

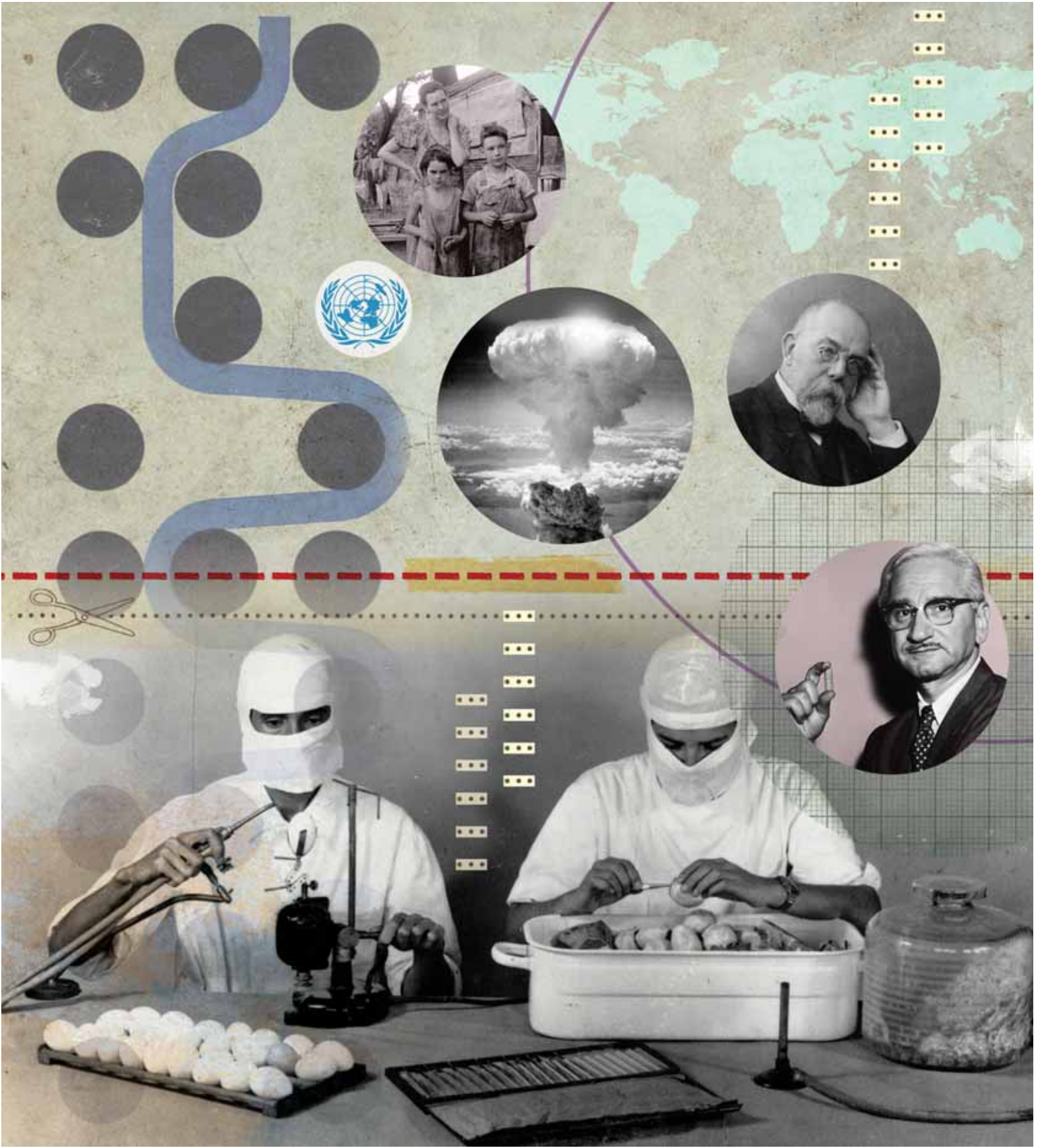
5

Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra

FERNANDO A. PIRES-ALVES

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA

IALÊ FALLEIROS



PÓS-GUERRA, ESTADO DE BEM-ESTARE DESENVOLVIMENTO

Fernando A. Pires-Alves e Carlos Henrique Assunção Paiva

“Mais da metade da população do planeta vive em condições próximas da miséria. Sua alimentação é inadequada, ela é vítima da doença. (...) Pela primeira vez na história, a humanidade possui os conhecimentos e técnicas para mitigar o sofrimento destas pessoas (...) Eu acredito que nós devemos tornar disponíveis para os povos amantes da paz os benefícios do nosso acervo de conhecimentos técnicos de modo a auxiliá-los a realizar suas aspirações por uma vida melhor (...) Uma maior produção é a chave para a prosperidade e a paz. A chave para uma maior produção é a ampla e vigorosa aplicação do conhecimento científico e tecnológico moderno.”

Harry Truman, presidente dos Estados Unidos da América
Discurso inaugural, 1949

5

Horror e esperança. Eram estes os sentimentos paradoxais que governavam boa parte dos espíritos nos anos que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial, em 1945. Ao final do conflito, diante das pilhas de corpos esquálidos nos campos de concentração nazistas, das cidades totalmente arrasadas por bombardeios que duraram noites inteiras, semanas a fio, e da imagem aterradora daqueles cogumelos atômicos sobre o Japão, ninguém mais duvidaria de quanta degradação humana, dor, morte e destruição os regimes políticos, os exércitos e suas tecnologias bélicas seriam capazes de realizar.

O esforço de guerra havia suscitado o desenvolvimento de uma profusão de novas aplicações do conhecimento científico, aquisições potencialmente revolucionárias no terreno da energia, dos transportes, das comunicações, do processamento de dados, e em vários outros domínios. Era então crescente a confiança de que, mediante o uso cada vez mais intensivo de ciência e tecnologia, a humanidade estava se habilitando a finalmente dominar a natureza, a produzir riquezas em níveis sempre crescentes e a distribuí-las, de forma a eliminar iniquidades. Na saúde e na medicina, o surgimento da penicilina e de inseticidas como o Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT), entre várias outras novidades, sugeria que o sofrimento físico das populações poderia ser em muito amenizado, e que doenças tenderiam a ser erradicadas.

