectuais se empenhava na luta pela transformação não só do sistema de saúde brasileiro, mas também pela redemocratização do país, sem usar força física.

José Carlos Noronha, em entrevista a Faleiros et.al. (2006), ao analisar o movimento da Reforma Sanitária, afirma que este possui quatro vertentes: uma acadêmica; a segunda vertente é a da gestão; a vertente da estruturação política; e a quarta, que é considerada como eixo estruturador do movimento, a participação da comunidade.

Na vertente acadêmica, encontram-se as influências que constituíram a base teórica e ideológica do movimento, com abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina. Noronha destaca os trabalhos de Michel Foucault e Ivan Illich¹⁸, Faleiros et. al. (2006), acrescenta a contribuição trazida pela Reforma Sanitária italiana, com Franco Basaglia e Giovanni Berlinguer¹⁹, como relata Temporão a Faleiros et. al (2006, p.60):

A Reforma Sanitária é uma coisa singular na história latino-americana. Teve tudo a ver com a ditadura e a luta pela redemocratização, com uma forte participação estratégica do PCB. A minha base no partido pensava e trabalhava [...] percebendo a importância dessa relação de democracia e saúde no sentido bastante amplo. Claro, a gente tava bebendo um pouco da experiência italiana, especialmente com Giovanni Berlinguer.

¹⁸ Conforme Nogueira (2003): Na primeira metade dos anos setenta do século passado, um ex-padre austríaco-americano lançava a crítica mais contundente até então empreendida contra a Medicina moderna. Dizia Ivan Illich, (1975, p.1) logo no primeiro parágrafo de sua *Nêmesis da Medicina*: "a Medicina institucionalizada transformou-se numa grande ameaça à saúde". A versão inicial desse trabalho havia sido escrita em 1973, por ocasião de um período de estudos de Illich em Cuernavaca, no México, e dela apareceram três diferentes edições: Londres (1974), Paris (1975) e Nova Iorque (1976). Na tradução brasileira de 1975, feita com base na edição francesa, lê-se na introdução: "A empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado".

¹⁹ Segundo Castro (2008), Giovanni Berlinguer, professor de medicina da Universidade de Roma, publicou diversos livros tratando de temas variados como a relação entre psiquiatria e poder, as instituições previdenciárias, a saúde nas fábricas, a política da ciência, a mortalidade infantil, as doenças na área metropolitana.

Roberto Nogueira Passos, em entrevista a Castro (2008), pontua uma importante reflexão sobre a presença desses autores (Foucault, Illich e Giovanni Berlinguer) entre o pensamento dos intelectuais envolvidos no movimento sanitário. Destaca a importância deste último, como maior inspiração para o movimento do que a linha crítica e filosófica de Foucault e Illich. Afirma que o contato com esses autores foi fundamental, pois trouxe uma nova forma de pensar a saúde, as enfermidades, o nascimento dos hospitais e a problematização de questões como a medicalização.

Novos interlocutores apontavam para os estudos socioeconômicos em saúde e para os estudos epidemiológicos e populacionais no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com Sérgio Arouca e outros tantos pesquisadores, não sem um certo grau de disfarçada competição. A utopia de uma interdisciplinaridade que se traduziria em um trabalho coletivo, que resultasse na construção de diferentes paradigmas em medicina social, levaram a Rosen, Virchow, Jules Guérin, William Petty, Graunt, percorrendo depois Ganguillemn, Michel Foucault e Ivan Illich. No turbilhão de autores, discutidos no fim da tarde à beira de alguma birosca da moda, iam sendo urdidas idéias, projetos, soluções nem sempre exeqüíveis (Cordeiro, 2004, p. 345).

Retomando a análise realizada por Noronha, a vertente acadêmica²⁰ era constituída por intelectuais que buscavam reinterpretar a medicina social e a nova saúde pública, incentivada pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, (com a constituição dos Departamentos de Medicina Preventiva). Nomes como: Cecília Donnangelo, Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro, Nina Pereira, Antônio Ivo de Carvalho, Sônia Fleury, Sara Scorel, José Carvalho de Noronha, Eleutério Rodrigues Neto, Carlos Gentilli de Melo, Paulo Buss, Ana Maria Tambelline, Jairnilson Silva Paim, podem ser citados como integrantes da vertente acadêmica.

Em seus estudos acadêmicos, teses, pesquisas, debates e artigos trabalhavam uma revisão do conceito saúde-doença, a determinação social da saúde e uma

²⁰ A veiculação das ideias e do pensamento crítico no campo da saúde, teve a seu favor duas entidades, criadas ao longo do processo e como resultado, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes, em 1976, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, 1979. A Cebes lançou a *Revista Saúde em Debate*, com forte influência marxista. A revista era forte meio de comunicação do movimento.

nova política de organização dos serviços. A saúde é recolocada no mundo da política e de um ponto de vista reflexivo com inspiração não somente marxista, mas de novas vertentes críticas que entendem o papel fundamental da saúde na estrutura e no modo de produção de uma sociedade (Faleiros, et. al., 2006).

A segunda vertente é a experiência de gestão dos serviços, na qual os debates que ocorriam na academia passam a ser efetivamente uma experiência prática, que tem em Montes Claros, um dos grandes exemplos. A terceira vertente da estruturação política diz respeito à ligação dos militantes do movimento em algum partido político, alguns até clandestinos. Essa característica contribuiu decisivamente no processo constituinte, caracterizando o grupo como uma frente parlamentar. A quarta vertente que aponta o envolvimento com movimentos populares, na fala de Chicão (Francisco de Assis Machado) ²¹, mesmo em casos quando os movimentos populares estavam ligados indiretamente à questão da saúde, já articulavam com pessoas que viriam constituir o movimento:

Em 1972, um agente da OPAS chamado Eduardo Soler promoveu um encontro em Brasília de várias experiências que não eram só de saúde, mas experiências onde havia participação popular e o Soler entendeu que a preocupação da equipe do Vale do Jequitinhonha em incorporar os saberes populares era importante (Entrevista a Faleiros et. al, 2006,p.63).

Para Sarah Scorel, o encontro entre o movimento sanitário e o movimento popular ocorria por representação e luta, (sendo que o primeiro sempre falou pelas classes populares), pois muitas vezes elas (as classes populares) não estavam presentes, a ditadura militar limitava a mobilização dos movimentos.

Nessa última vertente, a que Noronha se refere como popular-sindical, percebe-se uma incorporação gradual de propostas do movimento sanitário na luta dos movimentos populares e sindicais, sejam elas: universalização, descentralização e o processo participativo. A participação popular veio conferir

²¹ Chicão é Médico, Sanitarista; Mestre em Ciência Política; implantação do Projetos Montes Claros/MG (1975-1977); Coordenação do PIASS (1977-1979); Presidente da CEBES(1985); Coordenação do AIS/INAMPS(9185-9186); Professor Adjunto da Faculdade de Medicina/UFMG (1980-1995); Assessoria e Pesquisa em Projetos do Ministerio da Saúde, em 2005 – em exercício no período da entrevistas. (Faleiros, et. al, 2006).

maior legitimidade à luta pelas mudanças e que trouxe contribuições para a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988 (Faleiros, et., al., 2006).

3.2 Apresentando o Projeto Montes Claros e sua dimensão social

Na conjuntura política-social do governo Geisel (1974-1978/9), reinicia um projeto em Montes Claros, que havia sido implementado, em 1971, com nome e algumas características diferentes. Era o Projeto Montes Claros considerado por muitos que participaram do movimento pela reforma sanitária brasileira como *a experiência* de gestão fundadora do movimento no Brasil²² e uma das experiências de medicina comunitária mais bem sucedidas na época.

O Projeto Montes Claros foi uma experiência prática, contra-hegemônica, que possuía intrinsecamente uma dimensão inovadora e crítica ao modelo de assistência à saúde brasileiro, construída em ambiente de múltiplos interesses, sejam econômicos, sejam políticos, em disputa, em conflito. A partir de tais características já se identifica a dimensão social do projeto, que não estava limitado ao entendimento de saúde apenas na sua dimensão biológica e de assistência médica simplesmente.

O Projeto Montes Claros não foi certamente a única experiência inovadora nesta perspectiva. Tornou-se, no entanto, emblemática, não só pela extensão dos serviços públicos que implantou, como também pelas forças políticas que nela se fizeram presentes e pelos conflitos/contradições que evidenciou no campo da saúde. Contribuiu para a construção de uma cultura política na área da saúde, onde os sujeitos aí implicados chegaram a ocupar destaque e decisão no processo de construção e efetivação política da Reforma Sanitária ao longo dos anos 80. O “Projeto Montes Claros” tornou-se “fato político” na constituição do Movimento Sanitário no Brasil (Vieira e Lima, 1995, p. 78).

Sara Escorel (1987) apresenta o projeto dividido em três etapas: O Instituto de Preparo e Pesquisa para Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural -

²² Santos, 1995, Van Stralen, 1995, Campos, 1995, Lobato, 1995, Fleury, 1995, Escorel, 1998, Paim, 2007.

IPPEDASAR que começou em 1971 e terminou em 1974; o Projeto Montes Claros – Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (1975-1977); e a incorporação ao Programa de Integração das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, no período de 1977 até 1979. Já para Santos (1995) os períodos diferentes de criação, implantação e finalização do Projeto Montes Claros: primeira fase como IPPEDASAR (1971-1973); (1975-1978) a implantação do Sistema Integrado de Prestação de Serviços do Norte de Minas (Projeto Montes Claros); (1978-1979) integração ao PIASS.

Na primeira fase do Projeto, a participação do *Doutor Leslie Charles Scofield Júnior*²³, um americano, que é apontado como o idealizador do projeto de assistência à saúde para a região com ênfase na assistência simplificada, regionalizada, hierarquizada, propondo os vários níveis de assistência que serviram de base para a criação do Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento de Assistência Sanitária Rural – IPPEDASAR.

Foi o Doutor Leslie Scofield Júnior que intercedeu junto ao Doutor Joseph Beasley, Presidente da Family Health Foundation, a USAID – Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional – para a aprovação de um financiamento de US\$ 4 milhões para o Governo de Minas Gerais implantar a rede de unidade de saúde na região. Esse projeto, encampado pela Secretaria de Estado da Saúde, veio a ser conhecido como Projeto Montes Claros e forneceu como um modelo para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Nos anos 1970 foi concluído um estudo sobre a região, depois de vários contatos entre a Secretaria de Saúde de Minas Gerais, a Faculdade de Medicina da UFMG, o Ministério da Saúde e a Fundação Norte Mineira de Ensino Superior – FUNM, a partir disso, foi instituído o IPPEDASAR. Conforme Estatuto do IPPEDASAR, estavam previstas pesquisas para conhecer a

²³ Ele foi colaborador e Diretor Associado de Planejamento do IPPEDASAR, viabilizando convênio entre a extinta Fundação Norte Mineira de Ensino Superior (FUNM), a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e com a Universidade de Toulane/Family Health Foundation (EUA). Esse convênio tinha como objeto o a implementação do Projeto Regional de Saúde do Norte de Minas.

realidade biossocial dos municípios da região e, ainda, previa-se a “classificação de indigentes²⁴ para atendimento nas unidades auxiliares”.

A medicina comunitária surge no cenário nacional, dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva, com ações sociais voltadas para as populações marginalizadas, vindo de experiências aplicadas nos EUA, nos anos 1960, apesar de não ter ido adiante naquele país, onde prevaleceu o modelo liberal.

Na medicina comunitária, as ações de cunho preventivistas, voltam-se para a relação do homem com o meio, assim, a intervenção estatal não foca apenas na higiene do meio. Outra característica importante é o envolvimento da população com o auto-cuidado, e um papel ativo, um exemplo que pode ser utilizado, é a convocação e dependência da participação das pessoas no combate e prevenção ao dengue.

Nos anos 1960, os Estados Unidos estavam marcados por uma conjuntura de mobilização popular, luta por direitos humanos, submergidos em questões sobre racismo, guerra do Vietnã, pobreza urbana, que demandavam novos modelos de intervenção voltados para habitação, educação, saúde. E no campo da saúde é organizado o trabalho com medicina comunitária, baseada em implantação de centros comunitários de saúde (Paim e Almeida Filho, 1998).

O trabalho com centros comunitários de saúde e a oferta local de serviços de saúde por meio de serviços ambulatoriais em meio aos aspectos precários da vida urbana moderna com equipe profissional de qualidade; e a participação popular não são essencialmente novos, pois foram aspectos centrais de um movimento que se desenvolveu nos EUA e alcançou seu auge durante os anos 30 do século passado, mas depois declinou. A ascensão e queda do primeiro movimento de centros comunitários de saúde são estudadas por Rosen (1979), que observa sobre o início dos trabalhos comunitários:

A consciência de que a doença predominava entre os pobres e de que o cuidado médico acessível a eles era inadequado deu origem a tentativas de melhorar sua saúde através de uma

²⁴ As pessoas que não trabalhavam de carteira assinada eram consideradas pelo sistema previdenciário e de saúde como indigentes, o que demonstra o alto grau de exclusão do sistema de saúde brasileiro àquela época.

oferta mais eficaz de atenção médica. Historicamente, tal consideração expressou-se na criação de programas e de meios que vão desde os dispensários do século XVIII até os atuais centros comunitários de saúde. Na verdade, estes centros surgiram a partir do reconhecimento de que as providências e os programas existentes nos Estados Unidos não estavam satisfazendo as complexas necessidades sanitárias dos pobres (Rosen, 1979, p. 371).

No Brasil, o modelo focal de medicina ou saúde comunitária foi implementado nos anos 1970, incorporava estudantes de medicina, enfermagem, odontologia, em muitos projetos que possibilitaram a integração ensino/serviço por meio da Integração Docente-Assistencial – IDA, projetos vinculados aos departamentos de medicina preventiva (Paim, 1998, p. 6). As características desse modelo, destacadas por Paim, são as seguintes:

Este consiste na implantação de serviços básicos de saúde para populações pobres das periferias urbanas ou residentes de áreas rurais sem acesso a serviços de saúde. Buscava-se a integração de ações preventivas e curativas, com ênfase em atividades extramurais (visitas domiciliares, trabalho de campo, saneamento, reuniões, ações educativas, etc) e no uso de pessoal auxiliar.

Não há dúvidas de que a medicina comunitária foi uma alternativa encontrada em oposição ao sistema de saúde voltado para medicina curativa, privada e hospitalocêntrica, já que não havia a disposição para a agenda da saúde grandes investimentos voltados para a saúde pública.

A concepção do IPPEDASAR ocorreu em 1971, com a assinatura do convênio entre o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane/ Family Health Foundation, o governo de Minas Gerais e a Fundação Norte Mineira de Ensino Superior – FUNM (atual Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES). Conflitos surgiram entre as concepções de saúde que compunham o instituto e, em 1973/1974, chegou ao fim a fase IPPEDASAR. Entretanto, ele foi muito importante, pois além de ter feito o diagnóstico da região, fez as propostas das diretrizes que seriam implementadas pelo PMC.

