

Leituras sobre o sanitarismo desenvolvimentista e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva

Readings about developmentalist health and interpretations for the Brazilian health reform and public health

Camila Furlanetti Borgesⁱ

ⁱ Professora-pesquisadora, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
orcid.org/0000-0002-0418-739X
timilaborges@gmail.com

Tatiana Vargas de Faria Baptistaⁱⁱ

ⁱⁱ Professora-pesquisadora, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
orcid.org/0000-0002-3445-2027
twargas@gmail.com

Recebido em 26 dez. 2018.

Aprovado em 15 abr. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702021000100005>

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Leituras sobre o sanitarismo desenvolvimentista e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.28, n.1, jan.-mar. 2021, p.79-99.

Resumo

Na literatura do campo da saúde coletiva há uma construção que sustenta a associação entre o movimento pela reforma sanitária dos anos 1970 e o que se denominou sanitarismo desenvolvimentista. A partir dos discursos de dois sanitaristas do período desenvolvimentista – Mário Magalhães da Silveira e Carlos Gentile de Mello –, buscou-se reconhecer como se deu a construção desse lugar de “precursor” da reforma sanitária. Foi feita a análise das interfaces entre a saúde coletiva, o pensamento desenvolvimentista, a estratégia de construção do “sanitarista desenvolvimentista” e a reforma sanitária. Sem negar o papel precursor daqueles sanitaristas, argumenta-se que a construção do Sistema Único de Saúde não é uma mera continuidade do pensamento desenvolvimentista.

Palavras-chave: desenvolvimentismo; reforma sanitária; saúde coletiva; sanitarismo.

Abstract

In the Brazilian public health literature, an association has been drawn between the 1970s health reform movement and what has been called developmentalist health. By investigating the discourse of two sanitarians from the developmentalist period – Mário Magalhães da Silveira and Carlos Gentile de Mello – we seek to unpick how their status of “precursors” of the health reform was constructed, analyzing the interfaces between public health, developmentalist thinking, the strategy for the construction of the developmentalist health and the health reform. Without refuting the pioneering nature of the sanitarians’ ideas, we argue that the Brazilian Unified Health System, Sistema Único de Saúde, was created not simply in continuation of developmentalist thinking.

Keywords: developmentalism; health reform; public health.



Há na literatura do campo da saúde coletiva uma construção que sustenta uma associação entre o movimento pela reforma sanitária dos anos 1970 e o que se denominou sanitarismo desenvolvimentista (Luz, 1986; Braga, 2006; Teixeira et al., 1988). Argumentamos que tal associação foi uma estratégia de autores dos anos 1970-1980 de criação de um pensamento precursor em uma conjuntura em que se fazia necessário fundamentar práticas e teorias com vistas à transformação das políticas e das condições de saúde brasileiras, bem como resistir ao autoritarismo do pós-1964.

Para fundamentar essa análise, buscamos nos discursos de dois sanitaristas do período desenvolvimentista – Mário Magalhães da Silveira e Carlos Gentile de Mello – reconhecer o que há de antecedentes para a reforma sanitária, que questões interessavam ser recuperadas nos 1970-1980 e que dilemas ganhavam visibilidade. Assim, buscamos compreender como se deu a construção desse lugar de “precursor” retomando o argumento do sanitarismo desenvolvimentista.

Desenvolvemos uma leitura histórica, mas que recusa a ideia de que o pensamento político – que subjaz a esses discursos e estratégias – seguiria um progresso da razão e de evolução com o tempo. Ao contrário, as marcas do tempo são marcas também de incoerências recolocadas e de efeitos imponderáveis: por isso, os autores estudados neste trabalho não são tratados como sujeitos pensantes portadores de uma consciência ampliada; eles são apenas homens do seu tempo em exercício de pensamento e ações políticas. Por outro lado, assumimos que, neste momento, estamos sim interessados em ocupar o lugar de um julgamento retrospectivo – julgamento não dos autores, pensadores, personagens, mas sim das construções argumentativas (Larrosa, 2004).

Começamos apresentando os argumentos de Mário Magalhães e de Carlos Gentile de Mello sobre a questão “saúde e desenvolvimento”. Seguimos apresentando como no período autoritário emerge a concepção de saúde coletiva e as interfaces com o pensamento desenvolvimentista. Na continuidade, retomamos o que ficou reconhecido como pensamento “sanitarista desenvolvimentista”, a partir da leitura dos autores dos anos 1970-1980, e como se configuraram em ideias precursoras da reforma sanitária, buscando reconhecer as aproximações e os distanciamentos entre os projetos desenvolvimentista, de saúde coletiva e de reforma sanitária. Encerramos explicitando por que a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) não é uma mera continuidade do pensamento desenvolvimentista.

Mário Magalhães: saúde e desenvolvimento a partir do caminho da saúde pública

Mário Magalhães da Silveira (1905-1986) construiu seu pensamento a partir da área da saúde pública, ganhando importante expressão de meados dos anos 1940 em diante, especialmente após a criação do Ministério de Saúde (MS), em 1953. Ao se dedicar à questão da relação entre saúde e desenvolvimento econômico, foi um homem de seu tempo, em um Brasil de intensas transformações nas estruturas políticas, econômicas e demográficas nacionais de reflexões sobre o desenvolvimento que ocupavam boa parte da intelectualidade do mundo todo.¹

Sua tese fundamental deriva da compreensão de que o Brasil era um país subdesenvolvido porque atrasado no processo de industrialização. Sua aposta firmava-se na precedência do

desenvolvimento econômico sobre a medicina e a saúde pública para causar impacto no quadro de saúde da população² (Silveira, 2005).

Dessa forma, seu pensamento operava uma ruptura entre os sanitários de seu tempo, sustentando que a força de alavancagem do desenvolvimento está na própria produtividade econômica; posteriormente, sob impacto do crescimento econômico, seriam alcançadas melhores condições de vida que, por sua vez, gerariam melhores condições sanitárias; decorreria disso um aumento populacional e da expectativa de vida, o que contribuiria, conseqüentemente, para o aumento da produtividade do país.

A interpretação de Mário estaria mais próxima da defesa de um desenvolvimento capitalista virtuoso, capaz de redistribuir rendas e benefícios advindos do crescimento econômico. A virtuosidade dependeria entre outras coisas do ataque às desigualdades socioeconômicas, porque elas seriam um entrave ao giro de capital necessário ao crescimento econômico.

Para Mário, as diferenças de estruturas econômicas entre os diversos países, com diferenças no poder de arrecadação do Estado, na estrutura demográfica, na distribuição populacional por ramos de ocupação, na renda *per capita* média etc., produziam, em decorrência, distintas variações de doenças prevalentes e necessidades médico-sanitárias, o que, por sua vez, inviabilizaria a construção da organização médico-sanitária segundo modelos previamente estipulados.

Assim, faz a defesa de um modelo de desenvolvimento genuinamente nacional, com prioridade no investimento em ações que repercutissem nas condições de vida da população. Com isso, apresenta-se contrário à importação de modelos sanitários como os difundidos pelas Fundações Rockefeller e Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp)³ porque valorizavam a primazia do gasto em saúde como força motriz para o desenvolvimento, bem como ao modelo de campanhas nacionais, por atuar em todo o território nacional de uma mesma forma, direcionando recursos sem reconhecimento das realidades e necessidades locais, gerando desperdício em vez de melhora nos níveis de saúde (Reis, 2015).