Preservar a paz e perseguir aqueles objetivos motivou a criação e o fortalecimento de vários organismos intergovernamentais, como instâncias destinadas a promover e realizar a colaboração entre os países. A principal e mais conhecida dessas organizações então criadas é a Organização das Nações Unidas (ONU). Em torno dela, como organismos associados que conformavam o chamado Sistema das Nações Unidas,

Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história

Soldados aliados em trincheira cavada na neve durante a Segunda Guerra Mundial. [s.l.], 18 fev. 1940

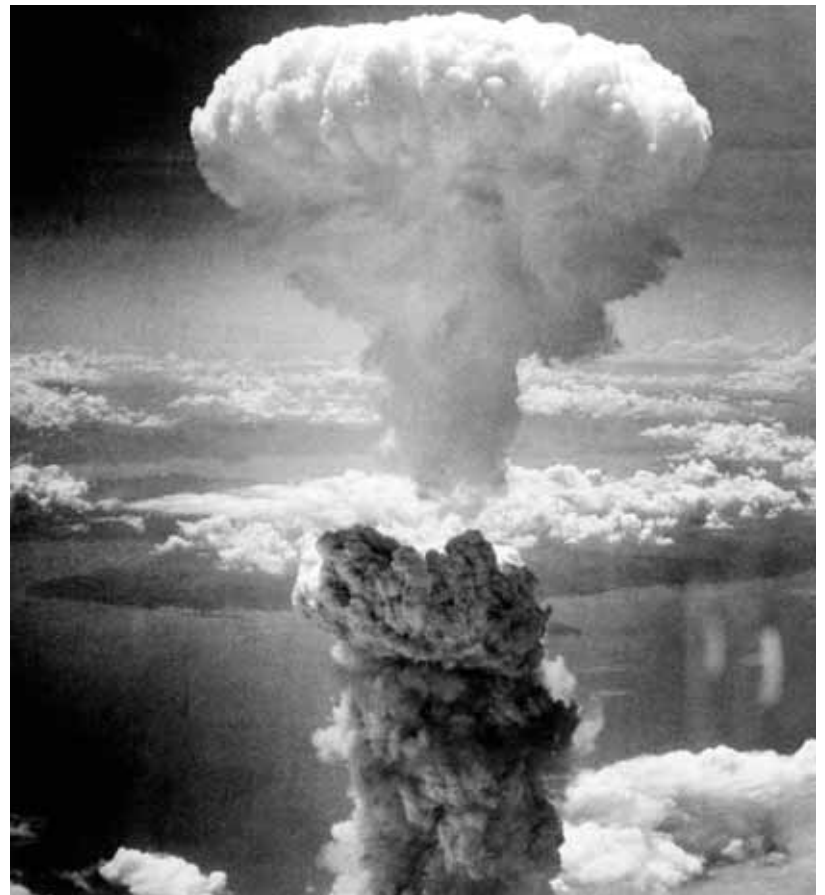
Foto: Acme Newspictures
Acervo Arquivo Nacional

Bomba atômica lançada sobre Nagasaki, no Japão, em 9 de agosto de 1945. Foto tirada de um B-29 da força aérea norte-americana a uma altura de 18 km

Foto: U.S. Department of Defense
Acervo U.S. National Archives and Record Administration
Disponível em <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:NagasakibombEdit.jpeg>

foi criado um conjunto de agências especializadas em áreas como educação, ciência e cultura (Unesco); agricultura e alimentação (FAO); trabalho (OIT); e comércio (OMC), entre muitas outras. Para as áreas da saúde foi criada, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS). Na região das Américas este movimento resultou no fortalecimento da Repartição Sanitária Pan-Americana, em 1958, rebatizada como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que passaria a funcionar como um escritório regional da OMS.

Havia ainda outras certezas nos anos que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial. As crises econômicas e político-sociais que antecederam à eclosão do conflito militar de 1939-1945, e que são mencionadas entre as suas principais causas, precisavam ser evitadas a todo custo no futuro. Para tanto, os Estados nacionais e seus governos deveriam mobilizar-se para promover o crescimento de suas economias e, ao mesmo tempo, intervir na dinâmica das sociedades de modo a, simultaneamente, realizar as mudanças consideradas necessárias e prevenir a emergência de desequilíbrios e conflitos que pudessem ameaçar a estabilidade dos sistemas sociais. Naqueles tempos, sem dúvida, eram muito poucos os que acreditavam que tudo pudesse ser resolvido pela via dos mercados de capitais, mercadorias e trabalho.





Abertura da 9ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas em Nova York, Estados Unidos, em 21 de setembro de 1954. A ONU foi criada em 24 de outubro de 1945, após o fim da Segunda Guerra Mundial, em substituição à antiga Liga das Nações. Entre seus objetivos declarados estão a manutenção da paz mundial e o estímulo à cooperação entre os países

Acervo Arquivo Nacional

Sede da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, Suíça

Foto: Yann Forget
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:World_Health_Organisation_building_from_west.jpg

Soldados da Força Expedicionária Brasileira (FEB) regressam ao Brasil após o fim da guerra e são efusivamente recebidos pela população na Avenida Rio Branco. Rio de Janeiro, jul. 1945

Foto: Bueno Filho
Acervo Arquivo Nacional



Nos países capitalistas centrais, esta nova atenção com as questões econômicas e, sobretudo, sociais era resultado da crescente preocupação com um possível – para alguns iminente – avanço dos movimentos operários e dos partidos socialistas. A União Soviética (URSS) havia saído do conflito como uma das nações vitoriosas e seu regime parecia dar mostras de vitalidade e capacidade de se converter em um exemplo concreto de como tornar realidade os sonhos daqueles que ansiavam formas de organização social mais justas e igualitárias. Para as elites de todo o mundo, principalmente as norte-americanas e europeias, era um pesadelo. Este conflito entre dois sistemas, entre capitalismo e socialismo, e entre os EUA e a URSS como nações hegemônicas, terminaria por dominar completamente a cena internacional. Assim, os esperados anos de paz que se seguiram ao final do conflito mundial logo foram substituídos pela chamada Guerra Fria.

De qualquer modo, para que Estados e governos atendessem àquela necessidade de intervir na sociedade, era preciso não só conhecê-la, mas ser capaz de elaborar os



melhores métodos e técnicas para fazê-lo. Nesse cenário, as ciências sociais assumiram importância crescente, em especial as suas formas aplicadas. Nos países centrais, as tecnologias sociais, nas mais diversas formas, foram partes decisivas da implementação dos chamados Estados de bem-estar social, nos quais as políticas sociais nas áreas de trabalho, educação, previdência e saúde constituíam-se como respostas às demandas dos movimentos sociais.

Nos demais países inaugurava-se a *era do desenvolvimento*, sob o signo do planejamento em larga escala. Ciência e técnica foram acionadas para moldar o mundo não euro-americano à feição de um Ocidente moderno que avançava em seu movimento de mundialização. Neste movimento as organizações internacionais teriam um papel fundamental, sobretudo pela generalização das práticas de assistência técnica, transferência de tecnologias e cooperação.

Família norte-americana durante os anos da Grande Depressão. Inicada em 1929, a crise esteve nas origens da Segunda Guerra Mundial. Elm Grove (Califórnia), Estados Unidos, ago 1936

Foto Dorothea Lange
Acervo United States Library of Congress
Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:3c29107v.jpg>

Desfile militar na Rússia soviética durante as comemorações pelos 66 anos da Revolução de Outubro. Novembro de 1983

Foto: Thomas Hedden
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:October_Revolution_celebration_1983.png



Essas dimensões, relativas às novas tecnologias e aos novos conhecimentos sobre a estrutura e funcionamento das sociedades humanas; ao desenvolvimento econômico e às políticas sociais; e aos diferentes e conflitantes projetos de organização da vida social, moldariam, nas décadas de 1950, 1960 e 1970, o cenário em que se desenvolveriam as diferentes percepções acerca das relações entre saúde e desenvolvimento. Em cada contexto específico, em cada país, as políticas de saúde em muito dependeriam da forma com que esses elementos se articulavam.



