Parte III – Construindo Saúde Pública

Os modelos Horizontal integrado e Vertical: colaboração na expansão do Poder Público

André Luiz Vieira de Campos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CAMPOS, A. L. V. Os modelos Horizontal integrado e Vertical: colaboração na expansão do Poder Público. In: *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 253-272. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-100-6.

<https://doi.org/10.7476/9786557081006.0012>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Os Modelos Horizontal Integrado e Vertical:

colaboração na expansão do Poder Público

Modelos de Administração Sanitária

O modelo integrado de unidades sanitárias – também conhecido como modelo horizontal permanente ou, ainda, modelo distrital – proposto pelo Sesp coexistia com outros modelos e/ou propostas para a saúde pública no Brasil. O tradicional modelo das campanhas sanitárias, ou modelo vertical, supunha uma ação focada em um problema específico de saúde pública e implicava a criação de organismos especializados, centralizados e com uma direção vertical. Outra proposta, o ‘sanitarismo desenvolvimentista’, não chegou a gerar um modelo de administração sanitária.

Apesar de memorialistas do Sesp reivindicarem para esta agência o pioneirismo da introdução da proposta da rede horizontal permanente, alguns elementos desta forma de assistência à saúde, como os centros de saúde, por exemplo, já existiam no Brasil desde a década de 1920. Castro-Santos (1993) e Lina Faria (2002) chamam a atenção para o papel da Fundação Rockefeller na difusão deste modelo assistencial em São Paulo, onde, com a reforma sanitária de 1925, os centros de saúde tornaram-se o eixo de toda a estrutura da administração de saúde pública no estado. Neste sentido, São Paulo desenvolveu, ainda na República Velha, uma administração sanitária autônoma em relação aos serviços de saúde da União.

Emerson Merhy (1992) também analisou este processo, indicando, porém, que apesar de a reforma de 1925 fundamentar-se nos princípios da corrente ‘médico-sanitária’, que embasava o modelo administrativo alcu-nhado ‘rede local permanente’, a implantação do modelo em São Paulo

frustrou-se no decorrer da década de 1930. Os conflitos entre diferentes modelos sanitários desembocaram, já em 1931, no fortalecimento daqueles que advogavam por uma estrutura de assistência à saúde fundamentada nos princípios do que o autor nomeia “modelo vertical permanente especializado”. Segundo Merhy, este “modelo tecno-assistencial” calcava-se numa “corrente mista”, pois englobava elementos dos princípios campanhistas verticais com elementos do movimento ‘rede local permanente’, como por exemplo os centros de saúde. Estes, entretanto, no ‘modelo vertical permanente especializado’, estavam subordinados à lógica verticalista e, ao contrário do que propunha o modelo “rede local permanente”, não representavam a unidade integral e mais importante do sistema de saúde pública (Merhy, 1992: 27-28, 174).

O movimento ‘rede local permanente’ ou ‘horizontal permanente’ pretendia organizar um amplo sistema de assistência de saúde, voltado para atividades de prevenção e educação sanitárias. Tinha como princípio alterar comportamentos individuais – tarefa da educação em saúde –, imputando ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde. Ordenava-se em uma rede única de centros e postos de saúde permanentes, delimitada geograficamente em ‘Distritos Sanitários’, e que seria o centro do sistema responsável pela realização do conjunto das ações sanitárias. Inspirado nos padrões norte-americanos de administração sanitária elaborados pela Johns Hopkins School of Public Health, o modelo dos centros de saúde difundiu-se no Brasil a partir da presença da Fundação Rockefeller e dos sanitaristas brasileiros formados por aquela escola; na década de 1920, disputava com os adeptos das estratégias campanhistas/verticais a primazia na organização do Serviço Sanitário de São Paulo, e já era considerado antinacionalista por seus opositores, em função de suas raízes norte-americanas (Merhy, 1992).

O movimento vertical permanente especializado orientou-se segundo a tradição dos médicos da geração de Oswaldo Cruz e Emílio Ribas e dos líderes do movimento sanitarista, buscando “uma versão mais moderna das estratégias campanhistas” policiais. As idéias deste grupo materializaram-se nas reformas do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, realizadas em 1918 e 1931. Esta última avançou na construção, a partir da existência de um problema específico, de serviços especializados paralelos para executar um conjunto de ações, desde a clássica polícia sanitária até a educação sanitária e a medicina curativa, entre outras. A especialização

deste modelo levou a própria educação sanitária a ser objeto de uma estrutura especializada – o centro de saúde – que se imbuía “da educação sanitária em geral e assistência médico-sanitária imediata”. O centro de saúde era, portanto, admitido neste modelo, porém sem a centralidade que exercia no modelo da rede local permanente, tendo um papel subordinado dentro da lógica verticalista (Merhy, 1992: 111-112, 135, 141).

A hegemonia do projeto político identificado com um autoritarismo corporativista e com o nacionalismo favoreceu, num primeiro momento, os partidários do modelo vertical permanente especializado. Contudo, a conjuntura se alterava no Estado Novo. Se, por um lado, a presença do Sesp trouxe impacto, mesmo em São Paulo, na organização dos serviços sanitários, na medida em que a agência reforça as estratégias dos centros de saúde, por outro o próprio governo estadual paulista procurou, após a reforma de 1938, “introduzir uma convivência institucional mais permanente e diferenciada entre os serviços verticais permanentes (...) e os serviços ambulatoriais que se efetivaram através dos centros de saúde” (Merhy, 1992: 162). Porém, como já dissemos, a rede de unidades sanitárias não se constituiu como base de um modelo; estava subordinada aos serviços verticais e, em si, tornava-se um deles. Havia, portanto, uma mistura de elementos de dois modelos, reinterpretados de acordo com a realidade brasileira. A reforma de 1948, com a criação da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, consolidou esta estrutura heterodoxa, formada pela associação entre serviços verticais permanentes especializados e centros de saúde que, “juntos, somavam 75% de todos os recursos previstos para a saúde pública da época”, no estado de São Paulo (Merhy, 1992: 186).