Esse pensamento de Mário Magalhães contraria não apenas a maioria dos sanitários brasileiros na época, mas também propostas que passaram a ganhar o cenário internacional por volta dos anos 1960, encabeçadas pelos EUA, que dariam prioridade a investimentos em saúde e educação.⁴ Seu pensamento era influenciado não apenas por posições desenvolvimentistas pendulares⁵ (Lima, Fonseca, Hochman, 2005) e formuladas por teóricos de países centrais como Myrdal e Nurkse (Cepêda, Gumieiro, 2014), mas também por outros pensadores brasileiros, como Celso Furtado e Roberto Simonsen, e por instituições dedicadas a pensar o desenvolvimento a partir de realidades periféricas, como o Instituto Superior de Estudos Brasileiros (Iseb) e a Comissão Econômica para América Latina (Cepal). Com isso, sua interpretação continha um fundamento sistêmico que permitia criticar as relações capitalísticas centro-periferia e defender que, em nossa realidade, as estratégias de crescimento deveriam ser distintas daquelas dos países desenvolvidos e distintas das várias realidades subdesenvolvidas.

Mesmo que Mário negasse a precedência dos gastos em saúde sobre o investimento em condições gerais de trabalho e de vida, ainda assim defendia um modo específico de pensar as políticas de saúde. A atuação do MS podia ser específica ou geral. Específica, por meio

do “preparo de qualquer área do território nacional de maneira a dar condições em que o homem possa viver e trabalhar”, melhorando as condições sanitárias via saneamento, propiciando políticas de povoamento e possibilitando “ampliação das áreas aproveitáveis para desenvolvimento agrícola”. Geral, por meio de “auxílio indireto ao aumento da produção”,

incrementando uma política de expansão das atividades assistenciais do interior do país. Neste sentido será da maior importância que o Ministério da Saúde, assumindo as responsabilidades que por lei lhe forem impostas de orientar as atividades dos serviços de assistência médica da Previdência Social, procure coordenar e ajustar com os programas dos órgãos do governo de forma à obtenção de maiores rendimentos (Silveira, 2005, p.362).

Esse trecho foi escrito por Mário Magalhães em 1962, para ser pronunciado pelo ex-ministro da Saúde Souto Maior, no 15º Congresso Brasileiro de Higiene. Portanto, é posterior à criação do Ministério da Saúde, cujo debate do projeto de lei que o criou envolveu a questão da incorporação das ações de saúde da Previdência Social (Hamilton, Fonseca, 2003). Apesar de não fazer referências diretas ao debate legislativo de criação do MS, com as palavras acima Mário deixa entender que sua posição seria por uma regulamentação que colocasse a cargo do MS a função de coordenar e orientar os serviços de saúde previdenciários. O interesse na coordenação do conjunto dos serviços de saúde disponíveis não envolvia o questionamento da lógica previdenciária, mas, como apresentou no mesmo texto, a ideia de evitar o “desperdício dos reduzidos recursos nacionais para assistência médico-sanitária” e “a duplicação de serviços resultante da multiplicidade de órgãos que se dedicam a tarefas semelhantes sem uma coordenação que distribua as tarefas e acompanhe os resultados” (Silveira, 2005, p.362).

Mário sustentava dois posicionamentos quanto às políticas de previdência e saúde. Primeiro, que o desenvolvimento econômico alimentava a capacidade do governo de investir no crescimento da previdência, que se traduziria, ademais, em expansão da assistência médica. Segundo, que “a saúde é um bem que se compra”, ou, “em uma palavra, a saúde de uma coletividade nacional dependerá da produtividade média da população brasileira” (Silveira, 2005, p.111). Ou seja, sendo produtiva, a sociedade adquire renda – tanto no orçamento do governo quanto nos orçamentos familiares – para satisfazer necessidades básicas e fundamentais – alimentação, moradia, vestuário – e talvez necessidades outras – educação, assistência médica, diversão – que no conjunto traduzem-se no usufruto de saúde.

No que diz respeito à compra da saúde, restam poucas dúvidas quando Mário afirma:

A elevação do nível de vida de uma população, que se traduz, em última análise, na possibilidade de utilização de mais e melhores bens e serviços, significa que se procurará defender melhor a sua saúde e vida, utilizando, em maior escala, os serviços médico-sanitários. Estes serviços, ‘quer oficiais, quer particulares’, sentindo a pressão da procura por parte da população, são levados a expandir-se, pois os recursos para sua manutenção em consequência da redução relativa dos gastos com alimentação (Silveira, 2005, p.115; destaque nossos).

Junte-se a isso a consideração de que um dos sentidos das ações de saúde pública, segundo Mário, é atuar via “programas de qualidade”, o que ele esclarece:

conhecida a alta elasticidade-renda⁶ que se reflete no consumo dos serviços médico-sanitários e o desenvolvimento que se traduz sempre em crescimento da renda real *per capita* das populações erige maior oferta desses serviços, trata-se assim de um programa de qualidade (Silveira, 2005, p.74).

Assim, o aumento de demanda esperado é inclusive de assistência médica, que estava concentrada no setor privado ou no setor previdenciário – ambos marcados por relações de economia de mercado (Braga, 2006).

Da interpretação de que as ações de saúde pública podem alavancar a saúde até como setor produtivo, decorre que entre a área da saúde pública e a área da medicina previdenciária não havia uma relação de paralelismo, mas uma relação entre dois caminhos políticos que se complementariam, pois a expansão dos serviços médico-assistenciais previdenciários seria uma decorrência do progresso econômico – apoiado pela saúde pública –, que traria aumento de produtividade, de emprego e de contribuintes.

Mário salientava que, dadas as condições de subdesenvolvimento do Brasil, a política de saúde pública deveria se orientar pelo princípio de custo/efetividade das ações propriamente médico-sanitárias, o que implicaria, necessariamente, a eleição de prioridades entre as doenças específicas a combater – o que está aquém de universalizar a saúde integral. Ademais, apesar de Mário tecer algumas considerações a respeito do sistema de aposentadorias e pensões, é inteiramente dentro do caminho político da saúde pública que ele elabora todo o seu pensamento desenvolvimentista e sanitário e faz proposição de políticas.

Mário defendeu a municipalização com a “instalação de uma rede básica de serviços de saúde pública, a cargo dos municípios, com auxílio técnico e financeiro da União e dos Estados” (Silveira, 2005, p.146). Em sua proposta, cada município deveria ter uma organização médico-sanitária que fosse compatível com suas necessidades, possibilidades e recursos, “não se submetendo a nenhum esquema pré-fabricado” (p.143). Argumentava que “mais conveniente é a diversificação dos sistemas” (p.152) e que deveria ser buscada a cobertura total da população por serviços permanentes de saúde pública: com efeito, nega a proposição de modelos de organização sanitária e aposta em uma forma de universalização diferente da que buscaríamos, anos mais tarde. A universalização proposta não ancora a ideia de sistema nacional – um conjunto de instituições integradas em torno de finalidades comuns – nem de um sistema único – um sistema organizado em torno de um arcabouço normativo, com princípios organizativos e doutrinários comuns.

Outro aspecto importante no pensamento de Mário é o fato de que o desenvolvimentismo do qual ele é representante recoloca a compreensão do papel do Estado, atribuindo-lhe a função de agente econômico e planejador. Assim, por mais que não tenha chegado a desenvolver a noção de saúde como direito, é possível reconhecer que ele tenha aberto a defesa de que a saúde fosse dever do Estado – mediante políticas sociais e econômicas que decolassem o desenvolvimento nacional, respeitando as possibilidades econômicas e financeiras do país.