Símbolo maior da Guerra Fria, o Muro de Berlim foi construído pela República Democrática Alemã (Alemanha Oriental) em agosto de 1961 com o intuito de separar a parte oriental da cidade de sua porção ocidental, pertencente à República Federal da Alemanha (Alemanha Ocidental). Mais do que a divisão da cidade, sua construção marcou simbolicamente a separação da Europa e do mundo em dois blocos distintos: o bloco socialista, liderado pela União Soviética, e o bloco dos países capitalistas, encabeçado pelos Estados Unidos. Sua queda em novembro de 1989 deu início à derrocada do campo socialista. Na foto, manifestantes em cima do muro de Berlim no dia em que foi derrubado. Ao fundo, o Portão de Brandemburgo. Berlim, 9 nov. 1989

Foto: Sue Ream
Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:BerlinWall-BrandenburgGate.jpg>

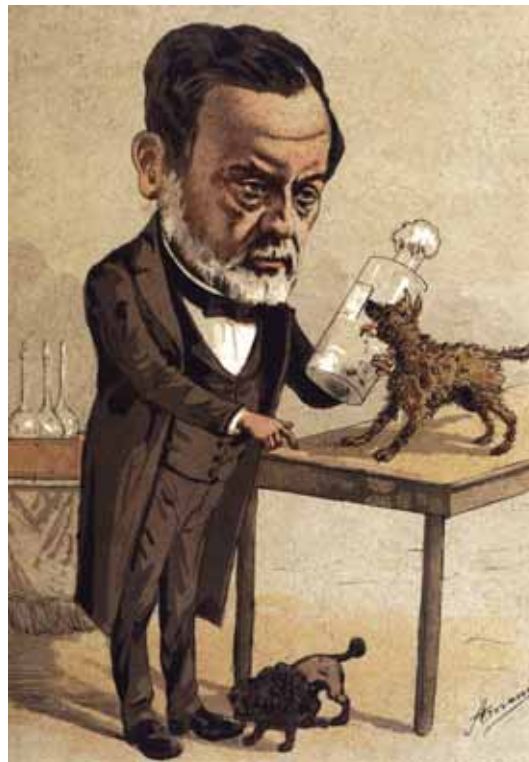


CIÊNCIA, TÉCNICA E FRAGMENTAÇÃO DA SAÚDE

Fernando A. Pires-Alves e Ialê Falleiros

Para alguns historiadores, o longo período compreendido entre os trinta anos finais do século XIX e a década de 1960 pode ser caracterizado como a *era de ouro da medicina*. Seu início remonta ao surgimento da teoria microbiana das doenças, a partir das descobertas de Louis Pasteur e Robert Koch. O principal enunciado dessa teoria era que cada doença era causada por um ser vivo microscópico específico, e proteger um corpo são significava sobretudo destruir aquele agente patológico, evitar o seu contato com seres humanos e a sua propagação no ambiente. Defendia, também, a utilização de vacinas – que consistem basicamente na inoculação de fragmentos, de formas atenuadas ou inativadas dos micróbios – para imunizar o corpo humano de modo a tornar inócuo um eventual contágio (Brandt & Gardner, 2000).

5



O médico e bacteriologista alemão Robert Koch identificou o bacilo da tuberculose e foi um dos fundadores da microbiologia

Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Robert_Koch.jpg

Charge alusiva aos trabalhos relativos à raiva desenvolvidos por Louis Pasteur em seu laboratório

Acervo Instituto Pasteur

Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história

Desde então, sucessivamente, várias foram as aquisições científicas e soluções técnicas empregadas no controle e tratamento de doenças, em especial das doenças transmissíveis. Foi, todavia, por volta da metade do século XX que esse processo se acelerou. As chamadas descobertas científicas se tornaram mais frequentes, e mais rapidamente se desenvolveram os meios para sua aplicação prática. Assim, por

Charge alusiva a uma sessão de vacinação contra a varíola. Retrata o temor popular segundo o qual, sendo a vacina obtida a partir da linfa de bovinos, as pessoas inoculadas poderiam adquirir feições híbridas – uma parte humana e outra animal

Acervo Instituto Pasteur

Quadro de Louis-Leopold Boilly (1761-1945) retratando uma inoculação contra a varíola

Acervo National Library of Medicine
Disponível em <http://blogs.smithsonianmag.com/science/files/2009/10/NLMNLM11101393085148475.jpg>



Produção de vacina contra o sarampo em Bio-Manguinhos. Processo de liofilização e envasamento Rio de Janeiro, s.d.

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Produção de vacina contra a febre amarela em Manguinhos. Operação de remoção dos embriões da casca. Rio de Janeiro, 1941-1943

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



exemplo, a partir de 1936, no campo das descobertas antibacteriológicas, a sulfanilamida e outras drogas do grupo das sulfas passaram a ser largamente usadas no tratamento de infecções por estreptococos e estafilococos. A penicilina, descoberta em 1928, a partir dos anos 1940 passou a ser amplamente empregada como substância antibiótica. Também na mesma década, a estreptomina e a sua combinação com outras drogas foram utilizadas com êxito indiscutível no tratamento da tuberculose.

1344

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Miruel Cruz

Emprego da penicilina: *6 injet. 4 locais para lavagem*

Boletim clínico parcial

Doente: *Lilvio Miranda*

Depois de haver tentado os meios terapêuticos ordinários para debelar uma vesícula purulenta do paciente acima, sem obter resultados concretos, decidi apelar em última instância para o emprego da Penicilina. Foram usados 6 amp. por via intramuscular, num total de 150.000 U. O resultado que obtive de início, foram os mais promissores, tendo desaparecido a secreção purulenta e melhorado de muito a perimetria vesicular. Alguns dias depois, houve uma ligeira recessão, para pior, do sintoma, e nesta fase nos encontramos. Acreditamos, que, dado o caráter de cronicidade da doença, o emprego de mais 6 amp. num total de 150.000 U, muito virão benéfico ao paciente, sendo mesmo, por-o em definitivo curado.

Em 13.11.44

f. Isaac Jolley
Médico(s) Assistente(s)

Nota importante: Sem apresentação desta observação não será fornecido nova dose de penicilina.

Prescrição de penicilina em prontuário médico expedido pelo Hospital Evandro Chagas em 1944
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

No terreno da vacinação, a década de 1950 assistiu ao desenvolvimento da vacina contra a poliomielite por Jonas Salk e Albert Sabin, dando início à possibilidade de imunização contra doenças causadas por vírus, um ser vivo submicroscópico que apenas nos anos de 1930 passara a ser observável mediante o uso de microscópios eletrônicos.