A experiência de São Paulo serviu de inspiração para políticas de saúde pública em outros estados e no próprio governo federal.¹ Durante a administração de Barros Barreto no DNS, incorporou-se o sistema de centros de saúde à estrutura da administração sanitária federal.² Segundo Barreto, desde 1934, quando “do início de reestruturação (...) da organização sanitária (...), remodelou-se a organização sanitária do Distrito Federal, *instituiu-se o sistema moderno e ideal dos Centros de Saúde*, e estendeu-se a ação federal aos Estados” (Barreto, 1942: 170, grifos nossos). Os estados foram divididos em Distritos Sanitários; estes ficaram responsáveis pela supervisão das unidades sanitárias – centros de saúde, postos e subpostos – estabelecidas para prover saúde pública em base local. Em 1942, o DNS já havia criado 350 distritos sanitários em todo o país, operando sob os

departamentos de saúde estaduais. Estes distritos administravam um total de 552 unidades sanitárias: 54 centros de saúde, 194 postos e 350 subpostos. Os estados respondiam pelas atribuições financeiras e administrativas da rede, apesar de Barreto reconhecer que as municipalidades deviam contribuir financeiramente para o sistema (Barreto, 1942).

Segundo Fonseca (2005: 124, 167), a polêmica no âmbito do governo federal sobre a adoção do sistema distrital remetia à administração do ministro Washington Pires (1932-1934) no Mesp, quando se deram os “primeiros passos para a reorganização e centralização na área da saúde”.³ Havia aqueles adeptos do sistema distrital, além de uma outra corrente de sanitaristas que admitia a existência dos centros de saúde, mas não “os considerava incompatíveis com o sistema de inspetorias”. Tal como em São Paulo, acabou prevalecendo um modelo conciliador. Os centros de saúde foram incorporados à administração sanitária federal em todo o país, enquanto as inspetorias

foram aos poucos dando lugar aos serviços especializados, que também cresceram e se expandiram, principalmente após a criação dos Serviços Nacionais em 1941, confirmando a interpretação de que o modelo distrital não era incompatível com uma estrutura de serviços especializados. (Fonseca, 2005: 168)

Barreto menciona o ano de 1934 pelo fato de ter sido a partir da administração do ministro Gustavo Capanema (1934-1945) que o Ministério da Educação e Saúde Pública definiu seus objetivos políticos e administrativos. A reforma sanitária de 1935-1937 desencadearia toda a política de saúde pública do Governo Vargas – chegando mesmo a alterar o próprio nome do ministério, para Ministério da Educação e Saúde (MES) –, consolidando uma estrutura administrativa centralizada e afinada com a política do governo. Fundaram-se as Delegacias Federais de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde. As Delegacias supervisionavam as atividades exercidas em colaboração entre a União e os governos estaduais, além de inspecionar os serviços federais nos estados (Hochman & Fonseca, 2000; Fonseca, 2005).

A segunda reforma da administração Capanema ocorreria em 1941, e culminou na institucionalização dos Serviços Nacionais para atuar, de forma centralizada e vertical, em campanhas e serviços contra doenças específicas. O Estado Novo facilitou o movimento centralizador, acentuando o princípio de assegurar a presença do governo federal nos estados (Hochman & Fonseca, 1999; Fonseca, 2005).

A presença do governo federal nos estados, buscando “eficiência e uniformidade” nos serviços de saúde, fazia-se também através da indicação, pelo DNS, de sanitaristas de formação para dirigir, em regime de tempo integral, os departamentos de saúde estaduais. Esta direção centralizadora no âmbito político-administrativo federal combinava-se, na outra ponta da administração sanitária, com a descentralização executiva nas unidades de saúde. Destas unidades, a mais importante era o centro de saúde que, nas palavras de Barreto:

é a unidade polivalente que, servindo a uma área determinada, [realiza o] controle das doenças transmissíveis, a proteção médico-sanitária da gestante e da criança, o saneamento e a polícia sanitária das habitações e logradouros, a higiene do trabalho e da alimentação, e os exames periódicos de saúde. (Barreto, 1942: 205)

Portanto, elementos de administração sanitária originários do modelo da rede horizontal e permanente de unidades de saúde, modelo horizontal integrado ou ainda modelo distrital já haviam sido incorporados à estrutura da administração federal pela reforma de 1934-1937. O trabalho do Sesp, principalmente a partir de 1948, foi de expandir este modelo, especialmente para as áreas rurais das regiões que eram alvo dos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro. Neste sentido, não havia, pois, conflito entre a atuação do Sesp e a atuação do DNS, porém um paralelismo de ações. Podemos até supor que se praticasse, mesmo informalmente, uma divisão de trabalho entre os espaços de atuação do DNS e os de atuação do Sesp. Isto porque, enquanto as unidades de saúde desta agência estavam localizadas no universo rural, os centros de saúde do DNS encontravam-se em sua maioria nas capitais brasileiras, nas maiores cidades ou em suas periferias.⁴

O modelo distrital, no entanto, não era o único na administração sanitária federal. Outro modelo também se estabeleceria na estrutura federal, sobretudo com a reforma de 1941 e a criação dos Serviços Nacionais de Saúde – uma série de agências centralizadas, verticais e especializadas no combate a uma doença específica. A organização dos Serviços Nacionais aponta para “mais uma estratégia do governo federal para intensificar sua intervenção sobre as ações de saúde em todo o país” (Fonseca, 2005: 244).

O modelo das campanhas ou vertical tem sua origem no Brasil quando Oswaldo Cruz, então diretor do DNSP (1903-1909), empreende as campanhas contra a febre amarela e a varíola, no Rio de Janeiro. Até 1920 – data

de origem do DNS – as campanhas eram fomentadas apenas em períodos de epidemias e a pedido dos estados, inexistindo ação continuada do governo federal. Com o DNS, as ações federais passam ter, por intermédio de instrumentos legais e financeiros, uma maior presença nos estados (Hochman, 1998). Durante a administração de Carlos Chagas no DNS (1920-1926), tentou-se uma reforma para aumentar a autoridade do governo federal em matéria sanitária, mas qualquer mudança dependia fundamentalmente de acordos entre a União e os estados. Até 1934, na realidade, a ação do governo federal sobre questões de saúde limitava-se ao Distrito Federal e aos portos (Barreto, 1942; Braga & Paula, 1981; Hochman, 1998).