O golpe civil-militar de 1964 impôs marcas a Mário, como o afastamento de suas atividades no MS e na Escola Nacional de Saúde Pública. Algum tempo depois, encontrou espaço para docência em cursos de epidemiologia, estatística, população, saúde e desenvolvimento organizados na Associação Médica do Estado da Guanabara (Ameg).

Nessa ocasião, a instituição reunia “médicos que lutavam pelo direito à saúde, tais como Samuel Pessoa, Mário Vitor de Assis Pacheco, Álvaro de Faria e Carlos Gentile de Mello. Este grupo da Ameg, já na década de 1970, esteve presente na organização do Movimento de Renovação Médica” (Campos, 2015, p.437). Esse movimento, reconhecido como um importante elemento na composição do movimento de reforma sanitária dos anos 1970-1980, foi um dos vários espaços que Mário compartilhou com outro sanitarista reconhecido como “desenvolvimentista” e precursor da reforma: Carlos Gentile de Mello, apontado por Escorel (2000, p.148-149) como “um elemento de transição, elo do antigo grupo de opositores à ideologia liberal na medicina com o movimento de renovação dos anos setenta”.

Carlos Gentile de Mello: saúde e desenvolvimento a partir do caminho da assistência médica previdenciária

Carlos Gentile de Mello (1918-1982) formou-se na década de 1940 e atuou na assistência médica previdenciária. Buscou formação complementar em gestão pública, administração hospitalar, planejamento estatal e economia. No Iseb, consolidou o argumento da relação saúde e desenvolvimento dialogando com os projetos de Estado e nação no debate político e acadêmico da época.

Dois momentos da trajetória de Gentile podem ser observados a partir de sua produção. O primeiro, de 1961 a 1974, quando apresenta questões relacionadas à organização e à administração dos serviços hospitalares, em diálogo com questões atinentes à classe médica e com as teses relativas ao debate saúde e desenvolvimento. E o outro, a partir da segunda metade dos anos 1970, quando intensifica a crítica ao modelo de prestação de serviços de saúde previdenciário, com denúncias relativas à privatização e ao papel do Estado na saúde.⁷

No primeiro momento de sua trajetória, Gentile pautou seu pensamento sobre saúde e Estado entendendo o médico como agente da transformação social e personagem estratégico na defesa da saúde. Argumentava que, se esse profissional dispusesse de condições de trabalho e remuneração adequadas não buscaria atender por produção e nem na lógica do lucro, pois seria portador de um “compromisso ético com a saúde da população” (Mello, 1964). Apostava no que ele chamava de medicina institucional, cuja existência dependia de uma política de Estado e do desenvolvimento econômico e social do país.

O pensamento de Gentile ecoa o mesmo conjunto de preocupações verbalizadas por Mário Magalhães, reclamando o compromisso do Estado com o planejamento implicado com as condições de vida e saúde da população: “sem promover o desenvolvimento econômico do país não se poderá solucionar o problema no setor específico em que atuam” (Mello, 1962, p.40). E assumia a tese desenvolvimentista que qualificava a saúde como setor indiretamente produtivo. “A assistência médica é um dos instrumentos de que a sociedade dispõe para melhorar o nível de saúde da população, nem sempre o mais importante, quase sempre não o mais importante” (Mello, 24 jun. 1974).

Também comungava com Mário a crítica à importação de modelos que não atendiam às necessidades do país e vinham sendo adotados sem planejamento dos efeitos desejados. A questão se apresentava de forma clara nos anos 1960 na análise sobre a atuação da indústria farmacêutica e do capital estrangeiro.

segundo as estimativas mais otimistas, 80% da indústria farmacêutica se encontram sob o controle de empresas estrangeiras que auferem lucros, em alguns casos, superiores a 250% ao ano. Como tal situação onera sobremodo a assistência médica, não se pode vislumbrar outra alternativa senão a intervenção estatal no setor de produtos farmacêuticos (Mello, 1962, p.36).

Gentile também trazia para discussão aspectos da lógica da assistência médica previdenciária que eram estranhos ao debate da saúde pública. Merece destaque a questão do entendimento da prática médica como atividade econômica, aspecto-chave para a compreensão das distorções presentes na organização dos serviços e na prática médica no âmbito da assistência médico-previdenciária (Noronha, 2015). Gentile torna-se um importante precursor dessa questão, que mais adiante tomará boa parte das discussões em torno da reforma sanitária.

Nesse rastro, Gentile começa um esforço de deslindar as diversas formas de destinação de recursos para a saúde a partir da administração pública, realizando vários estudos⁸ sobre a assistência hospitalar, os planos de saúde, a medicina previdenciária, a mercantilização e o empresariamento da medicina que permitiram vislumbrar o peso econômico e político das atividades médicas, e defender a regulação do Estado como modo de evitar processos perversos para o sistema e para a saúde da população.

Para Gentile, a regulação da prática médica deveria ocorrer a partir da ampliação de serviços médicos institucionais, em uma estreita relação e aproximação da medicina previdenciária com a saúde pública, sem redução de benefícios. Um primeiro passo na construção de uma medicina institucionalizada seria a unificação dos institutos. Atacava o uso irracional dos recursos da previdência e apostava na unificação para uma oferta de serviços em economia de escala, possibilitando um avanço no aperfeiçoamento do sistema na prestação de serviços médicos (Mello, 1962).

Sua defesa da medicina institucionalizada, porém, não o colocava nesse momento na perspectiva do direito à saúde, e sim de um sistema de prestação de serviços de saúde organizado pelo Estado com garantia de acesso à assistência médica pelo trabalhador. Ou seja, não fazia um debate sobre os que estavam fora da lógica previdenciária. Gentile, tal como Mário, acreditava que o seguro seria suficiente para garantir a cobertura assistencial em uma aposta que o desenvolvimento geraria trabalho para todos. O desenvolvimento produziria como consequência a inclusão, e a política previdenciária teria um papel como política redistributiva.

No momento em que o novo Ministério da Previdência e Assistência Social anuncia que o seu campo de aplicação pretende ser universal, protegendo toda a população brasileira, parece oportuno rememorar esses elementos de natureza histórica, ressaltando, por outro lado, que sob o ponto de vista doutrinário o setor de proteção e recuperação da saúde deve ser instrumento de redistribuição da renda (Mello, 9 set. 1974).

Enquanto a inclusão não ocorresse, caberia ao Estado planejar políticas para enfrentar os problemas que afetavam a população que se encontrava distante dos centros urbanos, em regiões desprovidas de médicos e serviços de saúde. Três questões apresentam-se para debate.

A primeira, a argumentação em torno da associação entre médicos e desenvolvimento regional, indicando a dificuldade de manter profissionais médicos em localidades sem condições de vida e padrão econômico (Noronha, 2015). A associação entre a distribuição de médicos pelo território brasileiro e a distribuição das agências bancárias apresentava-se como exemplar – “é impressionante a analogia que se verifica entre a relação nominal dos municípios sem médico e sem agência bancária” (Mello, 1969, p.849) – e remetia ao debate sobre a política de desenvolvimento, com uma análise mais abrangente para o setor saúde. Gentile reforçava nos anos 1960 uma situação que Mário começou a denunciar na década de 1940: período de intensa urbanização e industrialização, com grande número de cidades brasileiras que não dispunham de serviços “primários” como água e esgoto.

A segunda questão apontava para a distribuição de médicos pelo território, reforçando a proposta de inserção de outros profissionais nas localidades de modo a garantir alguma assistência à população. Gentile fazia a defesa de uma prática de saúde exercida por “subprofissionais”, que seriam responsáveis pelo combate às doenças de massa, com utilização de técnicas simples, aproximando-se das proposições dos sanitaristas (Mello, 1969).