Na química, o esforço de guerra em áreas infestadas pela malária e outras doenças transmitidas por insetos no Pacífico e na zona do Mediterrâneo suscitou o uso generalizado do Dicloro-Difenil-Tricloroetano, vulgarmente conhecido pela sigla DDT, cujas propriedades pesticidas haviam sido definidas em 1939. Seu advento propiciaria novas esperanças para o controle e erradicação de algumas das chamadas doenças tropicais mais importantes. Assim, em 1954, a Organização Pan-Americana da Saúde e, em 1955, a Organização Mundial da Saúde passaram a promover campanhas pela erradicação da malária. A mesma confiança no uso das tecnologias biomédicas suscitou o lançamento de uma campanha mundial de erradicação da varíola em 1959, uma decisão da OMS, a partir de iniciativa do representante da União Soviética e do governo cubano que, juntos, se comprometeram a fornecer inicialmente 27 milhões de doses de vacina. Essa iniciativa seria mais tarde retomada, em 1967, por meio do Programa Intensificado de Erradicação da Variola, com ampla participação de todos os países (Brown, Cueto & Fee, 2006).

Jonas Edward Salk (1914-1995), médico e cientista norte-americano, desenvolveu a primeira vacina contra a poliomielite, enfermidade também conhecida como paralisia infantil. Defensor de uma ampla distribuição da vacina em todo o mundo, Salk recusou-se a patentear a sua descoberta. Em seus últimos anos de vida, participou de estudos em busca de uma vacina contra o vírus da AIDS

Acervo University of California (San Diego) – Mandeville Special Collections Library
Disponível em <http://www.californiahistorian.com/articles/hall-of-fame.html>

Em fins da década de 1950, cerca de seis anos após o trabalho de Jonas Salk, o médico polonês naturalizado norte-americano Albert Sabin (1906-1993) demonstrou que a administração oral da vacina contra a pólio poderia ser de mais fácil aplicação do que o método injetável. Suas famosas “gotinhas” passaram a ser então adotadas em praticamente todo o globo. Casado com uma brasileira, Sabin esteve no Brasil em várias ocasiões para acompanhar de perto o combate à poliomielite

Foto Bettmann/Corbis
Disponível em <http://www.britannica.com/EBchecked/topic-art/515055/90758/Albert-Sabin-holding-a-vial-containing-his-newly-developed-oral>





Desenvolvido durante a Segunda Guerra Mundial, o DDT foi largamente utilizado no combate a doenças transmitidas por vetores, como a malária e o tifo. Na imagem, agente do Programa Nacional de Erradicação da Malária dos Estados Unidos pulveriza inseticida em foco do mosquito *Anopheles*. EUA, 1958

Acervo Centers for Disease Control and Prevention/ United States Department of Health and Human Services Disponível em <http://phil.cdc.gov/phil/details.asp>

Fotografia tirada durante campanha de erradicação da variola na República do Níger, África, em fevereiro de 1969

Acervo Centers for Disease Control and Prevention, United States Department of Health and Human Services Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Fighting_smallpox_in_Niger,_1969.jpg



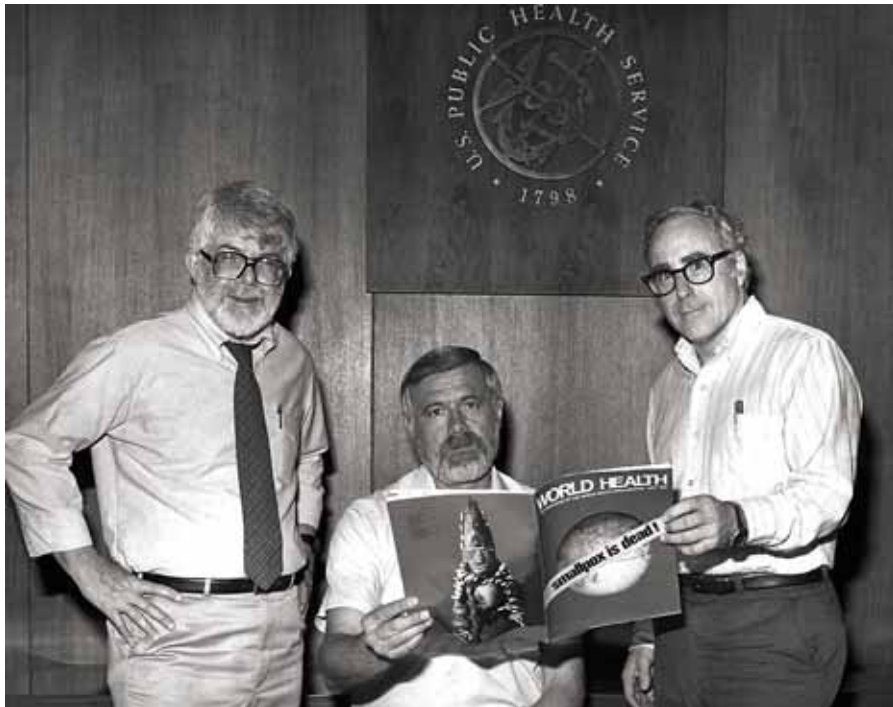
Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história

Cartaz utilizados em campanhas de combate à varíola promovidas pela OMS na Etiópia

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Ex-diretores do Programa Global de Erradicação da Variola da ONU. Da esquerda para a direita, Dr. J. Donald Millar, diretor de 1966 a 1970, Dr. William H. Foege, diretor de 1970 a 1973, e Dr. Michael Lane, diretor de 1973-1981

Acervo Centers for Disease Control and Prevention, United States Department of Health and Human Services Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Directors_of_Global_Smallpox_Eradication_Program.jpg