A ação federal na esfera sanitária esteve enfraquecida durante o governo provisório de Vargas, mas reforçou-se a partir da promulgação da constituição de 1934 e da posse de Gustavo Capanema, no Ministério da Educação e Saúde Pública, naquele ano. Com o Estado Novo, criavam-se condições mais favoráveis para a centralização sanitária, o que de fato aconteceu sob a administração de João de Barros Barreto como diretor do DNS (Labra, 1987; Hochman & Fonseca, 2000). A institucionalização do modelo vertical avançou em 1937, quando o governo federal definiu o DNS como a agência federal responsável pela condução da política nacional de saúde no Brasil, incluindo a supervisão sobre os departamentos de saúde estaduais. Em 1941, quando da segunda reforma do MES, a centralização aumentou, fazendo o DNS “extender sua ação sobre todo o território brasileiro” (Barreto, 1942: 171). O DNS tornava-se responsável por 12 Serviços Nacionais autônomos, encarregados de combater doenças específicas. (Hochman & Fonseca, 2000; Fonseca, 2005).⁵ A reforma de 1941 institucionalizou e centralizou, sob o DNS, as ações sanitárias que, até então, estavam distribuídas por outras agências. O governo federal nomeava sanitaristas para dirigir os departamentos de saúde estaduais e os Serviços Nacionais, garantindo lealdade política e padronização de ações técnicas e administrativas.⁶ Tal intervenção sanitária federal marca uma ruptura com a tradição da República Velha de celebrar contratos entre a União e os estados. Só após a queda do Estado Novo e sob a Constituição democrática de 1946, a prática dos acordos sanitários entre a União e os estados é retomada, sendo os acordos do Sesp com os governos estaduais um exemplo disto.

Além deste caráter centralizador e normativo, a reforma de 1941 procurou estabelecer métodos de controle e prevenção, mediante trabalho

conjunto entre o DNS, as delegacias federais e departamentos estaduais de saúde. Ou seja, havia uma preocupação ‘preventivista’ e de continuidade das ações. O intuito de reafirmar a política de saúde pública como instrumento de combate às grandes endemias do interior e de valorização do povo brasileiro mostra que as reformas de Capanema também significaram a incorporação da saúde pública ao projeto de *state and nation building* do primeiro Governo Vargas. Isto não apenas por conta da centralização e padronização técnico-administrativa, mas também pelo incremento nas ações de rotina em saúde em regiões do país onde até então não existia ou era bastante rarefeita qualquer habitualidade em matéria de saúde pública (Hochman, 2001; Fonseca, 2005).

Portanto, como resultado das reformas da administração Capanema e da ação do Sesp, elementos de dois modelos de administração sanitária coexistiam na administração de saúde pública: o modelo vertical, representado pelos Serviços Nacionais; e o modelo horizontal, formado por uma rede de unidades de saúde – centros e postos. O Sesp contribuiu para expandir este segundo modelo, com sua política de levar saúde pública básica aos estados subdesenvolvidos do país, assinando convênios para modernizar, racionalizar e padronizar a administração sanitária estadual. Neste sentido, seu trabalho estava plenamente afinado com as políticas sanitárias empreendidas na Era Vargas, incorporadas ao projeto de fortalecimento do Estado nacional.

Ambos os modelos, portanto – o vertical e o horizontal permanente – são complementares neste processo, no sentido em que contribuem para a institucionalização da saúde pública e a expansão da autoridade do Estado no Brasil. Ambos são instrumentos utilizados para chegar à população, integrando-a ao poder público por meio de ações sanitárias de rotina, e foram ferramentas de expansão do poder público no Brasil. A mistura heterodoxa dos modelos é, inclusive, mais um indício que temos para confirmar a experiência de transação entre as tradições americanas e brasileiras no campo da saúde pública, pelo que o trabalho do Sesp não significou, simplesmente, a importação de um modelo de administração sanitária. As condições locais – onde se destaca a tradição sanitária brasileira das campanhas e serviços centralizados – tornaram possível a coexistência e a colaboração entre os dois modelos que, integrados na estrutura administrativa federal, cumpriram o mesmo papel de ampliar a autoridade do Estado.

Do ponto de vista dos atores sociais envolvidos naquele processo, podemos dizer que havia, sim, antagonismo e competição entre os modelos.

Os americanos não concordavam com a estrutura vertical e especializada, pois esta era prejudicial ao modelo da rede local permanente, de acordo com o Iaia, visão que pode ser claramente observada em documento de 1948, intitulado *Planning for the Future of Sesp*, em que o representante do Iaia afirma pretender fazer o Brasil adotar a “nossa moderna e integrada abordagem dos problemas de saúde”. Isto pressupunha, para Eugene Campbell, a adoção da rede horizontal integrada em substituição aos Serviços Nacionais verticalizados. Campbell considerava a administração sanitária brasileira “ineficiente e dispendiosa”, por ser formada por Serviços Nacionais especializados “sem nenhuma colaboração entre si e sem vinculação com os departamentos estaduais de saúde”, e sugeria que o governo optasse pelo modelo dos centros de saúde.⁷ Também pelo ponto de vista de Henrique Maia Penido, superintendente do Sesp em 1958, os dois modelos sanitários eram antagônicos. Dez anos depois do diagnóstico de Campbell, Penido repetiu suas críticas: lamentou que o Brasil não tivesse investido plenamente na organização de uma “estrutura permanente de saúde”, devido à “insistência” do governo federal em manter os Serviços Nacionais, e enfatizou, exatamente conforme fizera Campbell, que o modelo vertical era “dispendioso e ineficiente”. Segundo o superintendente do Sesp, um dos fatores que impediam o pleno desenvolvimento da rede horizontal integrada no Brasil era a manutenção do modelo dos serviços verticais. A alternativa seria expandir uma “estrutura sanitária permanente” e integrada aos departamentos de saúde estaduais (Penido, 1958: 187). Com esta crítica, Penido estava propondo uma completa reorientação do Ministério da Saúde (MS), pois, no final da década de 1950, a agência mais importante do MS era o DNERu, criado em 1956 e centralizador de todos os Serviços Nacionais de caráter vertical.