Por último, trazia o tema da formação dos médicos como uma prerrogativa para mudança concreta na prática médica, devendo ser pauta da política e do planejamento estatais. Expunha a visão de uma lógica fragmentária que deveria ser combatida: “da mesma maneira que não se justifica a existência de órgão de saúde pública sem atividade assistencial, também não se explica órgãos assistenciais sem a atividade de saúde pública” (Mello, 1962, p.29-30). Assim, responsabilizava a prática médica e a formação profissional, incorporando uma crítica similar à de Mário aos sanitaristas formados na perspectiva sespiana: a inadequação das escolas médicas com currículo voltado para doenças prevalentes nos países desenvolvidos.

O tom crítico, denunciativo e propositivo de Gentile revela certa herança do debate promovido por Mário sobre “saúde e desenvolvimento”, sem deixar de exibir diferenças advindas de suas inserções em campos de experiências distintos.

As propostas desenvolvimentistas para a saúde encontraram maior expressão no período da terceira Conferência Nacional de Saúde (1963), tendo Mário Magalhães como secretário-geral.

A conferência ocorreu em contexto que se apresentava favorável às mudanças, com as Reformas de Base propostas pelo governo João Goulart. A tese central da conferência era de que o exame geral da situação sanitária e a definição de programas de saúde, ajustados às necessidades de saúde do povo brasileiro, concorreriam para o desenvolvimento econômico do país (Brasil, 1963).

Em torno da ideia de desenvolvimentismo existem diferentes projetos em disputa na trajetória brasileira, com pelo menos cinco posicionamentos bem delimitados: a perspectiva neoliberal; os defensores do setor público não nacionalista; os defensores do setor privado; os defensores do setor público nacionalista; e os que assumem a perspectiva socialista (Bielschowsky, 2004). O desenvolvimentismo experimentado entre os anos 1950 e início dos anos 1960, com o qual Mário Magalhães e Gentile eram afins, era de inspiração pública nacionalista, tendo o economista Celso Furtado como importante idealizador. Furtado foi responsável pela criação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), em 1959, foi diretor da área de desenvolvimento da Cepal, idealizou o Plano Trienal de

Desenvolvimento Econômico e Social, foi ministro do Planejamento no governo João Goulart e participou da construção da proposição sobre as Reformas de Base. Mário Magalhães trabalhou na Sudene a convite de Furtado no período de 1959 a 1961 (Campos, 2015). Mas o golpe civil-militar de 1964 interrompeu o processo político em curso nesses anos. Como um “elemento de transição” (Escorel, 2000), Gentile ainda foi vocalizador das propostas desenvolvimentistas até início dos anos 1970, mas nesse período houve uma espécie de esgotamento dessas ideias. A orientação governamental para a saúde (tanto para a saúde pública como para a medicina previdenciária) inicia um novo ciclo, e o projeto desenvolvimentista segue também uma nova orientação.

O desenvolvimentismo e a saúde coletiva

Uma inflexão importante no projeto desenvolvimentista ocorre com a ascensão do governo autoritário em 1964 assumindo uma perspectiva de fortalecimento e expansão do setor privado e do setor público não estatal como estratégia para o crescimento (Singer, 2014).

As propostas desenvolvimentistas para a saúde, apresentadas na terceira CNS, enfatizando um planejamento de Estado para a saúde, foram ressignificadas. Em 1967, o então ministro da Saúde, Leonel Miranda, anuncia um plano que propõe “a privatização integral do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, regime de livre escolha do médico e do hospital pelo cliente e participação compulsória direta e imediata do usuário no custeio dos serviços” (Mello, 1968, p.139). A reação ao documento foi imediata e não possibilitou a implantação do plano tal como desenhado pelo MS, mas seguiram-se ações que de alguma forma conduziam para um modelo de sistema de saúde com ênfase na prestação de serviços médicos (Braga, 2006; Almeida, 2006).

Não apenas por conta da direcionalidade do Plano Leonel Miranda, mas também por várias outras distorções, Gentile reforçaria as críticas aos planos que preconizavam a interiorização da medicina descolada de políticas concretas que modificassem a situação econômica e social das regiões do país.

Na medicina previdenciária, a expansão de um modelo privatista na prestação de serviços de saúde consolida-se a partir da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (1966). Em um primeiro momento, a unificação parecia vir ao encontro da lógica planejadora desenvolvimentista da saúde, que apontava como necessário o uso mais racional dos recursos da previdência. Mas o caminho adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), após seis anos do processo de unificação, apontava o oposto; o órgão havia produzido pulverização e dispersão dos recursos financeiros do INPS, com “a privatização das atividades médico-assistenciais introduzindo um componente novo no funcionamento do regime de seguro social: o lucro auferido por grupos estranhos ao sistema” (Mello, 5-6 ago. 1972). Os efeitos da privatização indicavam “uma inevitável, comprovada e significativa diminuição dos padrões qualitativos do exercício profissional da medicina” (Mello, 5-6 ago. 1972).

Nesse momento, acirrava-se a tensão construída entre uma medicina de interesse público e uma medicina privada. Gentile deslinda o emaranhado das formas de privatização da medicina e afirma categoricamente que “os serviços próprios são, regra geral, os que

apresentam melhores padrões técnicos e científicos, quaisquer que sejam os indicadores utilizados para aferir o nível técnico da assistência médica” (Mello, 28 jan. 1974).

Esse argumento será recurso de ataque ao mecanismo da livre escolha, seja por gerar uma lógica de consumo de serviços de saúde pela perspectiva do mercado, seja por criar problemas administrativos e de descontrole dos recursos da unidade de pagamento.⁹ A crítica se construirá em torno do crescimento do setor privado empresarial inserido no sistema previdenciário, e não do autônomo (médicos independentes). Com suas análises, Gentile denunciava a mercantilização da medicina com o patrocínio do Estado e o desinteresse na consecução de um modelo que tivesse como foco a prevenção e o cuidado adequado em saúde.

Gentile passa a comparar os gastos em saúde na assistência previdenciária com os gastos em saúde pública e constata uma diminuição gradativa de recursos para a última, tornando a estrutura administrativa do MS obsoleta, inoperacional e ineficiente, permeada pela privatização e pelo privilégio da assistência hospitalar. Nesse contexto, estabelece análises sobre os caminhos políticos distintos assumidos pela saúde pública e pela medicina previdenciária.

As análises de Gentile inserem-se também em outro momento do período desenvolvimentista autoritário, quando se intensificam as críticas em torno da estratégia político-econômica adotada e o debate político-social expande-se, com a pressão de diferentes movimentos sociais. É nesse período que o movimento da reforma sanitária começa a apresentar-se de forma mais organizada em torno de uma identidade e de propostas.

A pressão pela abertura política e a preocupação com a manutenção da orientação econômica levaram a uma inflexão gradativa do governo a partir de 1974, com uma estratégia de distensão “lenta, gradual e segura”. Como resposta à questão social, apresenta-se em 1975 o segundo Plano Nacional de Desenvolvimento, com ênfase na área social. Nesse contexto, a proposta de criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi particularmente importante, com uma movimentação do MS para criar estratégias de integração (Faria, 1997).