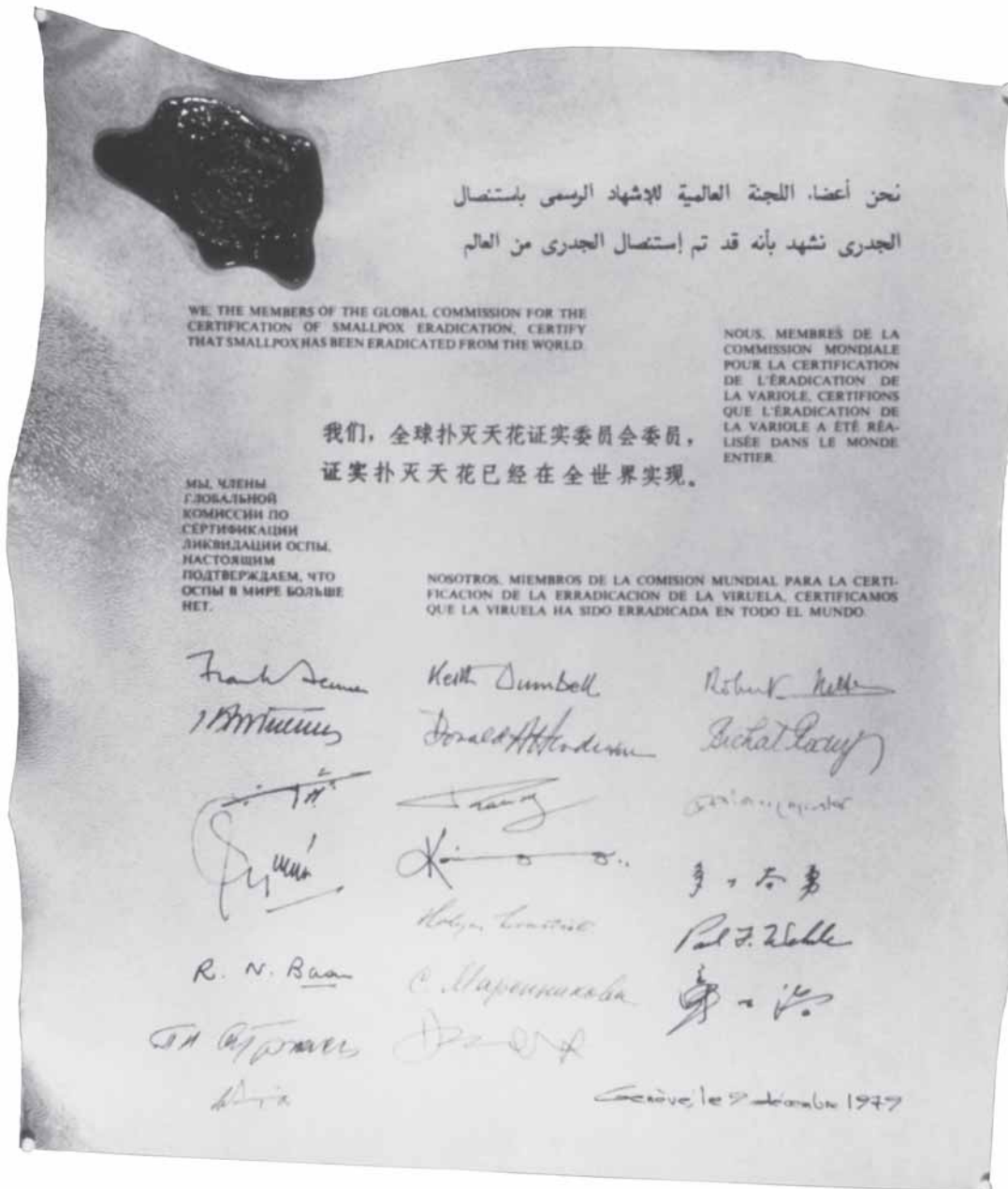
O governo dos Estados Unidos atribuía à malária o *status* de ameaça global, especialmente nas áreas do planeta sob sua influência direta. Acreditava-se que a doença dificultava a penetração de capitais em amplas regiões equatoriais e tropicais, tornando-as mais vulneráveis a uma possível atuação dos países do bloco socialista. De fato, foi o apoio e financiamento por parte de agências norte-americanas, segundo determinadas regras e normas, que propiciou a generalização pelo planeta de campanhas de erradicação da malária e, sem dúvida, o incremento das vendas e dos lucros das companhias produtoras do DDT (Hochman, 2007).

Depois de vultosos esforços coletivos e investimentos, os resultados dessas campanhas foram contraditórios. A campanha contra a malária redundou em completo fracasso, ficando longe de alcançar a meta de erradicação, e em 1969 seria completamente revista pela Assembleia Mundial de Saúde. A campanha contra a varíola, ao contrário, alcançaria seu objetivo, e em 1973 a OPAS/OMS declarou a varíola erradicada das Américas. O último caso natural no planeta foi registrado na Etiópia em 1976, e em 1980 a OMS declarou o mundo livre da doença.

Ao mesmo tempo em que se expandia essa excessiva confiança na capacidade de as novas drogas possibilitarem um amplo e generalizado controle das doenças transmissíveis, a explosão tecnológica do pós-Segunda Guerra afetaria a área da saúde ainda de outras maneiras. O diagnóstico e o cuidado médico

curativo passaram a ser assistidos por equipamentos tecnológicos cada vez mais complexos, que progressivamente constituíram um mercado em franca ampliação. Ao mesmo tempo, como outra face da mesma moeda, o desenvolvimento científico e o uso cada vez mais intensivo de tecnologia tornavam o conhecimento, o ensino e a prática médica crescentemente especializados.

Certificado de erradicação da varíola garantindo o controle absoluto da doença em todo o mundo. Documento assinado em Genebra, Suíça, em 9 de dezembro de 1979
Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história

O uso de tecnologias cada vez mais complexas pela medicina contemporânea exige a formação de profissionais com alto grau de especialização. Na foto, médico observa resultados de exames obtidos por tomografia computadorizada

Disponível em <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Medicoplacas.jpg>

Como decorrência do desenvolvimento científico e tecnológico do pós-Segunda Guerra, aprofundou-se a separação entre as políticas e práticas de saúde pública e aquelas de medicina curativa. A saúde pública, orientada, sobretudo, nos modelos das campanhas de vacinação, controle e erradicação de vetores, tornou-se crescentemente centralizada e hierarquizada, constituindo complexos aparatos institucionais para o combate a determinadas doenças. Por outro lado, a assistência médica passou a girar em torno do hospital (que concentrava e organizava as capacidades profissionais, operacionais e tecnológicas disponíveis para a atenção curativa), ao mesmo tempo em que os gastos aumentavam continuamente nessa área. O cuidado tornava-se também cada vez mais especializado e fragmentado, o que se refletia na organização do ensino e do próprio conhecimento em saúde.



Esse modelo de atenção à saúde tendeu a reproduzir-se em vários países do continente americano. As formas pelas quais foi adotado, porém, diferiu de país para país, segundo processos singulares de ajuste, em resposta às diferentes particularidades e tradições na organização dos serviços de saúde. Todavia, os seus limites logo se tornaram claros para aqueles que pugnavam por uma ampliação dos serviços de saúde a partir de uma abordagem mais integrada das relações entre saúde e doença e da própria atenção à saúde.

Paralelamente, a prestação de cuidados médicos deixava de ser um ofício circunscrito à interação bilateral médico-paciente e ao ambiente do consultório particular para se tornar, progressivamente, parte da esfera do interesse coletivo e objeto de políticas públicas a serem conduzidas por agências do Estado. Este movimento integrou um processo de expansão das responsabilidades públicas e atribuições estatais no que concerne à educação, saúde, proteção ao trabalho e previdência, entre outros domínios – processo que se realizou em meio às reivindicações de acesso ao cuidado médico como direito de todo cidadão.

Sob designações como medicina integral, medicina preventiva, medicina comunitária, entre outras, vários movimentos criticaram o tipo de atenção à saúde que se mostrava crescentemente verticalizado, superespecializado e fragmentado. É comum a todos esses movimentos a introdução, sob distintas formas, de elementos da vida social na problemática saúde/doença, procurando romper com as concepções estritamente biológicas ou biologicistas dessa relação. Vejamos a seguir alguns deles.

5



Sala para realização de cateterismo cardíaco em hospital da Alemanha. O desenvolvimento tecnológico da medicina do pós-guerra ajudou a aprofundar a separação entre a saúde pública e a assistência médica hospitalar

Foto: Wolfgang Hunscher
Disponível em <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Herzkatheterlabor.jpg>

Medicina preventiva

A medicina preventiva, originária dos Estados Unidos de meados dos anos 1940, foi uma tentativa de se fazer frente aos crescentes custos da atenção curativa e, ao mesmo tempo, à separação entre as esferas da saúde pública e da saúde individual. Procurou-se adotar um conceito de formação médica que já vinha sendo formulado na Europa, sobretudo na Grã-Bretanha, desde pelo menos os anos 1920, como se pode depreender da análise dos currículos das escolas médicas britânicas. Propunha-se reorientar a formação médica com o objetivo de estimular uma atitude preventiva, epidemiológica, social, educativa e de equipe.