De acordo com a *Ata de reunião do Conselho de Orientação do IPPEDASAR*, em 20 de abril de 1974, foi comunicado aos conselheiros que devido denuncia, o convênio celebrado entre o governo do estado, o IPPEDASAR e o The Family Health Foudation chegava ao fim. A ata conclui apontando a inviabilidade da continuação deste instituto e propõe a dissolução do IPPEDASAR, sem maiores detalhes sobre do que se tratavam as denúncias. Portanto, concluímos que a oficialização do fim da fase IPPEDASAR do projeto foi em 1974. Sobre a segunda e terceira fase do Projeto não foram localizados documentos que fizessem referência a tais períodos.

A desativação do projeto ocorreu devido a problemas de resistência da Secretária de Saúde de Minas Gerais, que se posicionava contra o controle de natalidade – havia uma prioridade para trabalho com mulheres entre 15 e 49 anos; outro problema que inviabilizou o andamento do IPPEDASAR foram as acusações de desvios de recursos sobre a Family, Health Foundation, e ainda, um terceiro motivo, (que surge na bibliografia estudada), foi a preocupação com o trabalho desenvolvido pelos auxiliares de saúde, pois havia um certo receio de que esses profissionais substituíssem os médicos.

Em 1975, acontece a implantação do “Sistema Integrado de Prestação de Serviços do Norte de Minas”, após um período de muitas negociações entre Ministério da Saúde, a USAID; com a saída da Universidade de Tulane/Family Health Foundation; e uma nova administração na Secretaria de Saúde de Minas Gerais, com a posse do governador Aureliano Chaves e do secretário de saúde Dr. Dario de Faria Tavares. Nessa etapa, uma figura de destaque foi Francisco de Assis Machado diretor do Centro Regional de Saúde de Montes Claros (Santos, 1995).

A gestão de Francisco de Assis Machado é apontada, em diversos estudos sobre o período, como de fundamental importância no desenvolvimento do projeto, o qual buscou em seu trabalho inovador deslançar o Projeto Montes Claros - PMC. Em entrevista a Vieira e Lima (1995, p.69), Francisco de Assis Machado (Chicão) descreve que, quando chegou em Montes Claros, encontrou uma organização bem tradicional, e que havia apenas um almoxarifado com a

principal função de distribuir medicamentos. O depoimento de José Saraiva Filipe certifica o papel da gestão de Francisco de Assis Machado:

A idéia de gênese do projeto Moc vem de 1972, aquelas histórias de que a Family Hearth entendeu de se fazer um projeto que, ao mesmo tempo em que ampliasse uma estrutura de atenção à saúde nos postinhos rurais, este era um modelo que a OPAS vinha preconizando, que pudesse estabelecer também uma questão de planejamento familiar na região. (...) O que acho que aconteceu de novo, o salto qualitativo do projeto foi quando o Chicão [Francisco Machado, diretor do Centro Regional de Montes Claros] assumiu. Ele propôs uma releitura dessa proposição técnica que fazia o modelo, e daí veio uma proposta política (...) a saúde era muito mais fruto das condições de vida e trabalho e que para mudar a saúde era necessária mudança nas condições de vida. Eu acho que a gente superou esse ar de ingenuidade. A discussão tem que estar associada [à proposta] de você montar um sistema de saúde (Saraiva Filipe, 1993).

O Projeto recebe uma nova postura com Francisco de Assis Machado. É proposta uma releitura, pois havia um modelo colocado em prática em toda a América Latina, que em Montes Claros foi uma contestação do atendimento baseado simplesmente no médico curativo (José Saraiva Filipe, entrevista em 1993). Para um melhor planejamento das ações, foi realizado um diagnóstico nos municípios da região, durante seis meses buscaram observar o modo de vida do povo, sua visão das coisas em geral e dos serviços de saúde. Foram mais de 42 municípios, entre eles estão Salinas, Taiobeiras, Porteirinha, com o intuito também de conhecer o papel das prefeituras no processo, “pois não existia nada em termos de atendimento de serviços de saúde, na maioria dos lugares” (entrevista com José Agenor A. da Silva, citada por Santos, 1995, p.).

O Projeto Montes Claros, no Norte de Minas Gerais, não foi apenas um projeto regional, foi o lugar da práxis do que estava sendo debatido na academia. As participações desses intelectuais não se limitaram ao debate, mas eles foram a campo, envolvendo-se em conflitos de interesses, apresentando uma contraproposta, incentivando o debate sobre a necessidade da reestruturação na prestação dos serviços, com uma dimensão crítica, social e política do conceito de saúde.

Assim, merece destaque, o caráter social do projeto, que os integrantes, que o defendia, entendiam a saúde não apenas limitada ao conceito biológico, ou como oposto de doença. Em Montes Claros, vivenciou-se a teoria transformada em ação política. O significado de política, aqui utilizado, parte do pensamento de Hannah Arendt (2006), compreendendo-a não como domínio, ou da separação entre governados e governantes, ou na utilização da violência, mas sim, como uma ação, reflexo da condição de ser homem, de ser plural, como um momento para criação do novo, inerente a todo homem.

Segundo Sônia Fleury (1995), cabe observar que outras experiências contra hegemônicas²⁵ surgiram no período, além da vivenciada no Norte de Minas Gerais. Nos anos 1970, foram colocadas em prática muitas experiências no campo da saúde que contribuíram com o debate e a elaboração de instrumentos para a modificação do sistema de saúde. No entanto, a experiência de Montes Claros possui um caráter simbólico e político que nenhuma delas obteve.

Para Lobato (1995, p.90), o modelo em Montes Claros ultrapassa a medicina comunitária, ao descrever um momento histórico para o reconhecimento do Projeto frente à burocracia pública, em uma reunião com o Ministério da Saúde em 1976:

Começa aí o reconhecimento do projeto como contendo proposta altamente inovadora. Tendo como máxima a ampliação de cobertura, a proposta condensava as orientações, sendo que de forma renovada. Ultrapassa o modelo de medicina comunitária “de pobre para pobre” e propõe um outro de assistência integral, ampla de pessoal auxiliar; interação preventivo curativo com ênfase no preventivo, integração e inter-coordenação de ações e financiamento multilateral. Tudo isso baseado na participação comunitária.

²⁵ Quando o regime militar começou a se voltar para áreas sociais com o intuito de legitimar seu poder, técnicos inseridos no aparelho estatal participaram de diferentes experiências em todo o país, trabalhavam de forma empírica ou conforme a análise posta em Faleiros et. al. (2006) na vertente da gestão. Noronha, em entrevista a Faleiros et. al. (2006), cita algumas experiências: em 1975, iniciativas no conjunto de experiências de gestão de serviços, aconteceram em Paulínia, com Marília Bernardes, Sérgio Arouca; a da Barra Funda, com José Guedes; a experiência municipalista, com Moreira Franco, em Niterói; em Campinas, com o Nelsão. Nesses espaços havia certas experiências ligadas diretamente à academia, resultado de trabalho de intelectuais ligados aos Departamentos de Medicina Preventiva, militantes de partidos da esquerda, entre outros movimentos de contestação ao militarismo da época. Em alguns casos, contavam com apoio financeiro internacional.

No entanto, na leitura de textos, documentos, artigos, teses, livros sobre o tema, não foi encontrada outra referência para atividades desenvolvidas em Montes Claros como uma experiência para além da medicina comunitária. Mas o Projeto Montes Claros possui, como forte característica a busca pela universalização da saúde, buscou-se com o Projeto colocar fim na exclusão que era características da saúde pública, com esse projeto foi possível demonstrar que era possível um novo modelo de atenção para o país, um modelo mais democrático. Segundo Escorel (2008), o Projeto Montes Claros pode ser assim definido:

um modelo assistencial de extensão de cobertura de serviços de saúde a baixo custo. No seu decorrer, permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular (p.389).

O caráter inovador pode ser encontrado nas seguintes premissas: trabalho em parceria com os gestores municipais, com a descentralização, para legitimação e operacionalização do projeto. No que diz respeito ao trabalho com os municípios, foram mais de 40 municípios contemplados e os recursos eram repassados para os prefeitos. A organização dos serviços de saúde em contato direto com as demandas, que eram conhecidas por meio de diagnóstico da situação epidemiológica e sócio-econômica nos municípios da região.

A administração era democrática, tanto na contratação de pessoas e composição do quadro técnico, quanto na organização e gestão das ações do projeto, através de conselhos decisórios, reuniões e assembleias. As práticas pedagógicas eram fundamentadas, principalmente, em ideias de Paulo Freire, e treinamentos eram realizados com intuito de mobilização, democratização e transformação social.

No caso específico da Atenção Primária em Saúde, uma observação de Francisco de Assis Machado e Faleiros et.al. (2006) reforça a afirmação de que

em Montes Claros houve uma ênfase em práticas de modelos que priorizavam a atenção primária, em 1975, anterior mesmo aos debates da Conferência Internacional de Alma Ata²⁶, em 1978.

Em 1975, em Minas Gerais, entra um novo secretário de saúde, o Dario Tavares, que resolve retomar um projeto do norte de Minas Gerais, financiado pela Usaid, que estava parado porque havia uma desconfiança de que ele fosse utilizado para controle de natalidade. O Dario depurou do projeto essa questão e, na verdade, o projeto tomou a forma de um modelo de Atenção Primária, mesmo antes de Alma Ata. Esse era o Projeto Montes Claros (p.61).

A concepção de medicina comunitária foi base da Conferência sobre Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata e possui como elementos estruturais: a) o resgate da propriedade coletiva como objeto das práticas médicas; b) a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, na tentativa de estabelecer uma integralidade do cuidado; c) a desconcentração de recursos, mediante a hierarquização da oferta de serviços, dividindo a assistência em três níveis de complexidade: atenção primária, média complexidade, alta complexidade; d) a inclusão de práticas alternativas por meio de uso de formas alternativas, acadêmicas e populares de medicina; e) a participação comunitária, para assim envolver a comunidade na solução de seus problemas (Aguiar 2003).

A atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que pode ser entendido como a primeira entrada no sistema²⁷. Para as novas necessidades

²⁶ O evento teve como ponto central de seus debates a Atenção Primária à Saúde – APS, com objetivo de buscar ampliar o acesso com igualdade a toda população, propondo ao final “Saúde para Todos no Ano 2000”, estrategicamente aliando elementos da saúde comunitária. Os cuidados primários, nesta conferência, ficaram definidos como essenciais.

A Declaração de Alma-Ata é um marco, pois estabelece a proposta da Atenção Primária à Saúde. Essa declaração amplia a visão do cuidado à saúde: sai da visão hierárquica do conhecimento especializado da saúde (do médico principalmente, e de todos os outros profissionais da equipe de saúde) e incentiva o envolvimento da população (como paciente, individualizado, e como população). Supera o campo da atenção convencional dos serviços de saúde, valorizando a atenção primária como componente central do desenvolvimento humano. Dessa forma ressalta os fatores necessários para propiciar a qualidade de vida e o direito de bem estar social. Firma o compromisso da meta de Saúde para Todos no ano 2000, ao tempo que estabelece que esta possibilidade dá-se através da estratégia de Atenção Primária à Saúde (Rabello, 2006,p.13).

²⁷ Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a atenção primária a saúde, ao de densidade tecnológica intermediária, atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à

e problemas, fornece cuidado sobre a pessoa, não tendo como foco principal a doença em si, mas a promoção da saúde, a prevenção. No decorrer do tempo, coordena ou integra a atenção para os outros níveis que exijam maior tecnologia ou especialidades médicas.

É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, volta-se para os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (Starfield, 2002).

A preocupação com a falta de recursos é percebida no artigo 3º, do *Estatuto do IPPEDASAR (1971)*, quando são determinados os fins do projeto, entre eles destaca-se: “Utilizar métodos para desenvolver uma assistência sanitária rural de maneira ampla e econômica”. No segundo período do Projeto Montes Claros recursos internacionais vindo da USAID permitiram a implantação do PMC em 1975 (a negociação começou em 1972 na fase IPPEDASAR).

Esses recursos tinham como objetivo: construir ou reformar e equipar mais ou menos 55 Centros e 190 postos de saúde (Machado, 1995), em municípios do norte de Minas Gerais. Implantar posto de saúde na Faculdade de Medicina de Montes Claros, instalar e comprar de equipamentos, sem contar os auxiliares que foram treinados, e, o resultado prático que foi a contribuição com a formação de médicos por meio do internato rural.

A forte defesa de projetos comunitários para os países subdesenvolvidos por parte de órgãos internacionais merece duas considerações. Esses projetos não dependiam de muitos recursos para serem implementados e, por outro lado, chama atenção uma falta de comprometimento em investir recursos na construção de sistemas de saúde públicos, eficazes e equânimes, voltados para os níveis de complexidade mais altos que demandavam investimentos de alta tecnologia. Não está aqui desconsiderando a importância da atenção

saúde (alta complexidade. Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional de recursos e para estabelecer o foco gerencial [...]) (MENDES, 2009, p. 136).

primária na prevenção de algumas doenças, mas o quadro epidemiológico desses países também é constituído por doenças que demandam ações do nível de média e de alta complexidade.

O apoio internacional merece uma leitura crítica, pois a assistência vinda de instituições como OMS, Rockefeller, USAID - United States Agency for International Development (Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional), em países subdesenvolvidos não estava livre de interesses. Na história da implementação do Projeto Montes Claros (PMC daqui em diante), o cenário internacional é de fundamental importância. A relação entre os Estados Unidos da América com a América Latina, depois da Revolução Cubana em 1959, faz iniciar uma fase em que a postura dos EUA era defensiva e imperialista e seu posicionamento apontava como principal objetivo: evitar que a ameaça comunista crescesse.

Santos (1995) descreve um encontro entre o economista Celso Furtado, diretor da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE e o Presidente Kennedy, a convite do governo americano, no qual ficou acordada uma visita de técnicos americanos ao nordeste do Brasil. Após a visita, um relatório foi apresentado constando sérios problemas de miséria e a ameaça comunista vinda de Francisco Julião. Além disso, o relatório denunciava que “a criação da SUDENE não tinha conseguido resolver os problemas” (Santos, 1995, p. 25). A seguir, um trecho do relatório, citado por Sobrinho (1992), onde fica clara a preocupação com as ligas camponesas:

O Nordeste representa 1/3 da atual população brasileira, de 70 milhões, e cerca de 1/5 de sua área territorial...durante os últimos 80 anos, tem representado um agudo problema econômico e social para o Brasil por causa da opressiva pobreza que marca a maioria dos habitantes da área. A contínua consolidação no poder de políticos esquerdistas radicais em posições chave e a emergência rápida e cancerosa das Ligas camponesas lideradas por comunistas - uma organização para-militar em potencial - tem dado novas dimensões nacionais e hemisféricas para os problemas do Nordeste. O espectro da revolução - publicamente predicada por líderes radicais - agiganta-se claramente no Nordeste. Em resumo, isto representa um problema político explosivo para o Brasil e, como tal, um problema para a segurança dos Estados Unidos (Sobrinho, 1984, apud. Ferreira, 73).