O debate em torno de propostas de integração fez emergir disputas políticas entre burocracias, grupos de interesse e agentes políticos que envolviam a saúde e a previdência. Conforme Gentile, iniciou-se “uma ‘luta de foices no escuro’; a foice, evidentemente em poder do Ministério da Previdência, que dispõe dos recursos financeiros” (Mello, 11 ago. 1975; destaque no original).

Vários foram os obstáculos ao SNS, entre eles a ausência de uma política de saúde. Apresentava-se uma crítica à burocracia do INPS que bloqueava a integração, preservando a tutela dos recursos dos serviços de saúde, recursos que eram drenados para instituições privadas.

É nesse contexto que há uma inflexão no pensamento desenvolvimentista de Gentile. A tese de que o desenvolvimento econômico seria acompanhado de desenvolvimento social estava *sub judice*. O ciclo acelerado de crescimento econômico não tinha sido acompanhado de melhora nos níveis de vida da população.¹⁰ A saída para romper o círculo vicioso da pobreza e da doença não poderia restringir-se ao investimento em áreas que promoviam o desenvolvimento econômico, mas deveria constituir uma política clara de redistribuição social e enfrentamento da dinâmica de enriquecimento de alguns grupos.

Gentile traz para debate os indicadores de saúde e a piora nas condições de vida e apresenta como principal argumento explicativo para o não desenvolvimento social na área da saúde a medicina privatizada. Em suas análises sobre a medicina de grupo e o seguro privado no Brasil, é taxativo: “se trata de modalidade de financiamento que não pode ser generalizada; uma solução bem distante da universalização” (Mello, 1983, p.78); “longe de representar uma solução para o financiamento da assistência médica, contemplando, tão somente, as parcelas da população de melhor nível de renda, cada vez mais restritas” (p.110). Seu argumento central se sustentará na responsabilidade do Estado na garantia de um padrão de desenvolvimento que não seja reprodutor da desigualdade, em uma lógica pública e não sujeita às interferências do mercado. Esse argumento será o mais próximo do consensual no movimento de reforma sanitária.

Nesse percurso, Gentile foi protagonista de um pensamento que, primeiramente, fez os sanitaristas migrarem de um debate circunscrito à saúde pública para um debate que envolvia a assistência médico-previdenciária, fazendo emergir, ainda no seio do debate desenvolvimentista, a dicotomia entre os dois setores. Em segundo lugar, criou o argumento tanto para uma ponte entre ambos os setores quanto para a defesa de uma medicina institucionalizada e do direito à saúde integral em resposta ao esgotamento das teses desenvolvimentistas.

Assim, ajudou a entender os diferentes caminhos políticos na área da saúde, o que contribuiu para o reconhecimento dos atores e interesses no jogo político que se estenderia dos anos 1970 em diante. Acontece que isso não esgota o conjunto de argumentos construídos naquele período, que foi também de emergência do que ficou reconhecido como campo da saúde coletiva.

Para entender como converge o pensamento de Gentile com a trajetória de constituição de um novo enunciado em torno da saúde, é preciso acessar outro âmbito do debate que ocorre no contexto das universidades e estabelece uma conexão entre formação e prática médica.

Como sinalizado, a formação médica era um dos focos de análise de Gentile, que percebia na relação estabelecida entre o médico e o paciente um elemento importante de sustentação de uma prática privatizada. Será também a partir do debate sobre a formação que os Departamentos de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo se debruçarão entre 1969 e 1973 sobre uma análise específica do projeto de medicina preventiva e comunitária, saindo do recorte específico das ciências da saúde (Tambellini, 2003). O debate regional encontrava adeptos nos debates nacional e internacional, em diálogo com a Organização Pan-americana da Saúde e docentes da América Latina, como Juan Cesar Garcia, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh e outros.

A crítica à medicina preventiva e à prática médica significou um ponto de inflexão importante no debate, sendo as teses de Donnangelo (defendida em 1974) e Arouca (defendida em 1976) mais uma contribuição com vistas a uma ruptura com a leitura desenvolvimentista vigente.

Ambos partem da análise marxista para denunciar na prática da medicina preventiva o que Arouca resumiu como um modelo mitificado e desteorizado do social. O autor desnuda uma relação entre ciência e sociedade que se baseia em um “pensamento circular

a partir de um ponto no qual a homogeneidade das categorias (biológicas, econômicas, sociais etc.) faz que, a partir de qualquer lugar, se mova a roda do processo social, em um movimento ascendente de espiral” (Arouca, 2003, p.125). O sentido ascendente dessa espiral seria o mesmo do progresso e do desenvolvimento econômico vendido pelos teóricos desenvolvimentistas.

Nessa perspectiva, a medicina preventiva operava um ofuscamento sobre o processo de determinação social da doença ao adotar uma interpretação de multicausalidade da história natural da doença, reduzindo o social a apenas mais uma variável do modelo explicativo. Com isso, Arouca explora o fato de que a medicina preventiva não produziria novos conhecimentos, nem mudanças na atenção médica, muito menos questionamentos sobre a estrutura social, mas um movimento ideológico que tomava o homem – no caso, o médico – como se fosse livre de determinações e onipotente para instaurar novas relações sociais por meio de uma atitude preventivista – engodo que não permitiria reconhecer o processo de determinação social da doença.

Donnangelo soma contribuições nesse debate ao realizar a leitura histórica e social da medicina e olhar a reprodução social da prática médica discutindo a medicalização da exclusão, da pobreza e da desigualdade (Schraiber, 2011). Ao explicar o processo histórico de reformulação das relações capitalistas de trabalho e seus efeitos na prática médica, denuncia uma substituição progressiva da medicina liberal por modos de produção que levaram à separação do trabalhador médico de seus meios de trabalho.

Segundo Donnangelo e Pereira (2011), os efeitos dessa medicina protagonista das relações de produção capitalista são explicitados no plano do ato terapêutico individual, no plano da clínica, com a expansão da produção de serviços e a generalização do consumo.

Os autores denunciam não apenas a medicina comunitária como apaziguadora e reprodutora das desigualdades inerentes ao modo de produção capitalista, mas também a atuação do Estado desenvolvimentista, agente privilegiado de promoção de políticas sociais destinadas a proporcionar o aumento de consumo de bens e setores específicos (como educação, habitação etc). São políticas que não se adequariam de imediato aos interesses dominantes, mas certamente não alterariam a estrutura social e produtiva, antes conservariam a estrutura desigual.

As contribuições de Arouca e Donnangelo constroem os argumentos que denunciam as medicinas preventiva e comunitária como projetos conservadores. Elas não apresentavam novo arcabouço conceitual, mas investiam em estratégias de reorganização da escola médica e da prestação de serviços, respectivamente, por meio de uma matriz racionalizadora e adequada à racionalidade desenvolvimentista da política externa do principal centro de desenvolvimento econômico mundial, os EUA. Nessa matriz, toda formulação de projetos colocava a saúde como indicador de falência e pobreza.

Essas produções que permitiram a crítica e a ressignificação das medicinas preventiva e comunitária formaram, junto com outras contribuições críticas do período, um conjunto de estudos que extrapolava o campo estrito da saúde pública como até então ela se organizava.

Ao mesmo tempo que foram possíveis estudos oferecendo uma clara ruptura com as teses desenvolvimentistas, foram recuperadas teses dos velhos sanitaristas implicados com o projeto de desenvolvimento, em especial o não reducionismo à leitura biológica

das doenças. Suas contribuições já engrossavam certo sentido de “social” e “coletivo” na medicina e na saúde. É nesse caldo de produções que essas posições, antes de se anularem, convivem e disputam narrativas (Paiva, Teixeira, 2014; Teixeira, Paiva, 2018). No campo político, essa disputa opera na construção de um projeto de reforma sanitária implicado com o projeto democrático e com o enfrentamento das desigualdades sociais.