As organizações corporativas médicas, de início, reagiram contrariamente a qualquer forma de medicina estatal ou socializada, mas diante das estatísticas alarmantes de mortalidade e das análises que as relacionavam às condições sociais em que eram geradas, tiveram de abrir o caminho para a ampliação das políticas públicas e para uma abordagem social da saúde. Ao mesmo tempo, essa proposta conviveu e se articulou com a medicina tecnológica, que exigia, por sua vez, mais tempo de formação profissional, mais equipamentos e mais tarefas auxiliares, aumentando os custos dos serviços e as possibilidades de ganho pelos empresários da saúde.

Essa nova proposta foi difundida para os países da América Latina por meio da criação de departamentos de medicina preventiva nas faculdades, movimento que se firmou nas associações nacionais e regionais de escolas médicas, contando com o apoio técnico e financeiro da OPAS e de fundações norte-americanas como a Kellogg, a Rockefeller e a Ford. No Brasil, a principal manifestação desse movimento ocorreu com a criação, em meados da década de 1950, dos departamentos de medicina preventiva, de início, na Escola Paulista de Medicina e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, interior de São Paulo. Décadas mais tarde, em 1968, com a reforma do ensino superior, esses departamentos se tornariam obrigatórios nos cursos de medicina (Escorel, 1999).

O profissional médico a ser formado, segundo o modelo preventivista, devia desenvolver um conjunto de atitudes que lhe permitissem se relacionar com a comunidade, com os serviços públicos de saúde e com outras organizações para promoção da saúde e proteção do indivíduo e da família. Assim, a formação desse novo profissional teve papel central e impulsionou uma reforma educacional no interior das escolas médicas. A epidemiologia e a estatística foram introduzidas na formação médica e na produção do conhecimento no campo da saúde. Cada vez mais, a noção de doença passou a envolver a interação de agentes naturais e sociais e, pouco a pouco, os elementos das ciências sociais foram incorporados às pesquisas sobre agentes, ambiente e hóspedes de doenças.

A política estatal de controle de determinadas enfermidades ou eventos tinha como foco, por meio dos órgãos de saúde pública, sobretudo as populações marginais. Para os trabalhadores, a política de saúde ocupacional se desenvolveu com vistas à diminuição de acidentes e faltas no trabalho, o que contribuía para um aumento da produtividade da força de trabalho.

Para seus críticos, a medicina preventiva revestiu-se de sensíveis contradições: propôs-se redefinir as responsabilidades do médico mantendo a natureza do seu trabalho; ampliar seu espaço social, preservando a organização hospitalar e dos consultórios privados; desenvolver a preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca; diminuir o custo da atenção médica, mantendo, todavia, um cuidado médico excessivamente técnico; e melhorar as condições de vida das populações, preservando a estrutura social (Arouca, 2003, p. 238).



Sede da Fundação Ford em Nova York, Estados Unidos. A instituição ajudou a divulgar projetos de medicina preventiva na América Latina

Autor: Stakhanov
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ford_foundation_building_1.JPG

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foi uma das primeiras instituições de ensino do país a adotar a medicina preventiva em seu currículo. Ribeirão Preto (SP), 10 out. 1956

Foto: Zeferino Vaz
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Faculdade_de_Medicina_de_Ribeir%C3%A3o_Preto__Pr%C3%A9dio_Central.jpg



Medicina comunitária

A medicina comunitária surgiu, também nos Estados Unidos, durante a década de 1960, em um contexto de tensões sociais aguçadas pelo crescente desemprego e subemprego, e a emergência de movimentos pela expansão dos direitos civis e de maior inclusão social. Este modelo faz parte das políticas sociais implementadas para responder a essas tensões com a criação de programas assistenciais destinados à contenção da pobreza, e representou a forma pela qual a assistência médica individual foi incorporada à saúde pública norte-americana. Nesse contexto, em 1964, o “Economic Opportunity Act” criou programas de ação comunitária responsáveis pela mobilização e coordenação, em nível local, dos recursos para o desenvolvimento de projetos sociais e educacionais, bem como pelo envolvimento da população pobre em seu planejamento e administração (Donnangelo, 1976, p. 89).

Seguindo essas orientações, os programas de medicina comunitária – cujo alvo era a prestação de serviços à coletividade, sobretudo, de início, às populações rurais, e a principal estratégia era a experimentação de modelos – passaram a se valer de associações entre iniciativas nos âmbitos público e privado. Investiam, também, na mobilização de recursos locais, estimulando a participação dos usuários no controle e na gestão dos serviços, bem como na utilização de mão de obra local, que era capacitada para o atendimento à saúde por meio de ações de treinamento de curta duração.

A aplicação prática da medicina comunitária consistiu na implementação de programas de extensão da cobertura dos serviços de saúde, entre os quais os mais celebrados foram aqueles que mobilizaram amplos contingentes de agentes da comunidade para o provimento de cuidados básicos de saúde, como na China socialista.

No Brasil, as primeiras e principais iniciativas localizaram-se em Ribeirão Preto e no Vale do Ribeira, em São Paulo, seguindo-se as de Montes Claros e do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, de Paulínia, em São Paulo, e Sobradinho e Planaltina, no Distrito Federal.

No plano internacional, esse movimento culminou, em 1977, com o estabelecimento, pela OMS, da meta de Saúde para Todos no Ano 2000, e a definição, pela Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão em 1978, da Atenção Primária à Saúde como principal estratégia a ser utilizada para alcançar aquele objetivo.

Medicina social e saúde coletiva

Paralelamente, e em associação com esse movimento de afirmação da saúde como direito social e expansão da cobertura dos sistemas de saúde, desenvolveu-se na América Latina e no Brasil uma nova abordagem social da saúde, que enfatizava as insuficiências de um enfoque estritamente biológico. Esta nova abordagem se apoiava na ideia de que a estrutura social e as condições de vida, assim como os elementos culturais e simbólicos, constituíam determinações sociais da doença, e que a plena reforma da saúde só se daria nos marcos de um processo de transformação da sociedade. A política, desse modo, passava a ser um componente fundamental para a compreensão da saúde e da doença e para o estabelecimento de novas práticas de saúde que valorizavam o papel dos sujeitos individuais e coletivos. Esse pensamento se firmou, na América Latina, sob a designação de *medicina social*, com expressivo

Aspecto de uma favela em São Paulo. O movimento da saúde coletiva apontou os limites de uma concepção de saúde baseada em critérios puramente biológicos. Nessa perspectiva, a doença seria também resultado de fatores sociais como pobreza e falta de saneamento básico

Foto: Peter Mulligan
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Favela_in_Sao_Paulo.jpg

apoio da OPAS, e teve como ponto de partida os estudos do médico e sociólogo argentino Juan César Garcia. A OPAS e a Fundação Kellogg propiciaram o apoio técnico e financeiro necessário à constituição, em 1973, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Uma experiência que seria repetida no ano seguinte na Universidade Autônoma do México. No Brasil, este movimento crítico culminou com o surgimento da *saúde coletiva*, compreendida ao mesmo tempo como uma corrente de pensamento, um movimento social e como espaço de prática concreta, de caráter necessariamente multidisciplinar, que acentuava o foco na dimensão social das formas de adoecimento e da organização dos serviços de saúde e que aprofundava a ruptura com a tradição médica de cunho essencialmente biomédico.