Na linha contra o comunismo, os EUA, com empréstimos da USAID a SUDENE, por meio da sua Divisão de Saúde, possibilitaram um movimento de modernização da Secretarias de Estado de Saúde - SES. Em Montes Claros, é criado o Centro Executivo Regional da Saúde, com uma estrutura descentralizada da Secretaria de Saúde do Estado. Não foi identificado na bibliografia estudada grandes feitos no aumento à cobertura da prestação da assistência à saúde, por meio dos investimentos da SUDENE, o que aconteceu foi apenas a compra de equipamentos e o aumento de salários dos técnicos.

No entanto, a criação do Centro Executivo Regional de Saúde [atual Gerência Regional de Saúde], quando aconteceu a descentralização da Secretaria Estadual de Saúde - SES e a modernização da mesma, foi fator que influenciou positivamente na implementação do Projeto Montes Claros. Fleury (1995) pondera que, um dos fatores que imprime singularidade à experiência de gestão em Montes Claros foi a reforma administrativa, que introduziu o planejamento na organização dos serviços e levou a um processo de descentralização, mesmo com conflitos, devido a dicotomia planejamento centralizado e administração regionalizada.

A equipe técnica era formada por profissionais que estudavam ou que estavam envolvidos com a saúde pública na época e atraídos pela idéia central do projeto, como um projeto local, ser exemplo de possível transformação social no âmbito da saúde. Montes Claros era considerada por muitos nesta época como a *Meca da Saúde da Pública* [expressão utilizada por Sônia Fleury] e o perfil técnico dos profissionais envolvidos no trabalho era diferenciado, muitas vezes a seleção voltava-se para o sentido ideológico em uma visão que buscava imprimir o caráter democrático no PMC, havendo uma nítida negação a especialidades e a experiências de trabalhos anteriores, o que pode ser confirmado no depoimento de Sobrinho (1995) sobre a sua inserção:

O critério de seleção utilizado por eles foi surpreendente, dado o caráter repressivo do regime militar que prevalecia no país. Bastava que eu me identificasse com o “povo”. Que fosse “de esquerda”. E, de preferência, que “não tivesse nenhuma experiência mesmo”, pois o trabalho que faríamos, no norte de Minas Gerais, exigiria criatividade, ruptura com preconceitos e abandono de procedimentos tradicionais. Se assim fosse, eu

estaria apto, e poderia ser contratado pela Secretaria de Estado da Saúde (Sobrinho, 1995, p. 240).

Para Stranlen (1995) a imagem do Projeto como um lugar de contestação e busca pela transformação social atraía profissionais recém-formados, incentivados pela mobilização entre os médicos, que era cada vez mais crescente, outras vezes inspirados por leituras, nem sempre bem compreendidas de autores que tratavam da questão urbana e dos movimentos sociais (Castells, 1974 e Borja, 1975).

O papel dos auxiliares de saúde no PMC pode ser considerado uma das primeiras experiências, no Brasil, do que é hoje desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família. Os auxiliares de saúde (auxiliares multivalentes, visitantes, auxiliares para atendimento domiciliar, auxiliares para cuidado materno-infantil e auxiliares de saneamento.²⁸ Eram treinados por meio de uma pedagogia freiriana, selecionados entre os moradores da comunidade, com intuito de participar como mobilizadores populares por meio das ações de educação para a saúde, mas também como um agente de participação popular e conscientização, as visitas eram realizadas até na zona rural, dentro de uma perspectiva preventiva em oposição ao modelo curativo dos hospitais.

Paim (1998), em um trabalho sobre descentralização dos serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta de Alma Ata “Saúde para Todos”, chama atenção sobre o caráter de formação de pessoal do Projeto Montes Claros:

[...] a experiência do Programa de Saúde Comunitária de Montes Claros, no Norte de Minas Gerais [...] possibilitou a formação de quadros técnicos e dirigentes para o modelo expansionista, além da constituição de um “laboratório comunitário” para a formação de pessoal auxiliar e de planificação e programação em saúde no nível municipal (Paim, 1998, p. 6).

²⁸ Descrição conforme convênio firmado entre a FUNM e o IPPEDASAR, em 21 de setembro de 1971. Neste convenio ficam firmados como objetivos: 2.1 classificação de indigentes para atendimento nas unidades auxiliares de saúde coordenadas com o IPPEDASAR, na expressão indigente fica clara a forte exclusão do sistema de saúde naquela época, pois aos sujeitos que não tivessem um trabalho formal não era reconhecido o direito à saúde, sendo tratados como indigentes.

Por meio dos treinamentos e capacitações dos auxiliares de saúde percebe-se uma relação estreita entre educação e saúde. O trabalho desenvolvido pelo Projeto em Montes Claros nas cidades da região serviu, ainda, como campo de estágio para os acadêmicos de medicina da FUNM e da UFMG. O Internato Rural, uma forma de possibilitar aos futuros profissionais médicos uma maior proximidade e conhecimento da realidade social da região e os problemas aqui enfrentados, seguindo as características da medicina comunitária, possibilitando também o aumento da assistência à saúde de populações excluídas.

Essas constatações podem ser confirmadas no artigo 15º do Estatuto do IPPEDASAR, sobre a natureza e preparo de elementos humanos: “ensinar a teoria e prática da medicina de comunidade para os alunos da Faculdade de Medicina do Norte de Minas, da Fundação Norte Mineira”. A Faculdade Filosofia, Ciências e Letras da FUNM era responsável pelas capacitações e formação nas disciplinas de sua competência segundo o programa elaborado em conjunto com o IPPEDASAR, estabelecido em um dos objetivos de convênio firmado entre as duas instituições, preocupados com a formação técnica, fica definido como objetivo em seu Estatuto, “estabelecer e funcionar uma escola para auxiliares de saúde”²⁹.

No relato de Sobrinho (1995) percebemos que a função principal dos auxiliares, considerados base de todo o sistema, era atuar como “agitadores”, para fomentar a participação comunitária, uma instigação à democracia, perdida no período militar, habilidades em cuidados em saúde, eram importantes sim, mas algumas vezes certos problemas de saúde estavam relacionados a questões sociais. Logo, conflitos com as prefeituras ocorriam, eram perseguidos e chegavam ser demitidos, como pode ser confirmado na fala de Solange Durans, em entrevista a Vieira e Lima:

²⁹ A criação da escola não aconteceu nesse período, mas na década de 1990 um grupo de trabalho da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, após um sério trabalho de pesquisa criou a Escola Técnica de Saúde da Unimontes, sendo que, resultou de um contexto gerado após criação e institucionalização do SUS, e da Lei do Exercício da Enfermagem que demandaram escolarização técnica dos auxiliares de saúde e de trabalhadores de nível fundamental e médio inseridos nos serviços sem a devida qualificação formal. Sobre a história da Escola Técnica de Saúde da Unimontes, ver SILVA, Maria Patrícia e CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues (org.), *A Escola Técnica de Saúde da Unimontes: um compromisso com a saúde*. Montes Claros, Unimontes, 2009.

a participação era muito grande e a partir do momento que a gente começou a trabalhar com a comunidade, e que a gente esclarecia a causa dos problemas que ela estava passando, porque tinha a ver com a questão da água, do saneamento é que ela passa a cobrar. Na região houve muitos casos de demissão porque isto entrava em choque com o poder municipal.

Há de se considerar que existiam diferenças e conflitos em torno do PMC. Sobrinho (1995) destaca que o maior inimigo do Projeto era o nível central da Secretaria de Saúde, em Belo Horizonte, que fazia de tudo para boicotar os planos. Em suas palavras, era “a luta pela democracia socialista contra o autoritarismo capitalista” (p.244). Um episódio envolvendo um representante da OPAS, demonstra que houveram ações na tentativa de mudar o rumo e a organização do Projeto para uma linha mais funcionalista e burocrática:

Tivemos, por um curto tempo, a assessoria de um médico da Costa Rica, ligado à OPAS [...]. Começou expor sua proposta, que fundamentava-se, segundo entendemos, em uma concepção “tecnocrática” e “funcionalista” sobre o que vinha a ser “participação” comunitária. Chocava-se de frente com o que vínhamos fazendo e pensando. A conversa ficou difícil. Chamamos o Chicão [Francisco de Assis Machado], passando-lhe a bola. Ficamos em silêncio, atentos, entendendo, ele desafiou Chicão: “Me cite apenas um, um único exemplo histórico no qual a participação popular, como você a entende, tenha conseguido alguma coisa sem recursos tecnológicos adequados!” Chicão deu um murraço estrondoso na mesa e ao mesmo tempo em que gritava vermelho: “Vietnã! A participação popular, desprovida de tecnologia, derrotou o exército norte-americano, o mais bem armado do mundo, Vietnã!” [...] O homem ficou calado por uns segundos. Depois, juntou sua papelada e foi embora (Sobrinho, 1995, p. 245).

Seguindo ainda com os relatos encontrados na leitura e análise de artigos, dissertações, livros que tratam sobre o Projeto Montes Claros, constatamos um encontro e uma ruptura. Um encontro entre os médicos (“homens da ciência”), com leituras de teóricos importantes como Foucault, Ivan Illich, Paulo Freire, Marx, Che Guevara. Percebemos, também, outro encontro desses médicos com a população e sua sabedoria que vinha da experiência cotidiana, não somente em espaços de debates, mas no dia-a-dia das equipes e sua convivência com o senso comum dos funcionários administrativos, motoristas,

auxiliares de saúde, pessoas da comunidade, a população que passou a ser retirada da invisibilidade.

E por outro lado, uma ruptura com aquela ciência positivista que se dizia neutra, erudita, vinda, portanto, a se tornar segregatória, pois era elitista. Uma ruptura como aquela proposta por Boa Ventura Santos (1989) da necessidade de uma nova relação entre ciência e senso comum. Nessa ação reflexiva, “uma relação em que qualquer um deles é feito do outro e ambos fazem algo novo” (p.40).

Nessa perspectiva, não cabe uma caracterização do senso comum como uma oposição negativa à concepção da ciência, mas sim, uma alternativa bem mais positiva. Havia a necessidade de uma dupla ruptura, que permitisse um senso comum mais esclarecido e uma que se configura como sendo prática, sem deixar de ser esclarecida e sábia, torna-se democraticamente distribuída. A reflexão hermenêutica propicia à transformação de um saber prático que dê sentido à existência. A dupla ruptura permite que discursos diferentes – vulgares e eruditos – falem e, assim, diminuam os desnivelamentos que os separam.

Ao utilizar a tese de Boa Ventura Santos (1989) sobre a necessidade de uma ação reflexiva na ciência, entendemos que na realização do Projeto Montes Claros foi possível a aplicação do conhecimento debatido na academia, que seria a comunidade científica devolvendo para a sociedade o conhecimento construído a partir da crítica de uma realidade posta (sistema de saúde excludente), com o objetivo de transformá-la em um sistema de saúde mais democrático.

Havia, sim, um desejo intrínseco entre os que participaram do Projeto Montes Claros de uma efetiva transformação social no norte de Minas Gerais. O trabalho de cada um dos envolvidos possuía uma dimensão democrática e forte militância, se não fosse assim, o Projeto não teria a força que ele teve. Força reconhecida, por várias vezes, em diversos textos de diferentes autores, nem teria influenciado na política pública de saúde nacional como o fez.

A terceira fase do Projeto ocorre, em 1977, quando da implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS. O PMC passa a integrar esta estratégia de âmbito nacional, que na verdade foi uma ampliação do que era operacionalizado em Montes Claros, o projeto passa a existir dentro da estratégia do PIASS. Menicucci (2007) destaca, além da expansão do Projeto com a criação do PIASS³⁰, a oposição enfrentada diante de forças conservadoras ligadas aos interesses privados, que dominavam a política previdenciária no país.

O PIASS ocasionou a ampliação da cobertura dos serviços de saúde para as zonas rurais e pequenas comunidades, principalmente, no Nordeste do país – localidades que não interessavam ao mercado privado que prestava assistência médico hospitalar. A estrutura de funcionamento seguia a descentralização das decisões e hierarquização da rede de unidades com níveis de complexidade crescente para garantia da interiorização das ações de saúde (Medonça, 2009).

O PIASS concretizou, numa área de abrangência considerável, uma proposta de organização de serviços de saúde que era alternativa até então adotada pelas instituições setoriais; enfim, dando continuidade ao projeto médico político-social de Montes Claros, num encontro com o sanitarismo desenvolvimentista, o PIASS foi palco e bandeira de luta do movimento sanitário, que cresceu como força política e na elaboração de uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde (Escorel, 1995, p.148).

O PMC, no que tange aos resultados quantitativos, não ficou conhecido por grandes impactos na mudança de indicadores de saúde. Talvez hoje o resultado do Projeto possa não parecer muito significativo para alguns, mas trouxe novidades em termos de gestão e assistência (participação popular, a base no auxiliar de saúde, diagnóstico de saúde com base em um olhar integral, que considerava critérios sócio-econômicos). Tudo isso era mais que novidade, isso era ousadia, em pleno regime autoritário (Escorel, 1995).

Pode-se dizer que as experiências no processo da experiência de gestão em Montes Claros na década de 1970 conviveram com duas faces: o Projeto como

³⁰ O PIASS é um dos projetos antecessores ao SUS.

um campo, lugar de conflito de interesses, conforme definição de Bourdieu, onde os envolvidos souberam administrar conflitos de interesses, de maneira que pudessem lograr o sucesso e transformar, naquele momento, a prestação da assistência à saúde no norte de Minas Gerais; segunda face está no fato das atividades, de cunho social, voltadas para inclusão e defesa da redemocratização do país, contarem com apoio financeiro de um órgão americano que pretendia acabar com a possibilidade de qualquer embrião comunista na América Latina, onde conseqüentemente havia participação do estado, por meio da SES.

O Projeto Montes Claros provou que a medicina sob a ótica política e as propostas do movimento sanitário eram possíveis na prática. Incorporou conceitos de regionalização ao criar mini postos de saúde nos municípios da região, entre as cidades estão Porteirinha, Januária, Salinas; efetivou uma gestão descentralizada, já que eram os prefeitos que administravam os recursos e a assistência.