A saúde coletiva, a reforma sanitária e a construção do sanitário desenvolvimentista

A difusão da crítica ao projeto da medicina preventiva e comunitária e a oferta de ideias em torno de uma medicina social possibilitam que, nos anos 1970, novos projetos de formação sejam experimentados e o debate político-social ganhe contornos mais nítidos. Em 1976, constitui-se o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), e, em 1978-1979, organiza-se a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Duas instituições articuladas e engajadas no debate da saúde; uma voltada para a articulação política, e a outra dedicada ao projeto acadêmico-formativo.

O debate em torno de um novo projeto para a saúde, que já apontava a crítica ao desenvolvimentismo, lançava ideias de um projeto socializante do Estado.

Teixeira (1988, p.196) afirma que o “movimento [sanitário] opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como da sua ineficiência”.

Costa Filho (1978, p.66) apontava a derrocada das teses desenvolvimentistas após o milagre econômico e afirmava que “o como se processa o desenvolvimento não é alheio ao a quem este beneficia”: no capitalismo, o desenvolvimento se produz à custa do consumo da mão de obra. Mesmo reconhecendo que a destruição do capitalismo não estava na ordem do dia, conclamava a pensar outra teoria explicativa para as relações entre nível de saúde e economia, incorporando outros conceitos, como os de estrutura e classe social. Para o autor, o trabalho sanitário deveria se associar à luta pela transformação das relações sociais (e, naquele momento, isso significava fortalecer o movimento pela democratização do país).

Nesse sentido, a tônica da democratização unia leituras distintas, independente da adesão a um projeto socialista. Destacamos a contribuição de Fiori (1993, p.35), que denuncia o fato de que o Estado desenvolvimentista não computou a participação democrática, “e jamais patrocinou, por consequência, a institucionalização de estruturas que pudessem dar conta das pressões pela ampliação da cidadania política e social”. Isso levaria o movimento pela reforma sanitária dos anos 1970 a acusar o fato de que o desenvolvimentismo nunca serviu à ampliação do escopo da proteção social, mas apenas ao desenvolvimento das próprias margens de crescimento do capital.

Em suma, ainda que houvesse alguma aposta em um projeto socializante, sabia-se que a perspectiva socialista não era uma opção viável no Brasil dos anos 1970. No contexto da ditadura, qualquer proximidade com o projeto socializante poderia significar enfrentamento e perda do espaço político para a construção da reforma (Tambellini, 2003). Assim, investia-se mais em uma preocupação de mediação para consolidação de uma política de saúde democrática.

Nesse contexto, o retorno aos argumentos desenvolvimentistas dos anos 1950-1960 parece ter se configurado como estratégico. Para avançar no projeto de reforma foi necessário buscar no passado alguns projetos políticos com fins de legitimação do presente – como uma espécie de recuperação daquilo que foi possível pensar apenas em contexto democrático.

Retomam-se algumas das teses que estavam presentes no momento da realização da terceira CNS, e é feita uma releitura do projeto à luz do debate dos anos 1970. Dois estudos resumem essa construção: a tese de doutorado de Madel Luz sobre as instituições médicas e a dissertação de mestrado de José Carlos Braga sobre as políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária. Ambos os estudos contribuíram para a construção da “categoria” que viria ser conhecida, a partir dos anos 1970, como sanitarismo desenvolvimentista, anunciada a partir de então como um pensamento desenvolvido na democracia pós-Estado Novo e adequado às transformações socioeconômicas do país (urbanização, industrialização etc.). No entanto, esse sanitarismo desenvolvimentista propagado nos anos 1970, se por um lado evocava a produção de Mário, Gentile e outros – então reconhecidos como precursores da reforma sanitária –, por outro, passava pela intencionalidade de uma narrativa voltada para a construção de projetos de reforma sanitária que não chegaram a ser enunciados exatamente dessa forma pelos seus ditos precursores.

Um ponto em comum das narrativas produzidas sobre o sanitarismo desenvolvimentista é sua imediata caracterização como oposição ao sanitarismo campanhista.

Na construção desse aspecto, segundo Braga (2006), a saúde pública tradicional, campanhista, era organizada por programas limitados diante das necessidades de saúde da população, da capacidade financeira reduzida e do alto custo decorrente dos requisitos técnicos adotados. Mantinha uma lógica centralizadora, vertical, e preconizava uma uniformização que produzia efeitos nocivos de desarticulação com os serviços estaduais.

Para o autor, o sanitarismo desenvolvimentista teria surgido nos anos 1950 com questionamentos a essa saúde pública e com propostas de concentração dos recursos do Estado em medidas desenvolvimentistas – a ideia de investir na industrialização antes que na saúde.

Luz (1986) também apresenta uma leitura dessa oposição. Para a autora, os desenvolvimentistas se opunham ao campanhismo na medida em que este se reduzia ao combate a doenças de massa mediante ações saneadoras e imunizantes uniformizadas e pontuais. Diferente disso, os desenvolvimentistas propunham uma descentralização dos serviços e a adoção do planejamento como estratégia para evitar dispersão de recursos, repetição e justaposição de atividades que deveriam ser “integradas” e conduzidas por serviços permanentes de saúde pública. Com a lógica do planejamento, esses serviços deveriam garantir “universalização da atenção médica”, iniciando pela ampliação da cobertura de uma “rede básica”.

Assim, a estratégia discursiva fundamental para forjar o sanitarismo desenvolvimentista nos anos 1970 foi consolidar uma oposição entre campanhistas e desenvolvimentistas. Estratégia que permitiu, a um só tempo, tanto voltar às construções propositivas possíveis na democracia pré-golpe de 1964 quanto avançar em uma oposição crítica à saúde pública tradicional (campanhista) e propor pontos fundamentais para o que se tornaria a reforma sanitária, com destaque para a defesa da unificação, da integração e da universalização.

O que veremos é um esforço de construir caminhos possíveis que, se não levariam a um socialismo, deveriam levar ao mais próximo disso – mesmo que produzindo acomodações ao Estado capitalista do qual dispunham.

Outra importante dicotomia construída na recuperação das teses desenvolvimentistas é a que se instala entre saúde pública e medicina previdenciária. Dicotomia nunca anunciada por Mário, e apresentada por Gentile apenas após o esgotamento das teses desenvolvimentistas, que abalava a aparente coerência entre a lógica previdenciária e o processo de expansão do capitalismo de base industrial.

Braga (2006, p.52) refere-se a “dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária”, que comporiam uma política nacional, e marca as diferenças entre ambos.

Diferente do estudo de Braga, o de Luz não parte de uma dicotomia entre setores, nem apresenta o sanitarismo desenvolvimentista reduzindo-o à oposição ao campanhismo. Constrói, no entanto, uma análise dos discursos que contribui para a construção de uma compreensão geral de que, no seio da saúde pública, o discurso dos desenvolvimentistas foi aquele que sustentava críticas mais amplas e complexas, que ora eram dirigidas à atuação do Sesp, ora ao discurso campanhista, ora ao assistencial privatista. Segundo Luz (1986, p.93), o discurso sanitarista desenvolvimentista denunciava a inadequação das unidades sanitárias sespianas, formuladas no exterior e aplicadas aqui, ignorando que “o problema da saúde é basicamente o problema do subdesenvolvimento; encontra-se, etiologicamente, na Economia, e não na Medicina”, já que o estado de saúde da população dependia das “condições globais de trabalho”.