ALMA-ATA, CAZAQUISTÃO, 1978: A CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fernando A. Pires-Alves

“Muitas transformações sociais e revoluções ocorrem porque as estruturas sociais estão desmoronando. Há sinais de que as estruturas científicas e técnicas da saúde pública também estão desabando.”

Halfdan Mahler, diretor da OMS

Discurso de encerramento da Conferência Internacional de Alma-Ata, 1978

A comunidade de Alma-Ata, na Ásia Central, entre os séculos X e XV era um centro comercial e um dos pontos principais de passagem das antigas rotas da seda, um emaranhado de caminhos que ligavam comercialmente o Mediterrâneo oriental e a costa do Oceano Índico, a China e o sudeste asiático. No final do verão de 1978, a então capital da república soviética do Cazaquistão seria palco de um evento igualmente central, agora na definição dos rumos das políticas da saúde internacional e das concepções sobre a prestação de cuidados em saúde: a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde.

Entre os dias 6 e 12 de setembro daquele ano, três mil delegados, representando os governos nacionais de 134 países dos cinco continentes e 67 organizações internacionais, discutiram e aprovaram a Declaração de Alma-Ata, estabelecendo a atenção primária à saúde como a estratégia fundamental para se tentar alcançar a meta de Saúde para Todos na passagem para o século XXI. Os principais elementos dessa estratégia incluíam uma crítica às ações de saúde de tipo vertical, orientadas por doença, e às tecnologias a elas associadas, assim como ao cuidado médico centrado no hospital. Para alguns, essa crítica era bastante profunda. É ela que justifica e dá sentido ao trecho do discurso do diretor da OMS na Assembleia Mundial de Saúde que convocou a conferência e que aparece como epígrafe desta seção.

Pretendia-se uma completa reorientação das ações de saúde mediante um cuidado e uma abordagem integral da saúde, e a adoção das chamadas *tecnologias apropriadas*, no sentido de serem adequadas às realidades locais, baseadas no conhecimento científico e passíveis de serem financeiramente sustentadas por uma dada sociedade. Ao mesmo tempo, imaginava-se promover o treinamento de pessoal leigo ou não formado e a valorização dos saberes populares, tal como aqueles conhecidos por parteiras e curandeiros (Cueto, 2004). A declaração também enfatizava as relações

Interior do Centro de
Convenções Lenin
durante a Conferência
de Alma Ata. Cazaquistão,
setembro de 1978

Acervo Organização
Pan-Americana de Saúde
Disponível em www.paho.org



entre saúde e desenvolvimento, no sentido de conceber o trabalho em saúde não como uma intervenção tópica, destinada a curar, a aliviar o sofrimento, mas como parte de um processo que propicia a progressiva melhora das condições de vida. Dessa forma, a ação direcionava-se, simultaneamente, para os aspectos relacionados à promoção, prevenção e cura, contemplando a participação da população, mobilizando a força de trabalho e os conhecimentos e tradições existentes nas próprias comunidades. Organizava-se de forma intersetorial, atuando também em questões pertinentes à educação popular, à habitação e saneamento, e ao desenvolvimento social sustentado, entre outros temas.

O ambicioso – e para muitos irrealista – objetivo de Saúde para Todos no Ano 2000 e a própria estratégia da atenção primária de saúde eram resultados de um percurso que remonta, pelo menos, ao final da década de 1960. Ele envolveu uma intrincada preparação, em um ambiente global desafiador (Cueto, 2004).

Desde finais dos anos 1960, o planeta experimentava o que se convencionou chamar de crise da hegemonia norte-americana, decorrente da derrota militar e política dos Estados Unidos da América no Vietnã (1975); de uma crise cambial que terminou com a desvalorização unilateral do dólar e o fim de acordos monetários que vigoravam desde a Segunda Guerra Mundial (1971); e da mobilização dos países em desenvolvimento na busca de melhores termos nas relações entre as nações ricas e aquelas consideradas do Terceiro Mundo. É desse período, por exemplo, a primeira crise do petróleo (1973), que ocorreu quando os principais países produtores se reuniram e fixaram em patamares bem altos os preços de comercialização (Cueto, 2004).

Nesse contexto, tornaram-se frequentes as críticas às posições que defendiam que mais capitais e mais tecnologias, apenas, seriam suficientes para promover o desenvolvimento dos países tidos como atrasados. E esta crítica também alcançava as práticas da saúde, em particular as campanhas verticais voltadas para doenças específicas e os custos crescentes de um cuidado médico quase sempre dominado por uma lógica mercantil e pouco sintonizado com as necessidades reais da população (Cueto, 2004).

A Comissão Médica Cristã, a Unesco e a OMS, isoladamente e em cooperação, desenvolveram soluções para a expansão do cuidado médico básico, em geral com o uso de estratégias e técnicas de baixo custo. Paralelamente, a China socialista implantou um gigantesco programa de médicos populares. Os “médicos de pés-descalços” chineses, como ficaram conhecidos em quase todo o mundo, eram trabalhadores comunitários de saúde que se dedicavam sobretudo à saúde rural e preventiva, viviam nas localidades em que trabalhavam e recorriam a tecnologias simples, muitas vezes combinando medicina ocidental e saberes populares (Cueto, 2004).

Em 1975, a Assembleia Mundial de Saúde, órgão máximo de deliberação da OMS, estabeleceu que a implementação de sistemas nacionais de atenção primária deveria ser considerada uma prioridade absoluta.

Halfdan Maller, diretor-executivo da OMS, durante a Conferência de Alma-Ata. À esquerda, o senador norte-americano Edward Kennedy. Cazaquistão, setembro de 1978

Acervo Organização Mundial de Saúde
Disponível em www.who.int

Fuzileiro naval norte-americano é amparado após ter sido ferido em batalha durante a Guerra do Vietnã. 13 jan. 1969

Foto: Bob Jordan
Acervo United States Marine Corps
Disponível em <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:OperationDeweyCanyonwoundedmarine1969.jpg>



No ano seguinte, a mesma instância fixou a meta de Saúde para Todos no Ano 2000, e o debate sobre a melhor estratégia para alcançar este objetivo se intensificou.

A China e a União Soviética, países então adversários na luta pela liderança do campo socialista, competiram pela prerrogativa de sediar uma conferência integralmente dedicada ao tema. Os soviéticos foram mais convincentes e a capital do Cazaquistão, na Ásia Central, foi imaginada como a solução capaz de acomodar ambos os interesses. As relações entre Pequim e Moscou ficaram cada vez mais tensas e os chineses terminaram por se recusar a participar da conferência (Cueto, 2004).