A busca pela integralidade à saúde em oposição à especialização, a prevenção e promoção da saúde em oposição a cura de doenças; a participação popular; o trabalho dos auxiliares de saúde, que atualmente no SUS é desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde; a hierarquização dos serviços, onde os postos eram responsáveis pela atenção primária e os hospitais pelos níveis de maior complexidade; a importância e destaque na formação de trabalhadores inseridos nos serviços, iniciando práticas de educação permanente³¹ (apesar de que o treinamento em serviço, em muitos casos não é suficiente, destacando aqui a necessidade de educação continuada³² na formação de trabalhadores para a saúde); o que demonstra e confirma a importância do Projeto como referência na criação do SUS.

³¹ A estratégia de Educação Permanente em Saúde tem sido priorizada pelo Ministério da Saúde no fomento aos processos de educação para o trabalho, havendo um cenário de aparente consenso político sobre sua implantação. Está incluída, nessa agenda, a articulação interinstitucional do SUS com as universidades, a fim de se desencadear esforços integrados para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. A Educação Permanente na perspectiva da educação para o século XXI, tem como síntese do pensamento pedagógico o educar-se de forma permanente, tendo o trabalho como princípio educativo. Buscamos entender o significado dos novos processos educativos, como a EP, a partir das relações capitalistas atuais, do ajuste ao processo de globalização e na reestruturação produtiva. É necessário entender, diante das mudanças na organização do trabalho, quais são as exigências, impasses e alternativas vividas pelos trabalhadores. (Vieira, 2006).

³² Resumidamente, educação continuada diz respeito a especializações, cursos, congressos.

3.3 Projeto Montes Claros: desenvolvimento e saúde na cidade de Montes Claros.

O modelo de desenvolvimento implantado em Montes Claros pela SUDENE, desde a década de 1960, precisamente 1963, quando acontece a integração da cidade na área mineira da SUDENE, foi basicamente sinônimo de crescimento econômico por meio da industrialização, nada diferente do que acontecia no Brasil, no mesmo período. Ao analisar as transformações no processo de desenvolvimento de Montes Claros ocasionadas com o trabalho da SUDENE, Oliveira (1996, p74) observa o foco na industrialização: “destaque especial será dado ao setor industrial, pois a ele coube especial papel na estratégia de desenvolvimento elaborado pela SUDENE, que via a industrialização como uma forma de superação do atraso e da pobreza brasileiros”.

O incentivo à industrialização na cidade de Montes Claros ocasiona um crescimento demográfico na zona urbana. Nos anos 1970, a população deixa de ser rural e passa a ser urbana; na década de 1960 havia uma população urbana média de 50 mil habitantes, já no final da década de 1970 passa para 172 mil habitantes urbanos (Leite, 2003). Como aconteceu na Europa do século XVIII e XIX, a cidade que se apresentava modernizante, industrial, vivencia uma evolução demográfica, e por consequência, surgem problemas sociais, de moradia, econômicos, ambientais.

Os equipamentos urbanos na cidade à disposição da população não cresceram proporcionalmente ao aumento da população, ocasionando situações que afetavam a qualidade de vida na cidade. A saúde não era foco das ações dos governos no país, nem na década de 1970, nem nos períodos anteriores. O Estado voltava-se com ações para saúde, porque o mercado era de alguma maneira afetado.

Com a expansão das relações capitalistas de produção através de políticas governamentais de desenvolvimento socioeconômico, houve a implantação de várias indústrias de pequeno e médio porte na área urbana. Assim, o município passa por profundas transformações em sua economia e, conseqüentemente, em suas características sociais (Leite, 2006, p. 76).

É reconhecido entre os autores³³ que estudam o desenvolvimento da cidade de Montes Claros que tal processo é dinamizado a partir da inserção da cidade na área mineira da SUDENE. No entanto, a urbanização e a industrialização ocasionam e ocasionaram problemas sociais, entre eles está a questão da saúde. Logo, surge um questionamento: a SUDENE investiu em ações voltadas para saúde da população de Montes Claros?

Oliveira (1996, p.42) destaca, entre os aspectos da política da SUDENE que obtiveram maior êxito, está a infraestrutura, quando 80% dos recursos foram investidos em energia, transporte e saneamento básico. “A energia possibilitou a base para a indústria, irrigação e iluminação. Quanto ao saneamento, a situação era ainda desconfortável, em 1975 31,4% das comunidades eram abastecidas com água potável e apenas 41,4% com rede de esgoto”.

Duas questões devem ser aqui levantadas na análise dessa informação. Primeiro, os números apresentados demonstram uma situação longe de ser a ideal; segundo, o conceito de saúde aqui trabalhado não a limita ao acesso à água tratada ou a questões de rede de esgoto, ou à simples assistência curativa (esse último aspecto não parece ter sido foco de ações da SUDENE). A infraestrutura é tida como fundamental ao desenvolvimento industrial, sobre o qual se assentará o investimento privado (Oliveira, 1996), mas a saúde pública não é interesse do setor privado.

No caso específico de Montes Claros, percebemos um aumento em ações voltadas para implantação de serviços de saneamento básico (água e serviço de esgoto) entre os anos 1970 e 1980, a taxa de atendimento que era em 1976 de 33,02% para água e 22,81% para rede de esgoto, em 1988, o número de domicílios atendidos passa a ser de 76,% para água e 63,115 para rede de esgoto. A taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais nos anos 1970 era de 107,7 (por mil) passando para 75,73 nos anos 1980 (Oliveira, 1996). Ao que parece, esse autor buscou demonstrar que os investimentos da SUDENE na

³³ Entre os autores podemos citar: PEREIRA, Laurindo Mekie (2007) com sua tese de doutoramento em História Econômica, intitulada: **Em nome da região, a serviço do capital: regionalismo político norte-mineiro**; OLIVEIRA, Marcos Fábio Martins (1996), **O processo de desenvolvimento de Montes Claros (MG), sob a orientação da SUDENE**, dissertação de Mestrado em História; BRAGA, Maria Ângela Figueiredo. **Industrialização da Área Mineira da SUDENE – um estudo de caso**, dissertação de Mestrado em Economia, concluída em 1985.

região e na cidade de Montes Claros contribuíram com a melhora desses indicadores, mas sem aprofundar na análise.

Os indicadores sobre expectativa de vida, saneamento básico utilizados por Oliveira, (1996) não descrevem ou apresentam qualquer ação específica que afirme uma ação da SUDENE desenvolvida diretamente para a saúde pública da região, de maneira que possamos concluir que naquele modelo de desenvolvimento implementado em Montes Claros pela SUDENE, tenha efetivamente relacionado saúde e desenvolvimento social.

Na bibliografia consultada não foi possível localizar grandes ações da SUDENE que tivessem como enfoque a relação saúde e desenvolvimento, de modo que o investimento no campo da saúde fosse contribuir com o desenvolvimento (não limitado a questão econômica) da cidade, ou ao contrário, que ao investir no desenvolvimento da cidade ocorreriam melhorias no campo da saúde, ou como uma interdependência entre os dois campos.

A relação entre a SUDENE e o Projeto Montes Claros é apresentada quando alguns autores citam a Divisão de Saúde da SUDENE. Padilha (1972) assim descreve as ações da Divisão de Saúde da SUDENE, referente à participação para treinamentos de recursos humanos voltados para o planejamento da saúde.

A par com este treinamento e tencionando assegurar o desenvolvimento do sistema de planejamento de saúde na região, a Divisão de Saúde da SUDENE vem orientando o emprego de recursos financeiros dessa Instituição, mediante convênio com as Secretarias da Saúde do Nordeste, para o fortalecimento progressivo da infraestrutura de suas administrações, visando uma racionalização cada vez maior no desenvolvimento de seus respectivos programas (Padilha, 1972, p. 226).

No Projeto Montes Claros, a Divisão de Saúde da SUDENE contribuiu com a modernização da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, o que permitiu a descentralização desse órgão e criação em Montes Claros do Centro Regional de Saúde, como já foi dito anteriormente, esse foi um dos fatores, do

contexto histórico, que influenciaram e contribuíram com a implantação do Projeto.

Por ser área da SUDENE, a região do Norte de Minas recebeu significativos recursos para financiamento de projetos de desenvolvimento [...] Na área da saúde, e acompanhando a construção de uma estrutura de planejamento estatal, coexistem as condições técnicas e políticas para a crítica da organização departamentalizada e verticalizada da Secretaria da Saúde e a proposta de um novo modelo de organização administrativa [...] (Santos, 1995,p. 22).

As propostas para saúde que integravam o II Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico Social – PMDES/MG, implantadas no mesmo período do II PND, previam uma organização de administração passando pelo atendimento rural e o atendimento médico-hospitalar à população excluída, considerada na época como indigente da saúde; isso, assim, ocorreria com cooperação da rede hospitalar. No norte de Minas, devido ao processo de industrialização e transformações econômicas com a implantação do projeto de integração a área mineira da SUDENE, foi contemplado um projeto de desenvolvimento integrado denominado “Programa Integrado Bienal para a Área Mineira da SUDENE”, que apontava uma necessidade de extensão da cobertura dos serviços de saúde (Stralen, 1995).

No entanto, a extensão de cobertura estava condicionada à captação de recursos extra-orçamentários, ou seja, o estado não disponibilizava recursos que possibilitassem a um número maior de pessoas, o acesso aos serviços de saúde. Apesar de tais iniciativas, em Minas Gerais nos anos 1975, a participação era de 3,9% do orçamento, sendo que no ano anterior havia sido 2,2% e até o início dos anos 1980, 4,5% Stralen (1995).

Tendo em vista que os recursos dependiam de receitas extras, e que o convênio para a implantação do Projeto Montes Claros estava em vias de assinatura, a SES/MG viabilizou, junto ao Governo Federal, a assinatura e os recursos do Projeto Montes Claros, - segundo Francisco Machado de Assis (Chicão), em entrevista a Faleiros et.al. (2006), eram aproximadamente de US\$ 4 milhões, sendo que os juros do empréstimo deveriam ser pagos em re-

investimentos na área de saneamento e da saúde – que foram utilizados para a implantação da extensão de cobertura na região do norte Minas Gerais.

O Projeto Montes Claros possuía uma abordagem inspirada na corrente dos anos 1950-1960, a sanitarista desenvolvimentista que compreende que a saúde da população depende também do desenvolvimento econômico e social. Isto é, quando ações de saúde não estão envolvidas com esse processo, não terão grandes resultados para o desenvolvimento do país, apenas a saúde não resolveria os problemas de atraso do Brasil. Os defensores dessa tese afirmam que a saúde é uma questão de superestrutura, e entendida como: acesso à alimentação, habitação, educação, emprego, condições dignas de saúde, saneamento, assistência médica, que dependem de investimentos diretos.

O auge do debate da concepção sanitarista desenvolvimentista foi em 1963, com a III Conferência Nacional de Saúde, mas as mudanças propostas não foram adiante com o golpe militar de 1964, conforme texto de apresentação dos *Anais da Conferência*, publicado após 29 anos da realização desse evento. Nas palavras do discurso de abertura do então presidente, João Goulart, apesar da defesa da saúde no sentido amplo, que não limita a ausência de doença e que investimentos na saúde são de ordem estrutural, percebemos uma crítica ao sanitarismo da Primeira República:

Permitam-me, porém, os eminentes técnicos dos Sistemas de Saúde Pública do país, valendo-me da experiência do constante convívio com os trabalhadores das cidades, e com uma verdadeira massa de parias da nossa agricultura, que faça uma advertência, diante de enganadoras perspectivas que possam abrigar, segundo as quais é possível obter-se uma profunda melhoria da qualidade de vida de nossas populações, com a mais simples aplicação de medidas de ordem médico-sanitária: Saúde, sabem os senhores mais que eu, é um índice global, resultante de um conjunto de condições: boa alimentação, habitação higiênica, roupas adequadas, saudável regime de trabalho, educação, assistência médico-sanitária, diversões e ainda outros fatores que só podem ser conseguidos em consequência do desenvolvimento econômico da nação e da distribuição eqüitativa de suas riquezas. [...] estabelecida com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, alcançar todas as células municipais [...] (João Goulart/*Anais da 3ª Conferência de Saúde*, 1992, p. 24 e 26).

Nas palavras do discurso do Ministro da Saúde, neste mesmo evento, Wilson Fadur, percebemos uma outra crítica aos que acreditam que desenvolvimento esta relacionado a uma concepção que apenas povos ricos podem alcançar uma situação de saúde com padrões satisfatórios, e veem pobreza como impedimento para alcançar tal situação:

Meus senhores: A serena convicção de que somente os povos ricos desfrutam de padrões de saúde satisfatórios e de que a pobreza e o desenvolvimento fraudam os melhores esforços para atingir aquele objetivo, leva-nos a saudar no advento das reformas de base porque luta o governo do Presidente João Goulart, o instrumento indispensável ao êxito da missão que nos cabe da defesa da saúde do povo brasileiro (Anais da III Conferência, 1992, p. 34).

A retomada dos debates desta ordem pelo movimento sanitário na década de 1970 e, enfim, com o Projeto Montes Claros imprime ou reforça essa dimensão social à concepção do sanitarismo desenvolvimentista dos anos 1960. A experiência de Montes Claros integrou ao pensamento sanitarista desenvolvimentista uma abordagem médico-social do papel do campo da saúde.

A abordagem médico-social, presente no Projeto Montes Claros, é diferente daquela de inspiração sanitarista/higienista. No pensamento médico-social há um encontro da saúde com as ciências sociais, lembrando que o movimento sanitário possuía fortes influências marxistas, e uma compreensão do processo saúde/doença com ênfase na determinação social, parte de um processo histórico e multivariável. Enfim, a inspiração do movimento e do Projeto era a tese que entendia que apenas a saúde não tiraria o país do atraso, mas eram necessários investimentos além da saúde, em questões sociais, para além do crescimento econômico.

Desse modo, a afirmativa abaixo de Amélia Cohen (2009) não parece ser de todo verdade, pois o movimento de reforma da década de 1970 inspirava na tese oposta aquela do primeiro movimento sanitário da Primeira República, que defendia: os investimentos em saúde trariam o progresso para o país. Ao considerar a inspiração sanitarista desenvolvimentista, afirmamos que o movimento sanitário, no qual o Projeto Montes Claros está inserido, entendia

que era preciso mais que investimentos em saúde para uma transformação social no Brasil.

A reforma sanitária tinha um projeto de reconquista da democracia e, como a saúde sempre é onisciente, ela achava que através da reforma sanitária a sociedade iria modernizar-se e democratizar-se. A saúde atuaria como o grande *carro chefe* desse processo. Durante uns poucos anos o setor funcionou assim, apontando nesse sentido [...] (Cohn, 2009, p. 46).