O Sanitarismo Desenvolvimentista

Na década de 1950, uma outra proposta se põe como alternativa ao modelo do Sesp no campo da administração sanitária brasileira, o chamado ‘sanitarismo desenvolvimentista’ (Luz, 1979), um movimento formado por médicos identificados com o ‘desenvolvimentismo’ e próximos ao campo político da esquerda. Tendo em Mário Magalhães da Silveira seu maior representante e reunindo outros intelectuais de renome, como Samuel Pessoa e Josué de Castro, o sanitarismo desenvolvimentista aproximou-se dos projetos do ISEB, durante o governo JK, e das reformas de base, no

governo Jango. O nacional-desenvolvimentismo, que orientou oficialmente a administração de Juscelino Kubitschek (1956-1961), tinha como princípio a perspectiva de que o desenvolvimento econômico, a ser alcançado via industrialização, resolveria todos os problemas do país. O sanitarismo desenvolvimentista nasceu no contexto do processo de industrialização do país e das disputas políticas que polarizaram o Brasil nas décadas de 1950 e 1960 (Toledo, 1977; Labra, 1987).

Os partidários do sanitarismo desenvolvimentista baseavam-se na noção de que a saúde da população dependia diretamente do nível do desenvolvimento econômico, e estabeleciam como pré-condição para a melhoria da saúde do povo brasileiro a resolução dos problemas econômicos e a melhor distribuição de riquezas no país. Acreditavam que a melhoria das condições sanitárias atrelava-se às transformações econômicas e sociais para que se tornasse uma conquista efetiva. Os médicos identificados com o sanitarismo desenvolvimentista acusavam o Sesp de não considerar os aspectos econômicos e sociais dos problemas sanitários, abordando a saúde pública como um 'problema técnico' (Labra, 1987; Bodstein & Fonseca, 1989). Segundo Luz (1979: 43), o sanitarismo desenvolvimentista se "opõe violentamente aos métodos de trabalho das unidades sanitárias do Sesp, espalhadas pelas (...) regiões mais subdesenvolvidas" e que aplicavam "esquemas de trabalho calcados em outros países". A polêmica chegou aos economistas. Na avaliação de Kertesz,

muitos de nossos planejadores (...) acreditavam que é a melhoria das condições de saúde que induz ao desenvolvimento [e] tomavam as proporções por habitantes de médicos, enfermeiros, leitos hospitalares [nos] Estados Unidos e propunham esses coeficientes como metas capazes de igualar o nosso grau de desenvolvimento ao da grande nação norte-americana (...). A Fundação Sesp consagrou-se como um exemplo de mau planejamento com a adoção muito eficiente deste enfoque. (Kertesz, 1975, apud Rosas, 1981: 42)

Segundo Luz (1979: 43), o sanitarismo desenvolvimentista formulou "definições básicas sobre como deveriam ser os Planos de Saúde", a partir das "relações entre saúde e economia" e da definição de que uma estrutura permanente de saúde "deveria ser de responsabilidade municipal, embora com assistência técnica e financeira de outras esferas do governo".

A perspectiva sanitária do Sesp norteava-se pelo conceito de 'ciclo vicioso' da doença e pobreza, a doença constituindo a causa da pobreza – "doenças produzem pobreza e pobreza produz mais doença" (Ministério da

Saúde, 1957: 6). Esta abordagem supõe que as doenças têm raízes fincadas na ignorância e nos 'maus hábitos' de alimentação e higiene da população – daí a importância fundamental da educação sanitária. Assim, acreditava-se que, com conhecimento técnico, profissionais qualificados e boa e moderna infra-estrutura sanitária, se poderia resolver os problemas sanitários, aumentar o nível de produtividade do trabalho, vencer a pobreza e conquistar o desenvolvimento. Em oposição, o grupo identificado com o sanitarismo desenvolvimentista argumentava que desenvolvimento econômico e mudanças sociais eram pré-requisito para o aumento dos níveis de saúde. Enquanto o sanitarismo desenvolvimentista enfatizava as raízes econômicas e sociais da pobreza e da doença, os sanitaristas do Sesp acreditavam que investimentos em um eficiente e moderno programa de saúde pública poderiam resolver os problemas sanitários e sociais brasileiros.

Estas visões contrastantes da relação entre saúde pública e desenvolvimento estão bem representadas em dois textos da década de 1950: um discurso do presidente Getúlio Vargas e um artigo de dois médicos do Sesp. No artigo, Campbell e Morehead (1952) analisam a idade e expectativa de vida da população brasileira, com o propósito de avaliar a capacidade produtiva do país. Como 53,3% da população do país tinha menos de 20 anos de idade, eles consideraram que esta população de jovens e crianças formava o grupo "economicamente dependente" dos produtores ou "economicamente ativos". Comparando o Brasil com os Estados Unidos, concluíram que, enquanto no Brasil cada produtor tinha pelo menos um dependente, nos Estados Unidos esta relação era de um produtor para cada meio dependente.

Os dois médicos do Sesp também compararam a expectativa de vida nos dois países: no Brasil, ela era de 39 anos na década de 1940 (no Rio e em São Paulo, 42 e 48 anos, respectivamente); enquanto que, nos Estados Unidos, a expectativa de vida média, no início dos anos 1950, era de 65 anos. Após cruzar dados da distribuição etária com a baixa expectativa de vida e o alto índice de mortalidade infantil no Brasil, os autores concluíram que nesta combinação perversa estava a origem da baixa produtividade do trabalho, e que

a grande importância da dependência no Brasil não estava no dependente [– o menor de 20 anos] que, mais tarde, tornava-se produtor, mas nos custos adicionais dos dependentes que morrem antes de completar 20 anos, [o que] representa uma perda humana do pior tipo. (Campbell & Morehead, 1952: 408)

Os autores defendiam que medidas eficazes de saúde pública poderiam reduzir os índices de mortalidade infantil e juvenil, fornecendo condições para o aumento da produtividade no país. Eles finalizavam o artigo com uma referência ao então recém- publicado livro de Winslow, *The Cost of Sickness and the Price of Health*, considerado por Braga & Paula (1981: 32) como o “primeiro texto importante da teoria do ciclo vicioso da doença e da pobreza”.