De acordo com Luz, em relação ao modelo securitarista da Previdência, o sanitarismo desenvolvimentista condenava a generalização da atenção médica com serviços hospitalares de “medicina privada”, superespecializados e de alto custo. Teria havido uma disputa entre estatização e privatização, retratada na área da saúde pública nas recomendações do 15º Congresso Brasileiro de Higiene (1962), que se manifestava contra sistemas de livre escolha em órgãos governamentais e autárquicos e favorável à prestação de assistência por meio de serviços próprios.

A questão da organização dos serviços em âmbito nacional também permitia instalar uma disputa dicotômica. Enquanto o discurso desenvolvimentista fazia a defesa da municipalização – descentralização geográfica e centralização institucional – dos serviços de saúde, uma parte do discurso da área previdenciária defendia a centralização e unificação.

A riqueza da interpretação de Luz está em mostrar que as disputas discursivas eram mais complexas que a leitura dicotômica da saúde pública *versus* previdência, mas foi dessa forma que os projetos políticos foram se desenvolvendo. A instauração dessa dicotomia entre setores, somada à dicotomia entre campanhistas e desenvolvimentistas, serviu ao fortalecimento da defesa da unificação, da integração e da universalização, que mais tarde se consolidaria na ideia de um sistema de saúde que fosse único.

O próprio conceito de integralidade como apresentado na Constituição Federal de 1988 – “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988) – parece ser desdobramento da propalada dicotomia entre saúde pública e previdência. Derivava dessa dicotomia, a leitura da reforma sanitária, que encontrava na crítica ao campanhismo não só o argumento para a descentralização

político-administrativa, mas também para correção da fragmentação que haveria entre ações assistenciais, curativas, individualizadas – reconhecidas como próprias do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – e ações preventivas e de massa – reconhecidas como típicas do MS.

A esse diagnóstico de fragmentação sobrepõe-se o diagnóstico da disputa entre uma lógica privatizante da medicina de seguros e uma racionalidade focalizadora da saúde pública. Para Gentile, mudar essa organização perversa significava afirmar um direito universal e integral à saúde, com recursos e estrutura do Estado. Esse é um exemplo interessante para explicitar o que estamos entendendo como construção de narrativas estratégicas: para chegar à defesa da integralidade e do direito à saúde, Gentile passou por um percurso de pensamento que incluiu a percepção da derrocada do desenvolvimentismo. Foram as propostas que ele construiu a partir dessa percepção que são retomadas para pensar a política de reforma sanitária, que argumenta sua legitimidade na busca dos desenvolvimentistas precursores.

A defesa do direito à saúde dificilmente poderia ser encontrada, pelo menos com essas palavras, nos escritos de Mário. O percurso de pensamento de Gentile, porém, foi sólido o suficiente para fazer um giro argumentativo: percebendo que a ascensão do privatismo na medicina previdenciária em tempos de crescimento econômico produzia exclusão tanto desse modelo securitarista quanto da saúde pública arrojada, Gentile passou a vocalizar a noção de que a saúde deveria ser direito de todo cidadão, a ser garantido pelo Estado. Essa mudança de ênfase serviu à reforma sanitária sustentando não apenas diretrizes organizativas para um sistema de saúde, mas principalmente o princípio constitucional da universalização do direito – talvez o princípio mais revolucionário do período. Mais uma vez, é a partir de um desdobrar de dicotomias (preventivismo x curativismo, saúde pública x previdência etc.) que se produzem diagnósticos de problemas que justificam novos projetos para a saúde.

Embora Mário não tenha desenvolvido argumentos que traziam a perspectiva do direito, contribuiu para propagar outra importante ideia encampada também por Gentile, e que encontrou forte eco não tanto na reforma sanitária, mas no campo da saúde coletiva, derivando para as propostas de formação em saúde. Segundo Luz (1986), os sanitaristas desenvolvimentistas procuravam distinguir “sanitarismo” ou “estado sanitário” de “condições sanitárias” ou “condições de saúde”: àqueles corresponderiam necessidades médicas, e a estes corresponderiam condições de vida socioeconômicas. Essa distinção aponta um modo de incorporação do ideário veiculado pela Organização Mundial de Saúde de que saúde é mais do que ausência de doença, e, portanto, exige modificações na estrutura econômica. Luz (1986) também destaca no sanitarismo desenvolvimentista uma ênfase na racionalidade do planejamento que recoloca o Estado no seu papel de agente econômico e planejador. De um lado, isso reforça a responsabilidade do Estado no direito e na universalização das ações de saúde, e, de outro, permite a proposta de um sistema com arranjo organizativo descentralizado geograficamente e centralizado institucionalmente. Planejamento e descentralização parecem ser argumentos também para a integração das atividades curativas e preventivas sob comando único – englobando atribuições anteriormente assumidas pelo MS e pelo Inamps.

Além disso, a compreensão do sanitarismo desenvolvimentista de que cada sociedade, segundo seu estágio de desenvolvimento, apresenta uma composição e uma distribuição

populacional das quais decorre o quadro nosológico e a crítica ao sanitarismo campanhista – considerado descolado das necessidades de saúde da população e das condições econômicas regionais – reforça a defesa da reforma sanitária da descentralização político-administrativa dos serviços de saúde para estados e municípios.

Talvez seja possível extrapolar essas intenções explícitas dos projetos de reforma sanitária e alcançar um importante dilema que reverberou na Constituinte: o modo como pôde ser pensado o planejamento e como a descentralização foi capaz de acomodar a convivência dos serviços públicos próprios com estabelecimentos privados em caráter “complementar”. Das teses do sanitarismo desenvolvimentista, seguiram adiante a rejeição do sistema de livre escolha e a proposta de institucionalização de todos os serviços, incluindo os prestadores privados, na forma de submissão a um conjunto de normas do que viria a se configurar como o SUS.

No auge do momento de reconstrução da política de saúde pós-ditadura civil-militar, as normas institucionais (Constituição Federal de 1988 e Leis Orgânicas da Saúde [lei n.8.080/1990 e lei n.8.142/1990]) pareciam ter a pretensão de docilizar o setor privado que seria complementar, submetendo-o ao consenso maior do direito à saúde sob responsabilidade do Estado.

Afinal, o que há de novo na reforma sanitária dos anos 1970?

As teses desenvolvimentistas vocalizadas até o início dos anos 1960 não eram exatamente precursoras de um projeto de universalização da saúde; ao contrário, havia um entendimento de que a saúde individual era algo a ser conquistado no mercado, a partir da inserção no trabalho, sendo responsabilidade do Estado a saúde da coletividade.

A inflexão no discurso desenvolvimentista da década de 1960 foi feita por Gentile nos anos 1970, com uma percepção clara de que o projeto econômico de expansão da economia, preconizado pelo modelo desenvolvimentista, não levaria necessariamente à melhora de vida e saúde da população. Suas análises sobre a privatização da medicina previdenciária e a fragmentação das ações de saúde levaram a um posicionamento diferenciado com relação ao projeto preconizado nos anos 1960. Da leitura de Gentile, a reforma dos anos 1970-1980 abraçou a caracterização dos setores saúde e previdenciário, e aprofundou a crítica à privatização da saúde reunindo elementos para a defesa de um modelo integrado, universal e integral de prestação de serviços de saúde.

Das interpretações desenvolvimentistas dos anos 1950-1960 ficaram a crítica à leitura biologizante da saúde e o entendimento do papel do Estado na garantia de condições de vida adequadas que possibilitassem a obtenção de saúde.