Não há entre o material pesquisado, uma menção ou definição explícita de que um dos objetivos do Projeto Montes Claros fosse o “desenvolvimento” da cidade de Montes Claros, há sim uma relação com questões sociais, com a busca pela redemocratização, uma transformação social não só da região, mas do país. O desejo de transformação aparece de maneira bem lúcida nas palavras do diretor do CRS e coordenador do Projeto, Francisco de Assis (Chicão), em um relato de Sobrinho (1995), ao considerar que a saúde sozinha não mudaria a sociedade:

Nos primeiros dias presenciei uma conversa que resume algo das idéias que cultivamos. Dr. Athos Avelino Pereira, recém contratado como médico-chefe do Centro de Saúde do Maracanã, em Montes Claros, veio, preocupado, conversar com Chicão sobre suas responsabilidades no cargo. [...] A resposta de Chicão foi desconcertante: [...] “Trabalhe do seu jeito. Mas saiba que atendendo dois, quatro, vinte ou quarenta pacientes por dia, você não vai mudar em nada a saúde do povo. Porque medicina não vale nada, não altera vida de ninguém. Só uma mudança radical da sociedade isto vai acontecer, contra e apesar da medicina.” (Sobrinho, 1995, p.241).

Em síntese, na década de 1970, Montes Claros vivenciou duas dimensões de desenvolvimento, uma da SUDENE voltada basicamente para a industrialização e o crescimento econômico, não sendo diferente do resto do país; e uma segunda do Projeto Montes Claros, que integrava o movimento pela reforma sanitária de inspiração sanitarista desenvolvimentista com uma

concepção médico-social, que defendia a tese de que investindo apenas na saúde não alcançaria o desenvolvimento do país, seria necessário o investimento em outras áreas, somente pela via da saúde não alcançaria o desenvolvimento do país.

3.4- O sistema de saúde Brasileiro: o SUS

O auge do movimento da Reforma Sanitária foi a institucionalização do SUS na Constituição de 1988. Depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, ficou reconhecido juridicamente que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Também nos anos 1980, chega ao fim o regime militar e o país retoma o sistema democrático, assim sendo, podemos dizer que dois objetivos propostos pela reforma, como bandeira de luta, foram contemplados. Se fosse possível resumir o objetivo do movimento em duas palavras elas seriam: “Saúde e Democracia”. Evidentemente, que a redemocratização do país não é resultado apenas de um movimento social, pois é um fenômeno muito maior, que não é o foco deste estudo.

O Movimento da Reforma Sanitária entendia saúde como bem-estar-social com o ideário mais parecido com o tipo de *Welfare State* chamado por Esping-Andersen de social-democrata, no qual se prioriza a universalização e desmercadorização dos direitos sociais. Na década de 70, do século 20, o movimento reivindicava, entre outras questões, um sistema de saúde pública universal. A redemocratização do país é uma intervenção do Estado, de maneira que influenciasse na elevação da qualidade da saúde da população.

O processo de redemocratização do país, no âmbito do qual ocorreu essa reforma sanitária, trouxe no seu bojo a preocupação com os aspectos substantivos da democracia que remetem aos direitos sociais, entre eles o direito à saúde. [...] As propostas políticas dos setores de oposição enfatizavam a redefinição das políticas sociais no sentido da universalização de benefícios mediante um processo redistributivo. Particularmente no campo da saúde, a discussão da ‘democratização da saúde’ se fazia de forma mais intensa via ‘movimento sanitário’, que logrou atingir alto grau de organicidade e grande visibilidade política, vindo a ter papel

relevante na reformulação da política de saúde (Menicucci, 2007, p. 169).

A VIII Conferência de Saúde, em 1986, é um marco para um novo período histórico da saúde no país. As diretrizes debatidas nesse encontro – que contou com mais de 5.000 participantes – foram incluídas no artigo 198 da Constituição de 1988, criando juridicamente o Sistema Único de Saúde – SUS. Com o SUS, a saúde passa a ser considerada em sua complexidade, como um bem econômico e social, não uma mercadoria simplesmente, mas sim, um direito social e dever do Estado. Essa perspectiva da política de saúde se firma no sentido de dar garantias de acesso universal, com princípios de qualidade, hierarquização, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação popular.

A Constituição Federal de 1988 configura-se como liberal, democrática e universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira (Faleiros, 2000). [...] Na área da saúde, previdência e assistência social, foi assegurada a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado (Faleiros, et. al., 2006, p. 53).

O período em que se inicia a efetiva implementação do SUS é nos anos 90 – apesar do reconhecimento jurídico na Constituição - mesmo período em que começam as ações neoliberais com o governo Collor. Assim sendo, no contexto histórico para a construção do SUS, polarizaram-se conflitos de interesses entre aqueles que defendiam a Reforma Sanitária reconhecendo a saúde como direito social e universal, seguindo os preceitos constitucionais. Outra tendência era a neoliberal, com o setor privado que defendia a mínima intervenção do Estado.

A reforma do sistema de saúde aconteceu, no entanto, manteve características anteriores, presentes desde a criação: há a parte da população com maiores recursos financeiros que escolhe utilizar os serviços privados e pagar planos de saúde, ainda há filas nos hospitais para atendimentos com maior nível de complexidade. A forma que foi estruturada a gestão é calcada na relação público/privado. O sistema hospitalar, principalmente, é fortemente ancorado no setor privado de prestadores de serviços públicos. Entretanto o direito universal à saúde foi um grande avanço em relação às alternativas anteriores.

Fahel (2008) também faz a mesma análise e pondera sobre limites da reforma sanitária brasileira:

[...] o Sistema Nacional de Saúde mantém sua característica de dualidade, com preservação da sua estrutura organizacional baseada na dualidade público/privado e no seu modelo assistencial dicotômico, dividindo a população entre usuários do sistema público (SUS) e do setor privado. Ou seja, a reforma sanitária, apesar de suas proposições inovadoras no campo da gestão e da assistência, foi estrangulada no seu ímpeto mudancista pelo legado histórico de políticas de saúde regressivas, que constituíram um acesso estratificado aos serviços de saúde no país (Fahel, 2008a, p. 134).

A assistência à saúde viveu uma reformulação significativa após a institucionalização do SUS, na expansão da sua cobertura e, conseqüentemente na universalização. Conforme pesquisa realizada por Menicucci (2007), na percepção dos usuários, a prestação dos serviços de saúde possui uma dimensão positiva, um pouco diferente do que é apresentado e difundido pela mídia.

Há problemas na saúde pública brasileira que precisam ser enfrentados, como: o financiamento, a efetiva universalização do acesso para além do reconhecimento jurídico, conflito de interesses com segmentos empresariais que defendem a privatização do serviço. É importante lembrar que a institucionalização e implementação do SUS acontecem no mesmo período de reformas neoliberais com ênfase no mercado e na privatização. Somado a isso, a herança histórica na construção das políticas de saúde no país tendeu fortemente para a uma dimensão econômica privatista. Na verdade, o contexto e a construção histórica do sistema de saúde no Brasil eram totalmente opostos à proposta de bem-estar social inerente ao SUS, política de bem-estar que foi criada e implementada em pleno contexto de reformas neoliberais. O modelo de desenvolvimento historicamente seguido no país priorizou questões econômicas, e não as de dimensão social.

Mesmo sofrendo algumas críticas, há os que reconhecem a importância do processo de construção e os avanços do SUS, como uma política pública de saúde. Menicucci (2007) reconhece que houve significativas mudanças

organizacionais e aumento do nível de atendimento qualitativa e quantitativamente na atenção pública, conseqüência da criação do SUS. A seguir são comparadas algumas diferenças na organização da saúde pública, depois da implantação do SUS.

Após a institucionalização jurídica do novo sistema de saúde brasileiro, algumas mudanças na organização da prestação da assistência aconteceram: começando pelo conceito de saúde, que era vista com um sentido 'negativo', como o mesmo que ausência de doença; passando a ser considerada numa concepção 'positiva', saúde no sentido amplo, como bem-estar físico, social e até mental; determinada por condições de vida saudável como acesso adequado à alimentação, habitação, emprego, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde.

O modelo organizacional de atenção à saúde é outra diferença que acontece com o sistema. O modelo que predominava, no período anterior, era o chamado médico assistencial privatista, que consistia na prestação de serviços que privilegiava o atendimento individual, hospitalocêntrico, com ações curativas, voltadas para a doença e o doente. O modelo que a reforma sanitária buscou construir baseava na medicina que envolve práticas de promoção, prevenção e assistência à saúde, nos diferentes níveis de complexidade (atenção básica, atenção de média e alta complexidade).

Ao institucionalizar juridicamente a universalização dos serviços de saúde, que orientou o novo sistema para vencer a exclusão social inerente nos anos anteriores, fica patente o direito de contestar, também juridicamente, o reconhecimento do mesmo, caso isso não ocorra. Outro princípio reconhecido na estrutura do SUS é o da equidade, diferente de igualdade, esse princípio considera que o sistema deve tratar desigualmente os desiguais, dar maior atenção àquela parte da população mais carente, que precisa de maiores cuidados, com ações de saúde específicas para os mais pobres que acabam possuindo necessidades diferentes. No entanto, ao tratar o pobre dessa maneira, o sistema acabou de frente a uma linha muito tênue que pode

transformar o sistema real muito longe do constitucional, e vivenciar um desequilíbrio entre focalização e universalização³⁴.

A estrutura administrativa possuía uma dualidade com responsabilidades e lógicas de funcionamento distintas: o Ministério da Saúde que era responsável pelas políticas nacionais de saúde ligadas às intervenções coletivas, enquanto que o Ministério da Previdência se responsabilizava pela assistência médica individualizada e curativa. Após a reforma sanitária, a responsabilidade pelo sistema cabe ao Ministério da Saúde/MS e as ações médico - assistenciais são retiradas do âmbito previdenciário e incorporadas ao MS, superando a dicotomia institucional que anteriormente caracterizava o setor.

A descentralização na administração dos recursos e de serviços passa para os municípios, por meio da assistência financeira da União e dos Estados. O sistema é interligado por uma rede de serviços que pertencem a diferentes esferas do governo, seguindo uma lógica hierarquizada de acordo com o nível de complexidade da assistência e por regiões, sendo estabelecida ainda a regionalização com a delimitação de uma base territorial para o sistema. Nesse sentido, dependendo do nível de complexidade da assistência, a população pode ser atendida pelo PSF, não havendo necessidade de ir ao hospital, por exemplo.

A participação popular foi outro fator que passa a ter grande importância para a construção da nova política de saúde/SUS, por meio das Conferências Municipais de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde. As conferências existiam no período anterior, mas não eram regulares e não tinham funções definidas.

No que diz respeito ao direito de ter acesso, o sistema organizou-se ao longo da história de maneira excludente, priorizando os trabalhadores que contribuía com a previdência. Aos que não tinham carteira assinada, restavam os serviços filantrópicos, sendo considerados indigentes da saúde. O

³⁴ Ver COHN, Amélia. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, et. al. (org). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. FIOCRUZ, 2ª impressão Rio de Janeiro: 2008.

artigo constitucional que trata da saúde e institucionaliza o SUS prevê que a Saúde é um direito Universal, inalienável e dever do Estado garanti-la.

Para demonstrar mudanças no acesso à saúde, segue alguns números. Conforme Brasil (2006), a qualidade de alguns programas que integram o SUS atesta os avanços alcançados, uma análise que pode tomar como base os processos de produção dos serviços, resultados sanitários, opinião do brasileiro usuário do SUS³⁵, entre os números anuais de atendimento e assistência de saúde que merecem ser mencionados: 12 milhões de internações hospitalares, mais de 1 bilhão de procedimentos em atenção primária à saúde, 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias computadorizadas, 9 milhões de exames de ultra-sonografia, 140 milhões de doses de vacina, mais de 15 mil transplantes de órgãos, entre outros (Brasil, 2006).

Comparando o acesso à atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família, na década de 90 até metade de 2000, percebemos que houve um aumento de 44% na cobertura, que obteve uma evolução de 300 equipes em 1994 para 26 mil em 2006 (Brasil, 2006).

Quadro 1: Número de Equipes PSF (SUS) por 1000 habitantes período 1994/2006

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
META	0,3	0,7	0,8	1,6	4	5	10,5	17	20	21	23	25	26
Realizado	0,3	0,7	0,8	1,6	3,1	4,3	8,6	13,3	16,7	19,1	21,2	24,6	26

Fonte: Ministério da Saúde: DAB (2006) apud Brasil (2006).

Ainda segundo Brasil (2006), sobre serviço de alta complexidade, em 2005, foram realizados mais de 15 mil transplantes, demonstra que cresceu 100% em um período de nove anos. Conforme o quadro abaixo:

³⁵ Minecucci (2006) e Lobato (2004) afirmam que os usuários avaliam a prestação dos serviços advindos do SUS positivamente.

Quadro 2: Número de transplantes (SUS) por 1000 habitantes, 1995/2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Transplantes x 1000	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05	0,06

Fonte: Ministério da Saúde: SAS:TABNET. Apud, Brasil (2006)

Em uma breve comparação sobre indicadores da mortalidade infantil no período de 1991 até 2004, percebemos uma tendência à queda na taxa [...] “o que reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação da mãe, entre outros aspectos”. (DATASUS, 2007). Logo, também é um indicador para demonstrar mudanças qualitativas no processo de universalização da assistência à saúde, depois do SUS. Mortalidade infantil é um indicador que reflete o acesso a recursos disponíveis para a atenção a saúde das mães e das crianças.

Quadro 3: Taxa de mortalidade (por 1000 nascidos vivos) no Brasil e grandes regiões em 1991, 1997, 2000 e 2004.

Regiões	1991	1997	2000	2004
Brasil	45,2	31,9	26,8	22,6
Norte	42,3	32,2	28,7	25,5
Nordeste	71,2	50,4	41,9	33,9
Sudeste	31,6	23,1	18,0	14,9
Sul	25,9	17,5	17,0	15,9
Centro-Oeste	29,7	24,4	21,0	18,7

Fonte: DATASUS/TABNET 2007.

A esperança de vida ao nascer subiu em 6,9 anos, evoluindo de 61,7 em 1980, para 66 anos em 1991, e para 68,6 anos em 2000, conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde em 2004. Ao compararmos esses números apresentados nos quadros acima, constatamos que há avanços na

busca pela universalização, pois entre esses números estão pessoas que não têm emprego, ou trabalham informalmente, pessoas de diferentes classes da sociedade brasileira.

Nesse sentido, o SUS rompeu com a prática excludente iniciada com as Caixas de Aposentadoria e Pensão, nos anos 20. “Sem dúvida, é patente a universalização alcançada, que, baseada no direito, garante a atenção à saúde para a maioria da população, antes sem acesso” (Lobato, 2004). Não estamos dizendo aqui que os problemas de saúde pública deixaram de existir, mas que houve, sim, mudanças após a institucionalização do SUS.