O sanitarismo desenvolvimentista conseguiu incorporar seu discurso à primeira mensagem de Getúlio Vargas ao Congresso Nacional, em 1951, quando este tomou posse como presidente eleito. O discurso de Vargas inicia-se com a afirmativa de que “o baixo índice de saúde prevalecente no país é um fiel *reflexo da pobreza* que penaliza a grande maioria do nosso povo”. Vargas continua:

Costumava-se inverter o problema, atribuindo esta condição à deficiência do brasileiro, minado pela doença (...) quando na verdade o povo é doente porque ainda não possui os meios de comprar sua saúde sob a forma de alimentação adequada, ambiente higiênico e sadio regime de trabalho. (Vargas, 1951, apud Medina, 1988: 111, grifos nossos)

O presidente toma um caminho diverso ao trilhado por Morehead e Campbell para abordar as relações entre saúde e pobreza. Vargas afirma que os grandes avanços conquistados pelos países desenvolvidos ocorreram ao mesmo tempo que as populações daqueles países tiveram suas condições de vida melhoradas por bons salários e condições de trabalho. Argumenta, ainda, que nos países desenvolvidos a administração sanitária apenas foi estabelecida depois que os problemas primários de saúde já haviam sido vencidos pela melhoria geral das condições de vida. Para Vargas, a elevação das condições de saúde no Brasil seria um corolário do desenvolvimento econômico do país. Em suas palavras: “a saúde pública é incontestavelmente um problema de superestrutura, que deverá (...) ajustar-se ao arcabouço institucional da Nação” (Vargas, apud Medina, 1988: 111).⁶

Na verdade, estamos aqui diante de uma controvérsia que polarizou opiniões durante o século XX. Segundo Farley (2004), as estratégias para se conquistar saúde e ampliar o bem-estar econômico durante o século XX podem ser comparadas a uma imagem de pêndulos oscilando entre dois extremos. No mundo da saúde, o pêndulo oscilou entre a idéia de que a melhoria das condições sanitárias era pré-condição para o progresso material e a tese que afirmava ser o desenvolvimento econômico o requisito para a eliminação dos problemas sanitários. Um segundo pêndulo, associado ao

primeiro, oscila entre os partidários das campanhas verticais, orientadas contra uma única doença, e aqueles que acreditavam que, para se conquistar saúde pública, devia-se desenvolver, a partir de uma infra-estrutura sanitária básica, políticas de saúde horizontais e permanentes, voltadas para a prevenção. Também favoráveis a esta orientação estavam os que defendiam que as políticas sanitárias deviam respeitar as diversidades culturais daqueles que eram objetos destas políticas. No campo do desenvolvimento, o pêndulo oscilou entre os que acreditaram que o desenvolvimento é um caminho inexorável a ser seguido por todos os países, e aqueles que acreditavam que o sistema internacional originava e perpetuava desigualdades.

Segundo Packark & Brown (1997), no final da década de 1930 a hegemonia pertencia àquela primeira noção – baseada numa concepção ‘reducionista’ ou ‘estritamente biomédica’ da relação entre saúde e progresso material – de que era possível eliminar a pobreza e atingir o desenvolvimento resolvendo-se os problemas de saúde pública no campo exclusivo da medicina. Esta concepção fortaleceu-se depois da erradicação do *Anopheles gambiae* no Brasil e tornou-se preponderante no pós-Guerra, sendo seu maior símbolo a campanha mundial de erradicação da malária nas décadas de 1950 e 1960. No Brasil, contribuiu para esta supremacia a influência crescente da medicina norte-americana, via Fundação Rockefeller e, depois de 1942, Sesp.

Entretanto, como apontou Farley, o pêndulo entre as duas perspectivas sanitárias oscilou durante o século XX, sendo a concepção reducionista combatida por malariologistas europeus, que criam que as doenças seriam derrotadas pela melhoria das condições sociais. Segundo Packark & Gadelha (1997), esta abordagem social sobre saúde e pobreza estava refletida na Comissão de Malária da Liga das Nações que, entre 1924 e 1927, recomendou investimentos sociais para acabar com as doenças e trazer progresso material. Por outro lado, Farley aponta que, na década de 1950, todos aqueles pêndulos estavam posicionados em posições extremas, gerando um ambiente de polarização não apenas no campo da saúde mas também no campo da política e nas concepções sobre o desenvolvimento.

Neste sentido, as divergências entre o sanitarismo desenvolvimentista e o Sesp representam, além de perspectivas diversas sobre a relação entre saúde e desenvolvimento, também concepções políticas divergentes sobre o desenvolvimento. O sanitarismo desenvolvimentista não propunha um modelo de administração sanitária alternativo, mas uma concepção política diversa daquela hegemônica no Sesp. Em termos de administração

sanitária, o sanitarismo desenvolvimentista aproximava-se, em certos pontos, do Sesp, por exemplo, ao defender a municipalização dos serviços de saúde – um princípio do modelo distrital. O conflito entre sespianos e o sanitaristas desenvolvimentistas reproduzia as batalhas políticas e ideológicas travadas no Brasil das décadas de 1950 e 1960. O Sesp era acusado pelo sanitarismo desenvolvimentista de ser uma instituição antinacional, com um modelo totalmente alienado da realidade brasileira. Um dos maiores representantes da corrente, o médico Mário Magalhães deixou claros os aspectos ideológicos da batalha, ao explicitar que seus adversários afirmavam que “quem é a favor da idéia de que a saúde pública não é um assunto de médicos, mas de desenvolvimento econômico, é comunista”. Magalhães acusou o Sesp de ser uma instituição extremamente dispendiosa e tipicamente americana que “praticamente não trouxe benefícios ao Brasil”. (Magalhães, 1980: 205-206). Sobre a noção do círculo vicioso, assim manifestou-se Magalhães: “círculos viciosos (...) que contribuem apenas para dizer que tudo é igualmente fundamental, levando os mais apressados à crença de que, entre a pobreza e doença, existe relação de causação circular indiferenciada” (Magalhães, 1963, apud Medina, 1981: 101).