O encontro se realizou como complemento do ciclo de reuniões destinadas a discutir as novas concepções sobre a atenção de saúde, e havia muita divergência em torno do que seria de fato a atenção primária de saúde. Para alguns, a própria abordagem soviética do problema era tida como excessivamente apoiada na adoção massiva de medicamentos. Para outros, a atenção primária era uma modalidade de medicina simplificada, de baixo custo – em geral tida como emergencial –, dirigida para populações desassistidas, e que poderia conviver com uma atenção médica tecnologicamente sofisticada operando segundo as leis de mercado. Para outros, ainda, partidários da necessidade de afirmar a saúde como um direito e as responsabilidades públicas na provisão de serviços essenciais, a atenção primária deveria ser concebida como a porta de acesso à atenção integral de saúde, proporcionada por sistemas de saúde universais e hierarquizados.

Depois de vários rascunhos e confabulações prévias, a Declaração de Alma-Ata foi aprovada na conferência por aclamação, resultando em um posicionamento coletivo quanto aos limites e à necessidade de reforma do modelo de saúde pública até então praticado, em favor de formatos mais inclusivos e em sintonia com as necessidades das populações (Cueto, 2004).

Todavia, as décadas de 1980 e 90 se revelaram dramáticas para os serviços públicos de saúde. O segundo choque do petróleo, de 1979, a crise dos juros e da dívida externa dos países em desenvolvimento (1982) inauguraram um período de completa restrição dos gastos públicos e dos sistemas de proteção social, e de vigência de ideologias do livre mercado. Neste novo cenário, a meta de Saúde para Todos no

Ano 2000 e a estratégia de uma atenção primária integral passaram a ser criticadas como irrealistas e ganharam corpo as teses da medicina simplificada dirigida para populações pobres (Brown et al., 2006).

Sob a liderança de instituições como a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial, a Unicef e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento, formulou-se a Atenção Primária Seletiva. Propôs-se, para os países em desenvolvimento, a adoção de estratégias que se diziam temporárias, envolvendo procedimentos simplificados com alto impacto nos indicadores de saúde. Segundo essa concepção restrita, uns poucos procedimentos foram “empacotados” sob a sigla *Gobi*, formada pelas expressões em inglês para: monitoração do crescimento de crianças (*growth monitoring*); uso de técnicas para reidratação oral (*oral rehydration*); promoção do aleitamento materno (*breast-feeding*); e imunização (*immunization*) (Cueto, 2007; Brown et al., 2006).

Esta concepção restrita da atenção primária passou a ser adotada por várias agências. Para os seus críticos, embora tenha alcançado resultados significativos no terreno da imunização relativa às doenças da infância e na redução da mortalidade infantil, ela



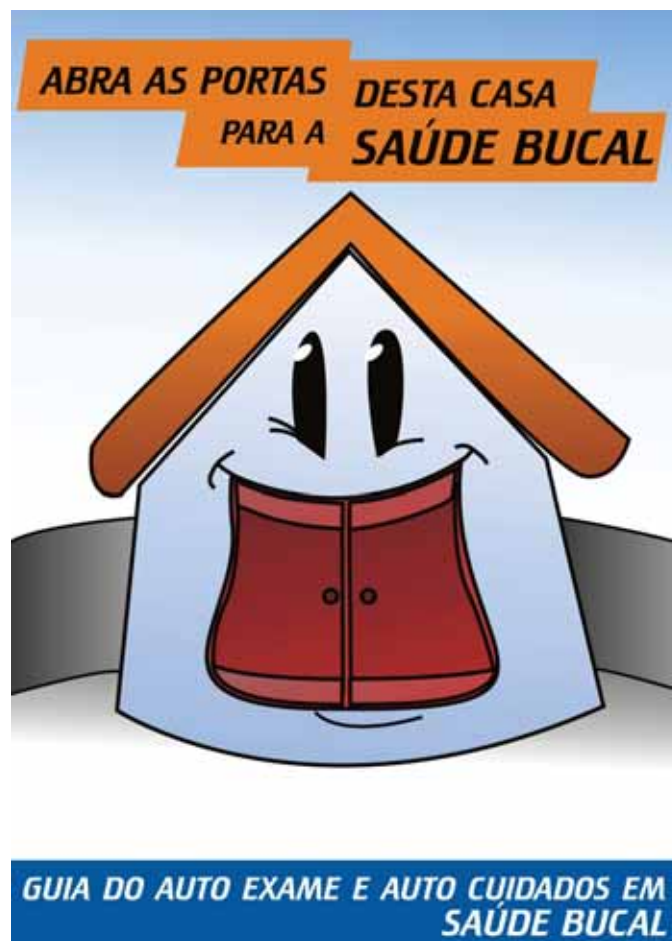
“Médico de pés-descalços” realizando tratamento com acupuntura em trabalhador de área rural na China

Foto: D. Henrioud
Acervo Organização Mundial de Saúde
Disponível em
http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Chinese_barefoot_doctor_performing_acupuncture.jpg

significou o abandono de todo o sentido progressista, transformador e, para alguns, revolucionário presente na declaração de 1978 (Cueto, 2004).

No Brasil, nos primeiros anos do Sistema Único de Saúde (SUS) adotou-se a expressão *cuidados básicos de saúde*, como forma de se diferenciar ideologicamente de princípios originados nas organizações internacionais. Mais tarde, em um movimento de crítica principalmente às políticas seletivas do Banco Mundial, o uso da expressão *atenção primária de saúde* passou a ser mais difundido, como maneira de afirmar uma concepção integral do cuidado em saúde (Mello et al., 2009).

O que essas variações de conceitos e termos indicam é que este debate permanece em aberto. Por envolver considerações a respeito do direito à saúde e da natureza essencial do cuidado à saúde, dos modelos de organização dos serviços e as formas do seu financiamento, e do acesso equitativo e as formas de gestão de serviços, entre outros temas fundamentais, trata-se de uma discussão extremamente atual, sobretudo quando um novo ciclo de crise do capitalismo assinala a fragilidade das crenças que atribuem ao mercado dito livre a tarefa de ordenar toda a vida social.



Capa de folheto utilizado em programa de saúde bucal desenvolvido pela Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura de São Paulo

Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_bucal/index.php?p=5584

Referências bibliográficas

Ciência, técnica e fragmentação da saúde

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Ed. Unesp; Ed. Fiocruz, 2003.

BRANDT, A. M. & GARDNER, M. The Golden Age of Medicine. In: COOTER, Roger; PICKSTONE, John (eds.). *Medicine in the Twentieth Century*. Netherlands: Harwood Academic Publishing, 2000. p. 21-37.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

HOCHMAN, Gilberto. Agenda internacional e políticas nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

MAHLER, Halfdan T. *Social Perspectives in Health: Address in Presenting his Report for 1975 to the*

Twenty-Ninth World Health Assembly, Geneva, 4 May 1976, p. 1. Mahler Speeches / Lectures, Box 1, Biblioteca da OMS.

Alma-Ata, Cazaquistão, 1978: a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde

BROWN, T. M.; CUETO, M. & FEE, E. The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 96, n. 1, p. 62-72, 2006.

CUETO, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 94, n. 11, p. 1.864-1.874, nov. 2004.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcelos e DEMARZO, Marcelo Piva. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.