No entanto, a universalização não rompeu com uma característica da assistência à saúde no Brasil, que ainda é semelhante àquela que existia antes da Reforma Sanitária, a segmentação entre o público e o privado. Segundo Brasil (2006) da população brasileira 28,6% utiliza apenas o SUS; 61,5% são usuários não exclusivos, pagam um plano de saúde privado e chegam a utilizar serviços públicos; sendo apenas 8,7% que não o utilizam. Menicucci (2007) afirma que o formato dual do sistema de saúde, mesmo com o reconhecimento jurídico-institucional de um sistema público, universal e único, é explicado pelas decisões políticas tomadas nos anos 60.

Por esse aspecto, a universalização pode ser considerada incompleta ou insuficiente, já que não desmanchou a dualidade histórica do sistema de saúde; mas, é ao mesmo tempo, universal à medida que incorpora grande parte da população no acesso a serviços que não teria, ou porque seria excluída, devido à organização da maneira que era no passado, ou por não ter condições de pagar por eles, caso tivesse consolidado a onda neoliberal por completo no sistema de saúde.

Fica uma interrogação: a reforma sanitária até agora aconteceu parcialmente? Para responder a essa pergunta, reforçamos a ideia proposta na elaboração desta seção (e o olhar da pesquisa – para responder o objetivo), que para compreender a construção da saúde como política é necessário considerar, também, a conjuntura social, política e econômica. É preciso compreender e relacionar as questões da saúde com as transformações estruturais que

passam a sociedade, o modelo de desenvolvimento construído para o país - no caso do Brasil, mesmo com discurso voltado para políticas sociais, nos anos 1970, desenvolvimento social foi efetivamente confundido com desenvolvimento econômico.

Ao longo da história, as políticas de saúde foram desenhadas em um ambiente de conflito e controvérsias, com comprometimento dos seus princípios equitativos para superação da exclusão social e, do outro lado, os interesses do mercado. O trabalho de Fahel (2008b) corrobora com tal afirmação, o sistema de saúde brasileiro atual reflete uma contradição resultante do tipo de modelo de desenvolvimento social e econômico adotado no País, desde o início do século XX.

Para responder sobre que tipo de reforma aconteceu até agora, utilizamos a tese de doutoramento, intitulada *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica*, de Jairnilson Silva Paim (2007). O autor a partir de pesquisa documental, apontou como hipótese de que mesmo que a reforma sanitária brasileira tenha como proposta inicial de reforma geral³⁶, logrou uma reforma *parcial*³⁷, setorial e institucional. Entretanto Paim não deixa de considerar “o caráter virtuoso desse processo participativo” (Paim, 2007, p. 244).

A reforma não se restringe apenas a criação do SUS, sendo os dois integrantes de um mesmo processo, ainda em construção. A saúde pública brasileira ainda apresenta desafios e sérios problemas, apesar dos avanços. O conceito de saúde, defendido pelo movimento, no sentido amplo, na verdade não depende apenas de investimentos em saúde, depende de investimentos em educação, habitação, transporte, alimentação, do acesso a serviços que vão além da simples assistência à médica hospitalar. A crítica ao SUS é necessária, uma vez que é a partir dela que se pode buscar melhorias e garantir efetivamente que o SUS constitucional se torne uma realidade, porém não a crítica a favor da total privatização dos serviços.

³⁶ Paim (2007) utiliza estudos de Heller, (1986) para definir reforma geral propõe a reforma da sociedade com base em reformas parciais.

³⁷ No caso da reforma parcial, Paim (2007) afirma que é entendida como um conjunto de atividades que propõe reformas em setores, instituições ou relações da sociedade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de saúde há muito tempo esteve relacionado a questões de dimensão social, cultural, ao ambiente, apesar da ênfase na dimensão biológica. O seu caráter social é debatido pelos estudiosos desde o século XIX, como Virchow, Neumann e Leubuscher que defendiam o caráter social da medicina, no sentido de construir conhecimentos que estabelecessem relação entre as doenças e a situação sanitária do meio urbano.

Neste trabalho, a saúde foi compreendida como algo determinado por questões sociais, econômicas, políticas, em total oposição à concepção unicausal biomédica. A saúde é um direito que não deve ser reduzido à mercadoria, ou a simples estatísticas ou ser considerada como oposto à doença. Essas são concepções contra-hegemônicas explícitas no Projeto Montes Claros e no movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, iniciado na década de 1970.

O caos sanitário na Europa do século XVIII e, mais recentemente, nos Estados Unidos os esforços do Presidente Barack Obama para estabelecer uma reforma na saúde, são bons exemplos que confirmam que acumulação de riquezas não gera automaticamente iguais possibilidades no acesso de qualidade à saúde. Na Europa, do século XVIII e XIX, localizamos as origens das ações de saúde pública, o Estado utilizou da medicina, da saúde como meio disciplinador e normatizador ao caos estabelecido com a urbanização e com a industrialização. O progresso não fora planejado, já que as estruturas das cidades não cresceram proporcionalmente, ou seja, o progresso não foi suficiente para garantir o bem-estar da população em geral.

Mas por meio da técnica e da ciência, advindas com a racionalidade e do mesmo progresso que ocasionou os problemas sanitários à vida urbana, foram possíveis a intervenção e a reorganização do espaço. Assim, tem-se a primeira experiência da relação saúde e desenvolvimento (progresso), na qual uma nação civilizada e em constante progresso baseia-se em acumulação de riqueza, mas também deve voltar-se para a saúde da coletividade, ainda mais,

quando, como no caso da Europa, a insalubridade afeta o processo de produção. Naquele período, era esta a relação saúde e progresso: eram necessárias interferências no meio insalubre, porque o caos sanitário afetava o desenvolvimento do capitalismo.

A primeira hipótese deste estudo de que, mesmo em anos anteriores à implementação do Projeto Montes Claros, os debates em torno do desenvolvimento já o relacionavam com saúde, o que foi confirmado ao estudar a história da saúde pública no Brasil, apesar de o significado de desenvolvimento estar muito fortemente ligado às questões de ordem econômica.

Na análise proposta, foram utilizados três períodos: Primeira República (1889 - 1930) quando surge o primeiro movimento pelo sanitarismo do Brasil, época em que é defendida a tese de que o progresso do país dependeria da solução de problemas de insalubridade, não apenas nos grandes centros, mas também no interior. Nesse período, a relação saúde e desenvolvimento (progresso) é entendida como se a saúde fosse um meio para alcançar o progresso, ou seja, por meio de investimentos e mudanças no âmbito da saúde (no sentido de curar doenças), o país sairia do atraso. A partir da vinda da família real para o país iniciam-se atividades de intervenção no meio para organizar a condição sanitária do país, mas tendo como foco central as questões econômicas. Identificamos ainda que, aconteceu um primeiro movimento por uma reforma sanitária no Brasil nos anos 1910, com a defesa da tese de que investimentos em saúde correspondem a progresso.

No segundo período (1945 a 1964) conflituam-se duas teses: a do desenvolvimentismo sanitaria como oposição ao sanitarismo dos anos anteriores. Para os intelectuais críticos da tese sanitaria, investimentos apenas na assistência à saúde não resolveriam os problemas do atraso do país. Mas sim, investimentos na economia, nas questões sociais, como educação, e em outras áreas, ocasionariam melhores condições de saúde. A saúde sozinha não resolveria o subdesenvolvimento do país, a saúde seria consequência e não meio para o desenvolvimento - este projeto perde força no campo político brasileiro com o golpe militar.

E por último, a década 1970, período em que surge o movimento pela Reforma Sanitária brasileira e pela redemocratização do país, que inspirou na linha das idéias desenvolvimentistas sanitárias, dando ênfase à necessidade de investir não só no econômico, ou na industrialização do país, mas também em ações voltadas para condições sociais que interferem nos determinantes da saúde. Enfim, neste período não se defendia que o desenvolvimento do país aconteceria apenas com investimentos e melhorias da saúde, nem apenas como consequência do crescimento econômico, mas dependeria também de transformação social, do reconhecimento da saúde como um direito social, da redemocratização do país.

O Projeto Montes Claros inserido nesse movimento partilhava da mesma tese, no entanto, não era algo explícito, não havia uma defesa direta: investir em saúde, educação, em questões de âmbito econômico, social irão contribuir com o desenvolvimento do país, e da cidade de Montes Claros. Nas leituras e análises dos textos, artigos, livros, dissertações sobre o tema não foi localizado explicitamente o termo desenvolvimento, no sentido de ser um objetivo estrito do Projeto: o desenvolvimento social da cidade de Montes Claros. Além disso, algo que foi encontrado, foi que os militantes envolvidos tinham a convicção de que apenas investimentos no campo da saúde não teria como resultado o desenvolvimento do país.

A implantação do Projeto Montes Claros, traz em seu bojo essa mesma concepção da relação saúde e desenvolvimento. Nas palavras de Francisco de Assis Campos: “você não vai mudar em nada a saúde do povo. Porque medicina não vale nada, não altera vida de ninguém. Só uma mudança radical da sociedade isto vai acontecer, contra e apesar da medicina”.

O Projeto Montes Claros foi uma experiência prática calcada na Medicina Comunitária e Atenção Primária, antecedendo a proposta do SUS. Na verdade, a experiência de gestão praticada em Montes Claros demonstrou que eram possíveis mudanças na saúde pública por meio da Atenção Primária, mesmo antes da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. A partir apenas das datas é possível confirmar tal hipótese, pois o Projeto iniciou em 1971, em sua fase IPPEDASAR, enquanto a Conferência

aconteceu em 1978. A medicina comunitária surgiu no Brasil nos departamentos de medicina preventiva, inspirados nas primeiras experiências implementadas nos Estados Unidos. Lá nos EUA, teve um primeiro momento seu auge nos anos 1930, por meio de ações em centros comunitários de saúde, mas depois houve uma queda, e retomou nos anos 1960, quando veio influenciar ações de saúde a baixo custo, na América Latina e no Brasil.

O Projeto possui uma forte dimensão social, desde sua concepção de saúde determinada pelas condições sociais, econômicas e culturais, não limitada ao caráter biológico, ou à ausência de doenças, até a concepção de um modelo contra-hegemônico e democrático. Não foi apenas um projeto regional, foi o locus da práxis do que estava sendo debatido na academia e com a participação de intelectuais, que não se limitaram ao debate, mas foram a campo, envolvendo-se em conflitos de interesses, apresentando uma contraproposta, o que incentivou o debate sobre a necessidade da reestruturação na prestação dos serviços, e demonstrou ao país a viabilidade das propostas de mudanças do movimento pela Reforma Sanitária, ou seja, mais que uma bandeira de luta, mas algo exequível.

O Projeto Montes Claros foi campo para prática e para algumas transformações na saúde pública da região, como por exemplo: participação popular, descentralização, foco na saúde e não cura da doença, forte relação saúde e educação por meio do internato rural de acadêmicos, formação de auxiliares de saúde. Lugar onde a teoria debatida na vertente acadêmica do movimento pela Reforma Sanitária vivenciou uma prática voltada para mudanças, que buscava a democratização da saúde, que fora construída de forma excludente desde as Caixas de Aposentadoria e Pensões, nos anos 1920.

E não parece ter sido tarefa das mais fáceis, haja vista os conflitos que os envolvidos no Projeto tiveram que enfrentar, considerando as duas faces inerentes à experiência de Montes Claros: a primeira face do movimento social em plena ditadura militar, com uma bandeira de luta pela universalização da saúde, pela democratização do país; a segunda face consiste no fato de as atividades contarem com apoio financeiro de um órgão americano, que

pretendia acabar com a possibilidade de qualquer embrião comunista na América Latina, onde conseqüentemente havia participação do estado, por meio da SES/MG e o Ministério da Saúde.

Em Montes Claros, de fato, foram lançadas as primeiras medidas práticas para a criação do SUS. Não surgiu aqui a ideologia da transformação, ou uma teoria da medicina social, pois os intelectuais envolvidos na vertente acadêmica quem criaram por meio de críticas ao proposto e ao sistema posto. A proposta de mudanças na saúde, estava embasada em clássicos desde Karl Marx, até nomes importantes na educação brasileira como Paulo Freire, e autores que escreviam sobre o campo da saúde. O desejo de mudança não surgiu por simples intuição ou inquietação de um grupo local, mas por estudos e análises críticas.

O Projeto Montes Claros é a experiência mais marcante de gestão do movimento pela reforma sanitária. O lugar onde ousou na tentativa de mudar a assistência à saúde, com características como descentralização, a regionalização, a hierarquização, o trabalho com auxiliares de saúde, a participação popular, a dimensão social dos determinantes no processo saúde e doença, princípios hoje reconhecidos juridicamente no SUS, que já constavam no Projeto Montes Claros.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHTERBERG, Jeanne. A. **A imaginação na Cura**. São Paulo: Summus, 1996. apud. ANDRADE, D. C. D. **Uma breve reflexão sobre a importância do resgate da função terapêutica religiosa através das práticas de cura**. Revista Eletrônica Inter-Legere. Número 2 – julho a dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/revista/pdf/2/es03.pdf>.> Acesso em: setembro de 2009.

ADORNO, Rubens Camargo Ferreira. A Cidade como Construção Moderna: um ensaio respeito de sua relação com a Saúde e as "Qualidades de Vida". **Saúde e Sociedade**. n.8, 1999. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n1/03.pdf>> . Acesso em agosto de 2009.

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2003. Disponível em:< http://www.medicina.ufmg.br/saudepublica/dissert/raphael_aguiar03.pdf>. Acesso em: janeiro de 2010.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O Conceito de Saúde e a Vigilância Sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde**. 2000. Disponível em < <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/conceito.pdf>> Acesso em agosto de 2009.

ALMEIDA FILHO, Naomar; JUCA, Vlândia. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência saúde coletiva** 2002, vol.7, n.4. Disponível em < 10.1590/S1413-81232002000400019> Acesso em agosto de 2009.

ANAIS 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1963), Ministério da Saúde, Niterói, 1992, Fundação Municipal de Saúde. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3confnac_an_1.pdf> . Acesso em: janeiro de 2010.

ANDRADE, D. C. D. **Uma breve reflexão sobre a importância do resgate da função terapêutica religiosa através das práticas de cura.** Revista Eletrônica Inter-Legere. Número 2 – julho a dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/revista/pdf/2/es03.pdf>.> Acesso em: setembro de 2009.

ANDRADE, E.I.G. Estado e Previdência no Brasil: uma breve história. **A previdência social no Brasil.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. *apud.* BATICH, Mariana. Previdência do Trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva.** 18(3). 2004. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24776.pdf>> . Acesso em Janeiro de 2010.

ARENDT, Hannah. **O Que é Política?** Trad. Reinaldo Guarany. 6.ed. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2006.