Além das divergências político-ideológicas desta questão, devemos lembrar também os interesses pessoais e profissionais envolvidos. Fundada como agência especial, o Sesp tinha autonomia financeira e administrativa, pagava bons salários e criou um *ethos* de competência que o colocava em posição acima de outros órgãos da administração pública. Os médicos do Sesp se consideravam herdeiros do trabalho da Fundação Rockefeller no Brasil, inclusive porque a agência era regida por normas técnicas e profissionais, inspiradas nos padrões da Rockefeller, que valorizavam o conhecimento e demandavam tempo integral. Seus recursos econômicos, seu quadro profissional qualificado e seu papel político e sanitário permitiram ao Sesp estender sua filosofia para outras agências e alimentar uma mística que o tornou uma verdadeira ‘escola’ de saúde pública, responsável pela criação de diversas organizações institucionais (Peçanha, 1976).

Com todo este poder, algumas vezes a relação hierárquica entre o Ministério e o Sesp se invertia, ampliando as tensões com outros órgãos da administração sanitária. Durante a década de 1950, o Sesp expandiu-se a ponto de o diretor da U. S. Operations Missions in Brazil considerá-lo “maior, de fato, do que a Organização Mundial de Saúde”.⁹ Um superintendente do Sesp afirmou que a agência “tinha, algumas vezes, um orçamento maior do que o do Ministério da Saúde”.¹⁰ Ainda na década de

1970, um grupo de médicos identificados com a chamada 'reforma sanitária' assim se referiu à Fundação Sesp: "Até 1967, pelo menos, o perfil do Ministério era o perfil do Sesp: quase todas as atividades programadas e realizadas, que compõem os extensos e vazios planos e relatórios do Ministério da Saúde, são programados e executados pelo Sesp" (Buss, Shiraiwa & Maranhão, 1976, apud Rosas, 1981: 42). Apesar do provável exagero, tais discursos revelam muito da atitude e das percepções sobre o Sesp na administração sanitária brasileira, e não apenas as de seus funcionários ou defensores, mas também as dos seus adversários. Com tantas prerrogativas, o Sesp foi objeto de críticas e pressões para sua dissolução, não apenas da parte dos chamados sanitaristas desenvolvimentistas, mas inclusive de outros setores dentro do Ministério da Saúde (Pinheiro, 1992).

Entretanto, o projeto do sanitarismo desenvolvimentista, ainda que tema hegemônico na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, não chegou, naquele momento, a repercutir nas políticas públicas. Por sua vez, o Sesp tinha muitos aliados e cumpria um importante papel no fortalecimento da autoridade pública nacional. Como analisou Pinheiro (1992), a forte presença do Sesp no nordeste brasileiro na década de 1950 fez da agência um instrumento politicamente bastante útil para o Estado brasileiro. Da década de 1950 até o início da década de 1960, o país experimentou um período de muitos conflitos sociais, principalmente no nordeste, onde as Ligas Camponesas desafiavam a velha estrutura oligárquica. A manutenção da autoridade federal na região tornou-se ainda mais importante naquela conjuntura. O reconhecimento do papel do Sesp como instrumento da autoridade federal a atingir as mais isoladas regiões do nordeste foi um dos motivos que levou o presidente Juscelino Kubitschek a apoiar o Sesp e seus Serviços Cooperativos de Saúde (Pinheiro, 1992).

Epílogo

Memorialistas do Sesp atribuem o seu declínio e perda de liderança no campo da saúde pública à sua transformação em Fundação, em 1960 (Bastos, 1993). Na década de 1950, o Sesp atingira o ápice de sua autonomia, poder e prestígio. Consolidando-se como instituição, expandiu sua área de atuação geográfica e profissional, diversificou atividades e influenciou a organização de outras instituições, como os departamentos de saúde estaduais. Estes departamentos seriam então reorganizados, modernizados e assumiriam funções antes outorgadas ao Sesp. Apesar da necessidade

de relativizarmos esta memória do declínio, há um elemento que deve ser reconhecido: a modernização e o fortalecimento dos departamentos de saúde estaduais, um dos objetivos dos Serviços Cooperativos de Saúde do Sesp, contribuíram, no longo prazo, para tornar a agência 'menos útil' e, portanto, menos importante.

Quando, em 1960, o Sesp teve seu estatuto jurídico alterado e tornou-se uma Fundação abaixo do Ministério da Saúde, perdeu de fato muito da autonomia, poder e recursos que tinha enquanto 'agência especial'. Algumas de suas funções foram transferidas para outros órgãos do Ministério da Saúde. Segundo Rezende & Heller (2002: 218), "esta nova fase vivenciada pela FSesp mostra predomínio pelas ações de saneamento, mais especificamente o abastecimento de águas e a coleta de esgotos, e um esvaziamento das ações de saúde, para os quais os recursos passaram a ser cada vez mais escassos". Sua subordinação direta ao Ministério acarretou efeitos colaterais; como qualquer órgão federal regular, a Fundação Sesp tornou-se mais exposta à influência de interesses político-partidários. Da mesma forma, a FSesp estava vulnerável às crises orçamentárias que afetavam o Estado brasileiro, constantes durante os instáveis anos anteriores ao golpe militar de 1964. Neste ano, por sinal, o superintendente da Fundação Sesp declarou que o órgão achava-se à beira da falência (Bastos, 1993). Ainda em 1964, a FSesp perdeu espaço quando o recém-instalado governo militar extinguiu os Serviços Cooperativos de Saúde com os estados (Pinheiro, 1992). Precisamos ponderar sobre um detalhe importante: mesmo com a saída dos americanos, a perda de seu caráter 'especial' e com sua subordinação efetiva ao Ministério da Saúde, a FSesp não foi colocada sob o DNS ou sob o DNERu; ou seja, como Fundação, continuou a ser uma agência ainda com muito mais autonomia do que demais órgãos da administração sanitária direta.

Por outro lado, nos é importante entender esta memória do declínio apresentada por seus memorialistas dentro do processo mais amplo da perda de importância da saúde pública. Diversos historiadores demonstram que tal declínio no Brasil começou em 1930 (Castro-Santos, 1985, 1987; Braga & Paula, 1981; Campos, 1991; Merhy, 1992). Segundo Castro-Santos (1985, 1987), o movimento sanitarista da Primeira República, protagonista da agenda política nas décadas de 1910 e 1920, perdeu espaço depois de 1930. A burocratização da saúde pública, especialmente depois da criação do Mesp, teria provocado o enfraquecimento e a perda da importância do movimento e da agenda sanitária. A 'marcha para o oeste' do regime Vargas teria sido uma forma de Vargas não enfrentar as velhas oligarquias rurais

denunciadas pelo movimento sanitarista, deslocando a atenção do regime para regiões de 'fronteira econômica' do vasto interior do país.

Campos (1991: 30-34) indica que, depois de 1930, "apesar do processo de industrialização", o declínio da saúde pública é evidente. Concorde que a saúde pública seguiu a tendência de centralização do Estado brasileiro entre 1930 e 1945, tornando-se uma política nacional. Em contrapartida, argumenta o autor, esta tendência foi seguida por um declínio de investimentos em termos relativos, nos governos federal e estaduais. Como exemplo, cita os investimentos federais em saúde que, antes de 1930, compreendiam entre 10% e 15% do orçamento, e que, depois de 1930, nunca voltaram a atingir tais percentuais. Campos conclui que, se os recursos econômicos para a saúde pública foram se reduzindo, o poder político deste campo também diminuiu.

Braga & Paula (1981: 56-57) concordam que as políticas de saúde pública declinaram depois de 1930. Segundo eles, apesar de a saúde pública ter sido reconhecida, pelo Governo Vargas, como "problema social", os investimentos nesta área nunca estiveram no topo das prioridades do governo. Este aparente paradoxo é explicado pelo fato de que o primeiro Governo Vargas concentrou os "relativamente escassos" recursos do Estado investindo em infra-estrutura, para acelerar a industrialização. Além disso, o "modelo de saúde pública" desenvolvido pelo país demandava altos níveis de investimentos, o que colidia com a baixa capacidade fiscal do Estado e as prioridades dadas ao desenvolvimento industrial.

Campos (1991: 41-42) discorda do que chama de "limitada explicação" de Braga & Paula, declarando que o declínio da saúde pública relaciona-se a dois fatores: primeiro, o fato de as políticas terem perdido sua importância como instrumento de controle social. Esta função passou a ser cumprida pelo sistema de assistência médica individual que, progressivamente, expandiu-se entre 1930 e 1960, com a montagem do sistema previdenciário brasileiro. A segunda razão estaria na "acumulação selvagem de capital", que obstruiu os elementos interessados na promoção de saúde pública e demandou a regulação da força de trabalho por meio dos sindicatos oficiais do sistema previdenciário baseado no atendimento médico curativo. Portanto, ao invés de uma incapacidade econômica do Estado em promover saúde pública, houve incapacidade política, devido aos interesses da acelerada industrialização e seus pressupostos de irrestrita acumulação de capital.

Merhy (1992: 148, 211) também concorda com a subalternidade das políticas de saúde pública a partir da década de 1930, diante da nova

política sindical e previdenciária, construída como resposta aos desafios do processo de modernização, industrialização e urbanização. Afirma, entretanto, que, se por um lado a previdência social vai atender aos trabalhadores que entram na arena da “cidadania outorgada”, “para o conjunto indiscriminado da população” a saúde pública ainda tinha um papel importante a desempenhar e ocupou um novo tipo de ‘lugar’ – o de uma política social complementar. Isto porque, com a maioria dos trabalhadores excluída dos benefícios previdenciários, a demanda social por atenção à saúde “foi respondida pelo Estado com a expansão das redes locais”, que, desta forma, garantia o acesso da população não atendida por uma previdência social de caráter corporativo e excludente.

A ampliação da previdência social entre 1930 e 1960 certamente é um fator que explica o declínio da saúde pública como tema prioritário da agenda política. Segundo Malloy (1979), o sistema de previdência social fez parte da estratégia de modernizar o país, inserindo os trabalhadores num modelo corporativista, e privilegiou o atendimento médico individual para uma crescente classe operária. Para Braga & Paula (1981), entre 1930 e 1945 existiam dois subsetores nas políticas de saúde: a saúde pública e a previdência social, sendo a primeira predominante. O subsetor da previdência social expandiu-se de forma extraordinária, mormente na década de 1950, tornando-se predominante na década de 1960. A partir de 1965, há uma tendência para o declínio dos investimentos federais em saúde pública, ao lado de um aumento das inversões em atendimento médico individual. O quadro abaixo é bastante revelador desta reorientação.

TABELA 9 – Percentual de investimentos federais em saúde pública e medicina curativa (1949-1982)

Ano	Saúde Pública	Medicina Curativa	Total
1949	87	13	100
1965	64	36	100
1969	41	59	100
1975	30	70	100
1982	15	85	100

Fonte: *Saúde em Debate*, n. 22 (outubro de 1988): 35.

Outro fator que devemos considerar no processo de declínio da saúde pública foi o notável desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido na medicina entre as décadas de 1940 e 1950, nos planos internacional e nacional. Este desenvolvimento resultou numa intensa utilização de novas drogas, técnicas, produtos e tecnologias sofisticadas aplicadas ao conhecimento médico, e trouxe o hospital para o centro do sistema de saúde. Os custos cresciam rapidamente e a medicina agora tornava-se uma indústria. O sistema de atendimento médico curativo transformou-se em um grande negócio e a clínica deslocou-se para o centro da política nacional de saúde. A saúde pública foi a grande perdedora neste processo (Braga & Paula, 1981; Starr, 1982).