ARRETCHE, Marta. Emergência e desenvolvimento do Welfare state: teorias explicativas. IN: **BIB** nº. 39, Rio de Janeiro, 1995.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para crítica da medicina preventiva.** Ed. UNESP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

BATICH, Mariana. Previdência do Trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva.** 18(3). 2004. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24776.pdf>> . Acesso em Janeiro de 2010.

BATIPSTA, Tatiana Wargas de Faria. **O Direito à saúde no Brasil:** sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In.: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.) Textos de apoio em políticas de saúde. ed. Fiocruz, Rio de Janeiro: 2005.

BEGUIN, F. **As maquinarias Inglesas do Conforto**. In: Espaço e Debate. 1991.

BELLOTO, H.L. As fronteiras da documentação. In: CASTILHO, A, T. DE (ORG) **A sistematização de arquivos públicos**. Campinas, São Paulo: UNICAMP, 1991. *apud*. CASTRO, Janete Lima de. *Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Natal, RN: Observatório RH-NESC, 2008.

BOBBIO, Noberto. MATTEUCI, N e PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

BISOTO JUNIOR, Geraldo; SILVA, Pedro Luis Barros de; DAIN, Sulamis (orgs). **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

BLOUNT JA 1971. *The public health movement in São Paulo. Brazil. A history of the sanitary service: 1892-1918*. Tese de doutorado. Tulane University. *apud*. NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. Ciência e Saúde Coletiva*. vol 5. nº 2. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000200004&script=sci_arttext> . Acesso em outubro de 2009.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da Ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004. *apud*. CASTRO, Janete Lima de. *Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Natal, RN: Observatório RH-NESC, 2008.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. In: Coleção Memória e Sociedade. BETTENCOURTE Francisco e CURTO, R. Diogo (org). Lisboa. Difusão Editorial Ltda. 1989. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil S.A.. 1989. *apud* RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Universidade de Brasília/Programa de Pos-Graduação em Estudos Comparados sobre as

Américas. Brasília: 2006. Disponível em <
http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1529> . Acesso em julho de 2009.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **Razões e Práticas**: sobre a teoria da ação. 6ª edição. Campinas, São Paulo: Papirus, 2005.

BOUSQUAT, A. e COHN, A. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **História, Ciências, Saúde**. vol. 11(3), set.-dez. Manguinhos, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BREEDEN J. O. Disease as a factor in Southern distinctiveness, pp. 1-28. In T Savitt e H Young (eds.), *Disease and distinctiveness in the American South*. The University of Tennessee Press, Knoxville, 1988. *Apud*. LIMA, Nísia Trindade, HOCHMAN, Gilberto. **Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. Ciência saúde coletiva** 2000, vol.5, n.2. Disponível em :<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200007> . Acesso em outubro de 2009.

BRESCIANI, M.S.M. **As sete portas da Cidade**. In: Espaço e Debate. 1991.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Do ISEB e da CEPAL à Teoria da Dependência**. X Encontro Nacional de Economia Política. Sociedade de Economia Política. Campinas, 2005. Disponível em :<
<http://www.sep.org.br/artigo/xcongresso87.pdf?PHPSESSID=e312d4fa7efe14804f48c6e1ab178ca1>> Acesso em janeiro de 2010.

BRITTO, Nara. Capítulo I: A Construção de uma Força Social: a Organização do Movimento Sanitarista. In.: **Oswaldo Cruz, a construção de um mito da ciência brasileira. Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro: 1995.

BUSS, P. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.5v.1, 2000.

BUSS, P. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 5(1). 2000. apud CARVALHO, Sergio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, Jul/Set.2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso > . Acesso em agosto de 2009.

CAMPOS, Francisco Eduardo. **O Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas como espaço de atuação acadêmica**. In: FLEURY, Sonia. Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

CARDOSO, Fernando Henrique. **As idéias e seu Lugar**: Ensaios sobre as teorias de desenvolvimento. Petrópolis: Vozes, 1980. Introdução, Cap.1 e 2.

CARVALHO, Auxiliadora Keila. **A Saúde pelo Progresso**: Médicos e Saúde Pública em Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal de Juiz de Fora/Programa de Pós-Graduação em História. Juiz de Fora: 2008. Disponível em:< <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp081492.pdf> > . Acesso em dezembro de 2009.

CARVALHO, Dirce Helena de Faria.; FRANCIS, Davi Georges. **Saúde**: Uma Questão sócio Ambiental. II Simpósio Regional De Geografia “Perspectivas Para O Cerrado No Século XXI”/Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Geografia, 2003. Disponível em: < <http://www.ig.ufu.br/2srg/3/3-30B.pdf> > . Acesso em: setembro de 2009.

CARVALHO, Sergio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, Jul/Set.2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso> . Acesso em agosto de 2009.

CASTEL, Robert. Classes sociais, desigualdades sociais, exclusão social. *In.:* **Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional.** (Org) BALSA, Casimiro Marques, BONETI, Lindomar Wessler, SOULET, Marc-Henry. Ijuí:Unijuí,2006.

CASTIEL, LD. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos saúde, pp. 79-96. In D Czeresnia (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência.* Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003. apud CARVALHO, Dirce Helena de Faria.; FRANCIS, Davi Georges. **Saúde: Uma Questão sócio Ambiental.** II Simpósio Regional De Geografia “Perspectivas Para O Cerrado No Século XXI”/Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Geografia, 2003. Disponível em: < <http://www.ig.ufu.br/2srg/3/3-30B.pdf>>. Acesso em: setembro de 2009.

CASTIEL, Luis Davi. Uma saúde pública molecular? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul/set, 1994. apud. RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá.** Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Universidade de Brasília/Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas. Brasília: 2006. Disponível em < http://bdt.d.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1529> . Acesso em julho de 2009.

CASTRO, A. de et al. — Saúde pública e desenvolvimento econômico. Relatório da Subcomissão de Saúde da Comissão Nacional de Bem-Estar Social. **Revista Hig. Saúde pública**, Rio de Janeiro, 13,1954. apud. DUARTE DE ARAUJO, José, Saúde e Desenvolvimento Econômico: atualização de um tema, **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v. 9, 1975.

CASTRO, Janete Lima de. **Protagonismo silencioso**: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal, RN: Observatório RH-NESC, 2008.

COELHO, Maria Tereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de . Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 1999.

COHN, Amélia. A reforma da previdência social: virando a página da história? **São Paulo em Perspectiva**. 9(4), 1995. Disponível em:< http://www.cedec.org.br/files_pdf/Areformadaprevidenciasocial.pdf> . Acesso em janeiro de 2009.

COHN, Amélia. Saúde e desenvolvimento social. **Saúde e Sociedade**. vol.18, suppl.2. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600006&lng=en&nrm=iso> . Acesso em janeiro de 2010.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: contribuição à História do SUS. **Physis: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2004. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200009> Acesso em: fevereiro de 2010.

COSTA, D. — A importância da saúde nos planos de desenvolvimento econômico. **Revista brasileira Malar.**, v.15, 1963. Apud. DUARTE DE ARAUJO, José, Saúde e Desenvolvimento Econômico: atualização de um tema, **Revista de Saúde pública**, São Paulo,v. 9, 1975.

DUARTE DE ARAUJO, José, Saúde e Desenvolvimento Econômico: atualização de um tema, **Revista de Saúde pública**, São Paulo,v. 9, 1975.

DRAIBE, S. O Welfare State no Brasil. O Welfare State brasileiro em perspectiva. In. DRAIBE, S. **Características e Perspectivas. Cadernos de Pesquisa**. Unicamp, Campinas: n.8, 1993.

DUPAS, Gilberto. O mito do progresso. **Novos estudos**. n. 77, 2007. Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/nec/n77/a05n77.pdf>> .Acesso em novembro de 2009.

SCOREL, Sara. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro, ESNP, 1998.

SCOREL, Sara; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferencias Nacionais de Saúde na Construção do SUS. LIMA, Nísia Trindade, et.al. (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Ed. FIOCRUZ, 2ª reimpressão, 2008.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em:< http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Scorel_2008_II.pdf> Acesso em dezembro de 2009.

SCOREL, Sara; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In.: LIMA, Nísia Trindade, et.al. (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Ed. FIOCRUZ, 2ª reimpressão, 2008.

SCOREL, Sara.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em :<http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Scorel_2008_I.pdf>. Acesso em dezembro de 2009.

ELIAS, Paulo Eduardo, **Estado e Saúde os desafios do Brasil contemporâneo**. São Paulo em Perspectiva, v.18, n. 3, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300005&script=sci_arttext>. Acesso em setembro de 2009.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare state. In: **Lua Nova**. Rio de Janeiro, nº. 24, 1991.

ESTEVA, Gustavo. Desenvolvimento. In: **Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder.**/ Wolfgang Sachs (editor); tradutores Vera Lúcia M. Joscelyne, Susana de Gyalokay e Jaime A Clasen. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

ESTIVILL, Jordi. A face não reconhecida da sociedade. O debate conceptual sobre exclusão social na Europa e na América Latina. In.: **Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional.** (Org) Balsa, Casimiro Marques, BONETI, Lindomar Wessler, SOULET, Marc-Henry. Ijuí:Unijuí,2006.

FAHEL (a), Murilo. Estado de Bem-Estar Social e Políticas de Saúde no Brasil. **Revista Caminhos da História**. v.18, n. 2. Montes Claros: Unimontes, 2008.

_____(b), Murilo Cássio Xavier. **Desigualdades em saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde entre 1998 e 2003.** Tese (Doutorado) Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula, et.al. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARLEY, John. *To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951).* New York: Oxford University Press. 2004.apud.HOCHMAN, Gilberto. O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** , vol.16, suppl.1, 2009. Disponível em;<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/15.pdf>.> Acesso em setembro de 2009.

FELIPE, J.S. Depoimento oral. Projeto Montes Claros. DAD/COC, 1983. *apud*. ESCOREL, Sara; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In.: LIMA, Nísia Trindade, et.al.

(org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Ed. FIOCRUZ, 2ª reimpressão, 2008.

FERREIRA, M. J. Perspectivas atuais da saúde pública. Rev. bras. Malar., v.15, 1963. apud. DUARTE DE ARAUJO, José, Saúde e Desenvolvimento Econômico: atualização de um tema, **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v. 9, 1975.

FLEURY, Sônia. Previdência versus assistência na política social brasileira. **Dados**, Rio de Janeiro: IUPERJ, v.27, n.3, 1984.

FLEURY, Sônia. **Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil**. In. MATTA, Gustavo Correa e LIMA, Julio César (org). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/EPISJV, 2008.

FONSECA. Paulo Cezar Dutra. **Gêneses e Precusores do Desenvolvimento no Brasil**. PPGE/UFRGS, Textos para Discussão, 2005.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra, MONTEIRO, Sérgio Marley Modesto. **Revista de Economia Política**, vol. 28, nº 1 (109), janeiro-março/2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v28n1/a02v28n1.pdf>>. Acesso em Janeiro de 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 24ª edição, 2007.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAUDE, 3ª Conferência Nacional de Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1991. apud. LIMA, Nísia Trindade; Fonseca, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica**. In.: LIMA, Nísia Trindade, et.al. (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Ed. FIOCRUZ, 2ª reimpressão, 2008.

FURTADO, Celso. **Pequena Introdução ao desenvolvimento: enfoque interdisciplinar**. São Paulo: Nacional, 1981.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas S.A., 1996.

GOUVEIA, A. Saúde para o desenvolvimento. Salvador, Imprensa Oficial da Bahia, 1964. apud DUARTE DE ARAUJO, José, Saúde e Desenvolvimento Econômico: atualização de um tema, **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v. 9, 1975.

GERSCHMAN, Silvia, e SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol.21, n.61, 2006.

Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010> . Acesso em outubro de 2009.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a Organização da Cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cacere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

HAMILTON, W. & FONSECA, C. O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 10(3), 2003. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19301.pdf>> Acesso em janeiro de 2010.

HELLER, A. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Ediciones Península: 1986. apud. PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Tese (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, 1993. Disponível em:< <http://carloschagas.ibict.br/sobrech/sec/eh-588.PDF>> . Acesso em Janeiro de 2010.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: as bases da política de saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** , vol.16, suppl.1, 2009. Disponível em;< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/15.pdf>.> Acesso em setembro de 2009.

KLIKSBERG, Bernardo. **Repensando o Estado para o Desenvolvimento Social: superando dogmas e convencionalismos** (tradução de Joaquim Ozório Pires da Silva) São Paulo: Cortez, 1998.

KLIKSBERG, Bernardo. **Falácias e Mitos do Desenvolvimento Social**. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2001

KUGELMAS, Eduardo. Revisitando o Desenvolvimento. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. V. 22, nº 63. São Paulo, 2007.

LABRA, E. 1955-1964: o sanitarismo desenvolvimentista. In: TEIXEIRA, S. F. et al. (Coords.) **Antecedentes da Reforma Sanitária: textos de apoio**. Rio de Janeiro: Pec/Ensp, 1988. *apud*. LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões**, 2006. Disponível em :< <http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB01.pdf>> Acesso em dezembro de 2009.

LAROCCA, Liliana Muller. **Higienizar, cuidar e civilizar: o discurso médico para a escola paranaense (1886-1947)**. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Educação. Paraná, 2009. Disponível em :< http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/tese_liliana.pdf> Acesso em novembro de 2009.

LEITE, Marcos Esdras. **Década 79: Imigração e caos urbano em Montes Claros**. II Simpósio Regional de Geografia – Perspectivas para o cerrado no século XXI. Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Geografia, 2003.

Disponível em:< <http://www.ig.ufu.br/2srg/5/5-55.pdf>> . Acesso em novembro de 2009.

LESSA, Simone Narciso. **Da Ruidosa Revolução das Ruas à Revolução Silenciosa nos Lares:** Vida Privada da Burguesia e do Operariado no Século XIX – Paris e Londres. Campinas, 2001 (mimeo).

LIMA, Ana Luce Girao Soares de, PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História ciência saúde-Manguinhos.** vol.10, n.3, 2003. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000300012&script=sci_arttext&lng=pt> . Acesso em novembro de 2009.

LIMA, Nísia Trindade; Fonseca, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil:** Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In.: LIMA, Nísia Trindade, et.al. (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Ed. FIOCRUZ, 2ª reimpressão, 2008.

LIMA, Julio César França. **Memória da Educação Profissional em Saúde no Brasil: anos 1980-1990.** Fiocruz, Rio de Janeiro: 2006. Disponível em:< http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJ-V-FIOCRUZ/Memorias_educacao_profissional.pdf>. Acesso em janeiro de 2008.

LIMA, Nísia Trindade, HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor, SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996. Disponível em:< <http://carloschagas.ibict.br/sobrech/sec/eh-592.PDF>> acesso em outubro de 2009.

LIMA, Nísia Trindade, HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males

do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência saúde coletiva** 2000, vol.5, n.2. Disponível em :<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200007> . Acesso em outubro de 2009.

LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões.** 2006. Disponível em :<
<http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB01.pdf>> Acesso em dezembro de 2009.

LOBATO, L.V.C. Avaliação de Políticas Sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios. **Revista Trabalho Educação Saúde**, 2(1): 2004.

LOBATO, Lenaura Costa. **Estrutura e Relações de Poder.** In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930).** Graal, Rio de Janeiro, 1982. *Apud.* NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva.** vol 5. nº 2. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <
http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000200004&script=sci_arttext> . Acesso em outubro de 2009.

LUZ, Madel T. A construção da racionalidade científica moderna. In: **Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna.** Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988. pp. 15-41.

LUZ, Madel T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Revista Saúde Coletiva.** v. 18, nº 2, São Paulo, 2009. Disponível em <
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>> . Acesso em setembro de 2009.

MACHADO, R; LOUREIRO A; LUZ R & MURICY K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Graal, Rio de

Janeiro, 1978. *Apud.* NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol 5. nº 2. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-8123200000200004&script=sci_arttext> . Acesso em outubro de 2009.

MANO, Maria Amélia. Educação em Saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. **Boletim da Saúde**, n. 1, v. 18, Porto Alegre: jan/jun, 2004. Disponível em :< http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_19educa%C3%A7%C3%A3osaude.pdf> . Acesso em novembro de 2009.

MARQUES, Eduardo Cesar. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 39, fevereiro 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em janeiro de 2010.

MARTINS, Carlos Eduardo; Valencia, Adrián Soletto. **Teoria da dependência, neoliberalismo e desenvolvimento: reflexões para os 30 anos da teoria**. Disponível em < http://www.pucsp.br/neils/downloads/v7_martins_sotelo.pdf> Acesso em agosto de 2009.

MELLO, C. G. de — Assistência médica e desenvolvimento econômico. *Rev.bras. Malar.*, v. 13, 1963. *apud.* DUARTE DE ARAUJO, José, Saúde e Desenvolvimento Econômico: atualização de um tema, **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v. 9, 1975.

MENDES, Eugênio Villaça. O Sistema Único de Saúde um processo social em construção. In.:SANTANA, José Parangua de; CASTRO, Janete Lima (org). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU**, EDUFRN, Natal, 1999.

MENDES, Eugênio Villaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. EPS-MG, Belo Horizonte: 2009.

MENDES, René e DIAS, Elizabeth Costa. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. *Rev. Saúde Pública* vol.25, n.5, 1991. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>> Acesso em outubro de 2009.

MENDONÇA, Andréa Maria Guisoli. **Reforma Psiquiátrica em Montes Claros: Perspectiva Histórica**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social – PPGDS, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MERHY, Emerson Elias; MALTHA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. **Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e potência transformadora da gestão**. Disponível em :<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>> Acesso em janeiro de 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. SP-RJ: Hucitec-ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: DAB. **Número de equipes do PSF (SUS): período 1994-2006**.apud. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS/TABNET. **Taxa de mortalidade (por 1000 nascidos vivos) - Brasil e grandes regiões 1991, 1997,2000 e 2004**. Disponível em<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/c01.pdf>> Acesso em dezembro de 2008.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Sociologia médica, sociologia da saúde ou medicina social? Um esboço comparativo entre França e Brasil. **Saude e Sociedade** , São Paulo, v. 17, n. 2, 2008 Disponível em:

<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: janeiro 2009.

MORAES, N. A. **Saúde e poder na República Velha: 1914-1930**. Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1983 .NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol 5. nº 2. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000200004&script=sci_arttext> . Acesso em outubro de 2009.

MOSLEY, W. H., CHEN, L. C. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Populations and development review*, v.10 (suppl.), n. 84, p. 25-45, 1984. apud. NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. Agosto, 1998. Disponível em < <http://www.interface.fmb.unesp.br/revista3/debates1.pdf>>. Acesso em: agosto de 2009.

MULLER, Glaucia Regina Ramos. **Influência do Urbanismo Sanitarista na Transformação do Espaço Urbano em Florianópolis**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina/ Departamento de Geociências. Florianópolis: 2002. Disponível em < <http://www.tede.ufsc.br/teses/PGCN0211.pdf>>. Acesso em setembro de 2009.

MURARD L & ZYLBERMAN P. La raison de l'expert ou l'hygiène comme science sociale appliquée. *Archives European of Sociology*, v. XXVI, 1985. LIMA, Nísia Trindade, HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência saúde coletiva** 2000, vol.5, n.2. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200007> . Acesso em outubro de 2009.

NÓBREGA JUNIOR, Edson Diniz. O lugar do pobre na cidade: dos Cortiços à Favela. In.: **O Programa Criança Petrobras na Maré em oito escolas públicas do maior conjunto de favelas do Brasil**. Dissertação (Mestrado em

Educação)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: < http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0510433_07_cap_02.pdf > . Acesso janeiro 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v7, n12, fev 2003. Disponível em :< <http://www.interface.org.br/revista12/espaco2.pdf> > . Acesso em janeiro de 2010.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. Agosto, 1998. Disponível em < <http://www.interface.fmb.unesp.br/revista3/debates1.pdf> >. Acesso em: agosto de 2009.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol 5. nº 2. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000200004&script=sci_arttext > . Acesso em outubro de 2009.

OLIVEIRA, M. F. M. **O processo de desenvolvimento de Montes Claros (MG), sob a orientação da SUDENE (1960-1980)**. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 1996.

PAIM, Jairmilson Silva. Collective health and the challenges of practice. In: Pan American Health Organization. The crisis of public health: reflection for the debate. Scientific Publication, Washington, 1992. apud RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Universidade de Brasília/Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas. Brasília: 2006. Disponível em < http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1529 > . Acesso em julho de 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para compreensão e crítica. Tese (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. e ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: “uma nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*. V. 32, n.4, ago.1998. apud. RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá.** Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Universidade de Brasília/Programa de Pos-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas. Brasília: 2006. Disponível em <http://btdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1529> . Acesso em julho de 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos no ano 2000”. (Série estudos em saúde coletiva, n. 175). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. Disponível em:<<http://www.ims.uerj.br/sesc/numeros/printed/pdf/SESC175.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2009.

PADILHA, H.P. Programa de Diagnósticos preliminares para o planejamento de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: 6, 1972. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v6n2/12.pdf>> . Acesso em Janeiro de 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Imperialismo & filantropia: a experiência da Fundação Rockefeller e o sanitarismo no Brasil na Primeira República.** História, ciência e saúde - Manguinhos.vol.12, n.1, 2005. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702005000100012&script=sci_arttext> . Acesso em dezembro de 2009.

PEREIRA M 1922 [1916]. “O Brasil é ainda um imenso hospital” – Discurso pronunciado pelo professor Miguel Pereira por ocasião do regresso do professor Aloysio de Castro, da República Argentina, em outubro de 1916. **Revista de Medicina**. Vol, VII, no 21:3-7. Centro Acadêmico Oswaldo Cruz-

Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Apud. LIMA, Nísia Trindade, HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência saúde coletiva** 2000, vol.5, n.2. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200007> . Acesso em outubro de 2009.

PEREIRA, L. M. **Em nome da região, a serviço do capital: o regionalismo político norte-mineiro..** Tese (Doutorado em História Econômica) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2007.

PEREIRA, Isabel B. Políticas de Saúde e Formação do Trabalhador. *In:* ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. FIOCRUZ. **Textos de Apoio em Políticas de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

PIERUCCI, Lucirléia Alves Moreira. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a difusão do ideal da medicina preventiva. **Revista Espaço Acadêmico, nº 95, abril de 2009.** Disponível em < <http://www.espacoacademico.com.br/095/95pierucci.pdf>>. Acesso em setembro de 2009.

PINTO, Sandra Lúcia de Souza. **Ciência e poder tecnológico: alguns autores.** *En publicacion: Estudios. Sociedade e Agricultura no 2.* CPDA, Curso de Pós- Graduação em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro: Brasil. Julho. 1994 1413-0580. Acesso al texto completo: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/brasil/cpda/estudos/doi/sandra2.htm>> Acesso em julho de 2008

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá.** Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Universidade de Brasília/Programa de Pos-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas. Brasília: 2006. Disponível em <

http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1529 > . Acesso em julho de 2009.

RIBEIRO, J.L. **Características Psicológicas Associadas à Saúde**. Dissertação de Doutorado.Universidade do Porto. 1993. CARVALHO, Dirce Helena de Faria.; FRANCIS, Davi Georges. **Saúde:Uma Questão sócio Ambiental**. II Simpósio Regional De Geografia “Perspectivas Para O Cerrado No Século XXI”/Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Geografia, 2003. Disponível em: < <http://www.ig.ufu.br/2srg/3/3-30B.pdf>>. Acesso em: setembro de 2009.

RIGHI, Liane Beatriz; PASCHE, Dário Frederico; AKERMAM, Marco. **Saúde e desenvolvimento: interconexões, re-orientação dos serviços de saúde e desenvolvimento regional**. Ijuí/RS – Santo André/SP, 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao_saude_desenvolvimento.pdf>Acesso em: junho de 2008.

RIST, Gilbert. The History of Development. From Western Origins to Global Faith. Zed Books, London and New York, 1997. *Apud*. TEIXEIRA, Gilmara Emília. **Pobreza e Desigualdade de renda: um estudo comparativo entre as microrregiões de Montes Claros e Uberlândia**. 2006. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A100.pdf Acesso em: maio de 2008.

RONCAGLIO, C; NEUERT, M; MARTINS, M. A.B. Apontamentos para uma história da saúde: as fontes documentais do Paraná. **Revista História, Ciência e Saúde**. v. 8 (1), jn,2001.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Tradução de Ângela Louzeiro. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

RUTKOWSKI, Emilia; LESSA, Simone Narciso; OLIVEIRA, Ernerstina Gomes de. Desenvolvimento Brasileiro x Meio Ambiente: Trajetória da Problematização da Água. **Revista Ciência e Tecnologia**. Nov/1999. Disponível em <

<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/rct14.pdf>> Acesso em setembro de 2009.

SALCIDO, Geraldo Torres. Necessidades essenciais e pobreza, conceitos e alternativas para as políticas de desenvolvimento. *In.:* **Desigualdades na América Latina: novas perspectivas analíticas**. (Org). CATANNI, Antonio; DIAZ, Laura Mota. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

SANTANA, José Paranaguá de; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **Articulação Ensino-Serviço na Área de Saúde. 2002**. Disponível em:< <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF31.pdf>>. Acesso em setembro de 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Introdução a uma ciência pos-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. *Ciências. saúde coletiva*, Mar./Apr. 2007, vol.12, no.2, p.429-435.

SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência & saúde coletiva** 2003, vol.8, n.1, Disponível em :< http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000100024&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em janeiro de 2010.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Márcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados** 13 (35), 1999. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100007&script=sci_arttext> . Acesso em agosto 2009.

SANTOS, Regina Célia Nunes dos. **A História do Projeto Montes Claros**. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

SANTOS, J. V. T. A construção da viagem inversa. Ensaio sobre a investigação nas Ciências Sociais. **Caderno de Sociologia**. Porto Alegre: 3(3), p. 55-88, jan/jul. 1991.

SANTOS, Wanderley. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

SCLIAR, Moacyr, J. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: agosto de 2009.

SCLIAR, Moacyr J. **Da Bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública – Departamento de Ciências. Rio de Janeiro: 1999. Disponível em: <<http://portaldeses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/scliarmjd/pdf/capa.pdf>>. Acesso em setembro de 2009.

SCHERER, Magda Duarte Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flavia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em agosto de 2009.

SCHORSKE, C. E. **A cidade segundo o pensamento europeu – de Voltaire a Spengler**. In. Espaço e Debate.nº 27, 1989.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Cia. Das Letras, 2000.

SERRANO, Miguel, M; LEMOS, Maria do S. A promoção da saúde, qualidade de vida e a saúde ambiental. **Revista da Saúde**, ano IV, n.4, 2003. *apud* RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Universidade de Brasília/Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as

Américas. Brasília: 2006. Disponível em <
http://bdttd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1529> . Acesso em julho de 2009.

SICSU, J.: Planejamento Estratégico do desenvolvimento e as políticas macroeconômicas. In: SISCUS, J.& VIDOTTO, C. **Economia do Desenvolvimento: teorias e políticas keynesianas**. Rio de Janeiro, Campus, 2008.

SOARES, Adilson. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 23, n.7, 2007. Disponível em: <
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000700007&script=sci_arttext&tlng=>. Acesso em: dezembro de 2009.

SOBRINHO, Délcio Fonseca. Ascensão e queda da República Socialista de Montes Claros. *In.*: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, Cornelis J. Van. **Do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre a ideologia e realizações práticas**. *In.*: FLEURY, Sonia. Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TELES, Nair. A construção social da pobreza pela saúde pública (1918-1922 e 2002). *In.*: **Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional**. (Org) BALSÁ, Casimiro Marques, BONETTI, Lindomar Wessler, SOULET, Marc-Henry. Ijuí:Unijuí,2006.

TEIXEIRA, Sonia Fleury, Montes Claros: a utopia democrática. *In.*: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TEIXEIRA, S.M. & OLIVEIRA, J. de A. A (Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

TOLEDO, Fernando C. Capital Social, desenvolvimento e redução da pobreza: elementos para um debate multidisciplinar. *In.:* **Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional.** (Org) BALSA, Casimiro Marques, BONETI, Lindomar Wessler, SOULET, Marc-Henry. Ijuí:Unijuí,2006.

THOMAS, K. O homem e o mundo natural. São Paulo: Companhia das letras, 1988.

VEIGA, José Eli da. **Desenvolvimento Sustentável: O desafio do Século XXI.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006. Parte 1.

VIEIRA, Lívia Maria Fraga, Lima, Neusa Maria. Concepção do coletivo, participação comunitária e transformação social pela saúde. In: FLEURY, Sonia. Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

WERNECK VIANNA, Maria Lúcia. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, 1998.

WILLIAMS, R. O campo e a cidade na história e na literatura. São Paulo: Companhia da Letras, 1989.

WINSLOW, Charles-E.A. *Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud.* Washington: Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana. (Publicaciones Científicas, v.16). 1955. apud. HOCHMAN, Gilberto. O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** , vol.16, suppl.1, 2009. Disponível em;<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/15.pdf>.> Acesso em setembro de 2009.

Referência Documental:

ATA de Reunião do Conselho de Orientação do IPPEDASAR, Centro de Pesquisa e Documentação Regional da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES Montes Claros 1974.

CONVÊNIO entre a Universidade Norte Mineira e o IPPEDASAR, por meio da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Norte de Minas, 1971.

ESTATUTO DO IPPEDASAR. Centro de Pesquisa e Documentação Regional da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, Montes Claros 1971.