Em trabalho mais recente, Hochman (2001) abordou a questão do declínio da saúde pública no pós-1930 em outros termos, preferindo observar as "continuidades e rupturas" daquele processo. Para o autor, a separação entre saúde pública, voltada para a população rural, e assistência médica, associada à previdência social e orientada para os trabalhadores urbanos sindicalizados, constituiu-se uma inovação fundamental da Era Vargas e, neste sentido, uma importante ruptura. Neste movimento, a saúde pública, que havia adquirido centralidade com o movimento sanitário da República Velha, perde espaço na agenda do Governo Vargas para a previdência social. Entretanto, apesar disto, a dimensão de continuidade da política de saúde pública pode ser verificada do ponto de vista macro-histórico, ou seja, pelo fato de que, no processo continuado e lento de construção do Estado-nação, a saúde pública continuou a desempenhar um papel importante, apesar da perda de sua centralidade na agenda política. A organização de serviços de saúde voltados para a população em geral, em especial a população do interior, de caráter abrangente e universal – agenda encaminhada pelo Estado Novo – significou a ampliação do poder público sobre territórios e populações muitas vezes, até então, submetidas apenas aos oligarcas locais.

Também para Fonseca (2005: 10, 20), as políticas públicas empreendidas no primeiro Governo Vargas, apresentaram "dois formatos diferenciados de prestação de serviços de saúde", representados pelas ações do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, por um lado, e o da Educação e Saúde Pública, por outro. A criação destes ministérios institucionalizou "duas formas distintas de política social, uma corporativa e outra universalista". Segundo a autora, a tradição do movimento sanitário foi "incorporada e reelaborada" pelo regime pós-1930, sendo que as políticas de saúde

elaboradas com caráter universalista obedeceriam à lógica do governo federal de “garantir sua presença no interior do país” e, portanto, estavam adequadas ao “novo processo de *state building* definido para o país”. Por conseguinte, as políticas de saúde pública da Era Vargas estariam plenamente coerentes com ações tomadas pelo governo brasileiro nas outras esferas da vida econômica, política e jurídica, e que constituíam “instrumento de processo de construção do Estado e fortalecimento do poder público”.¹¹

Como já demonstramos, as políticas de saúde empreendidas pelo Sesp reportavam-se à mesma lógica daquelas elaboradas e executadas pelo DNS, principalmente a partir das reformas de 1934-1937 e 1941. Portanto, é dentro da mesma lógica de fortalecimento do poder do Estado que devemos entender o papel do Sesp e de suas políticas entre 1942 e 1960. O Sesp encaminhou políticas sanitárias voltadas para o interior; montou uma rede de unidades sanitárias; construiu e administrou instituições no campo da saúde – escolas de enfermagem, hospitais, centros de saúde, sistemas de abastecimento de águas e esgotos; normatizou técnicas e procedimentos; contratou e expandiu uma burocracia; estabeleceu convênios com estados e municípios para fornecimento de saúde pública e qualificação de pessoal; empreendeu educação sanitária; enfim, pôs em prática uma agenda perfeitamente afinada com o projeto de construção do Estado nacional e desenvolvimento do país, encampando uma agenda sanitária comum também ao DNS e preconizada pelo Estado Novo antes mesmo da criação do Sesp, em 1942.

Notas

- ¹ Segundo Merhy (1992: 167), o próprio Gustavo Capanema reconheceu a “antecedência de São Paulo” no uso da tendência ‘mista’ ou ‘heterodoxa’ de implantação dos centros de saúde numa lógica verticalista.
- ² Barros Barreto foi diretor do Serviço de Saúde de São Paulo em 1931 e lá havia criado a Secretaria de Educação e Saúde Pública.
- ³ A reforma do Mesp durante a administração de Washington Pires (1932-1934) “deve ser vista como uma fase de transição entre o modelo de ação nacional até então vigente – baseado sobretudo nos postos de profilaxia rural e nas inspetorias de saúde e dos portos – e aquele que seria construído durante a gestão Capanema” (Fonseca, 2005: 129).
- ⁴ Os estados do RS e do RJ eram os únicos que mantinham, em 1942, centros de saúde operados pelo DNS no interior, sendo que, dos cinco centros do RS, três estavam na capital e dois no interior. Cf. Barreto (1942).

- ⁵ Os serviços instituídos eram: Serviço Nacional da Peste; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional do Câncer; Serviço Nacional de Lepre; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina; Serviço Nacional dos Portos; Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Águas e Esgotos. O Serviço de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste antecederam os demais. Cf. Hochman & Fonseca (2000).
- ⁶ Hochman & Fonseca (2000) indicam, entretanto, que mesmo durante o autoritarismo do Estado Novo existiam fóruns como a 1ª Conferência Nacional de Saúde (1941), onde as políticas normativas e centralizadoras do governo federal eram pactuadas com profissionais da saúde e autoridades estaduais.
- ⁷ Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 43, *Health and Sanitation Division, Brazil*, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499. A crítica de Campbell de que não havia colaboração entre os Serviços e os departamentos de saúde estaduais não procede. Esta colaboração estava clara na reforma Capanema, conforme mostrou Fonseca (2005).
- ⁸ O discurso também foi comentado pelo Boletim do Sesp. Cf. "O presidente Vargas e a saúde", *Boletim do Sesp*, n. 9 (março 1951): 1-6.
- ⁹ Cottam, H. R. "Point 4 in Brazil", p. 3, *Department of State Publication 6741*, Inter-American Series 54, January 1959.
- ¹⁰ Nilo Chaves de Brito Bastos, entrevista concedida em 9 de setembro de 1991, reproduzida em Pinheiro, 1992: 96.
- ¹¹ A reforma administrativa que culminou com a criação do Dasp, do IBGE, da CSN, da CVRD, da Sumoc, do CNP e, já no segundo Governo Vargas, do CNPq, do BNDE e da Petrobrás evidencia a política varguista de fortalecimento e ampliação do poder de Estado pelo país.