Mas também se mantiveram nos anos 1970-1980 práticas institucionalizadas nos campos da saúde e da medicina previdenciária que não sofreram revisão com o projeto da reforma sanitária, a saber: a incorporação das demandas de planejamento; os programas de integração docente-assistencial como na proposta da medicina preventiva; os programas de medicina comunitária e atenção primária de baixo custo; a incorporação de trabalhadores comunitários auxiliares e sem formação profissional. Minguaram as críticas de Donnangelo, e as leituras de determinação social foram distorcidas em análises de “determinantes”.

A conclusão da pesquisa “Antecedentes da reforma sanitária” caracteriza a conjuntura dos anos 1970-1980 como “modernizante-autoritária” e explica que

não houve uma ruptura com o período anterior em termos do padrão de acumulação que se delineara até então. Ao mesmo tempo, não ocorreu uma mudança no caráter capitalista e dependente do Estado; a mudança ocorreu no caráter capitalista do regime, isto é, no ordenamento político, jurídico e institucional que regula as relações intergovernamentais e as relações entre governo e sociedade civil (Teixeira et al., 1988).

Concluímos que o que foi levado a cabo como reforma sanitária não é mera continuidade do pensamento sanitarista desenvolvimentista simplesmente porque não manteve coerência com todos os argumentos apresentados nos anos 1950-1960, porque teve que lidar com suas contradições (expressas por parte do campo da saúde coletiva, especialmente nos trabalhos de Arouca e Donnangelo), porque passou pela releitura do debate dos anos 1970 (por exemplo, nos trabalhos de Braga e Luz) e porque passou pelo crivo das concessões e acomodações da prática política, que àquela altura envolvia não apenas os espaços de debate acadêmico, mas também outras formas de organizações e movimentos sociais (Gerschman, 2004). Não é mera continuidade do pensamento sanitarista desenvolvimentista porque o contexto era outro, os atores eram outros. Há uma recuperação de teses que podiam reforçar um movimento político dos anos 1970-1980, mas também uma adaptação dessas teses ao debate da época. Houve uma mediação que também deixou de lado o enfrentamento de questões estruturais, uma vontade de mudança que ficou postergada, mas sinalizada na construção de novas práticas. De certa forma, uma ambiguidade, com crítica à estrutura e apontando para novas práticas, mas também manutenção de um modelo que acomodou interesses e não possibilitou a construção do novo.

É inegável, contudo, que houve a recuperação dos argumentos desenvolvimentistas, e, nesse sentido, aqueles sanitaristas dos anos 1950-1960 puderam ser precursores. Com isso, arriscamos dizer que talvez o escopo desenvolvimentista fosse mais pragmático, no sentido de ser mais facilmente adaptável ao modo de operação do Estado no sistema político-econômico capitalista. O que se queria era uma nova sociabilidade – saúde e democracia –, mas nunca se logrou mudar o modo de fazer política, o modo como o Estado opera.

NOTAS

¹ São escassos os estudos que aprofundaram a análise do pensamento de Mário Magalhães; destacam-se duas referências: Reis (2015), que revisita o pensamento sanitário brasileiro entre os anos 1940 e 1960 para refletir sobre a relação saúde e desenvolvimento, tomando de empréstimo as formulações de Mário Magalhães; e Escorel (2015), que descreve a trajetória profissional do sanitarista tendo como pano de fundo seu pensamento crítico sobre as conjunturas nacionais e as políticas de saúde adotadas.

² Dialoga com Gunnar Myrdal, economista e sociólogo que sustentava a tese da “causação circular cumulativa” para designar o processo acumulativo no qual “a pobreza se torna sua própria causa”. Myrdal acreditava que a situação de subdesenvolvimento não era imutável, apostando na possibilidade de romper essa circularidade pelo planejamento e pela intervenção política (Cardoso, 2012). Apostava em um pensamento econômico que realizasse uma análise mais geral dos fatores econômicos e não econômicos, tendendo a não afirmar a primazia do gasto em saúde.

³ O Sesp foi criado em 1942 no Brasil em convênio com órgãos do governo estadunidense e sob o patrocínio técnico e financeiro da Fundação Rockefeller, instituição não governamental dos EUA que atuou na

produção de acordos sanitários com vistas a ações tanto de formação em saúde pública quanto de execução de serviços de profilaxia (Muniz, 2013).

⁴ Entre os projetos de acordos pan-americanos está a Aliança para o Progresso, de 1961, da qual deriva a Carta de Punta del Este, que constrói acordos de investimentos para o desenvolvimento nas áreas de reforma agrária, habitação, educação e saúde. É em torno da Aliança para o Progresso que é difundida como orientação política aos países a medicina preventiva e comunitária (Teixeira et al., 1988).

⁵ Hochman (2009) afirma que, sob a égide do desenvolvimentismo, apesar do reconhecimento da relação necessária entre saúde e proteção social, e desenvolvimento econômico, houve um movimento pendular entre esses termos: uma disputa sobre qual deles seria pré-requisito para o outro. Para aprofundar essa questão, ver também Lima, Fonseca, Hochman (2005).

⁶ A elasticidade-renda da demanda mede a variação percentual na quantidade demandada de um bem dada uma variação percentual na renda do consumidor (Fardo, 10 abr. 2012).

⁷ Noronha (2015) propõe uma análise da obra de Gentile ressaltando a insistência da relação saúde e desenvolvimento e o processo de mercantilização da medicina.

⁸ O livro *Saúde e assistência médica no Brasil*, de Carlos Gentile de Mello (1977), reúne um conjunto de estudos e intervenções de Gentile de 1962 a 1977, possibilitando reconhecer os temas e análises propostas pelo autor.

⁹ Para Gentile, o pagamento por “unidades de serviço” era considerado “um fator incontrolável de corrupção”, pois, ao pagar o médico por tarefas executadas, acabava por induzir uma prática de solicitação de procedimentos com vistas a maior captação de recursos, levando a distorções na prestação da assistência à saúde (Noronha, 2015).

¹⁰ O desenvolvimentismo conservador autoritário estabeleceu políticas que geraram maior constrangimento social e aumento da desigualdade, tais como: estagnação e queda do salário mínimo real com perda de poder aquisitivo; aumento da desigualdade dentro de cada estrato de renda (Milagre..., s.d.); urbanização acelerada e desordenada com pobreza extrema (Santos, 1993); desenvolvimento rural com drenagem de recursos públicos para a reprodução do latifúndio (Prieto, 2017).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia. Comentário: política e planejamento: o Plano de Saúde Leonel Miranda. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.3, p.381-385, 2006.

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

BIELSCHOWSKY, Ricardo. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BRAGA, José Carlos de Souza. Industrialização e políticas de saúde no Brasil. In: Braga, José C.S.; Paula, Sergio Goes de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 2006. p.41-85.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Mário Magalhães da Silveira e o sanitário

desenvolvimentista. In: Hochman, Gilberto; Lima, Nísia Trindade (org.). *Médicos intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2015. p.427-440.

CARDOSO, Fernanda Graziella. O círculo vicioso da pobreza e a causação circular cumulativa: retomando as contribuições de Nurske e Myrdal. *Informações Fipe*, n.383, p.13-18, 2012.

CEPÊDA, Vera Alves; GUMIEIRO, Rafael G. A construção da teoria do subdesenvolvimento: um exame comparativo das contribuições de Nurske, Rostow, Myrdal e Furtado. In: Sarti, Ingrid et al. (org.). *Os desafios da integração sul-americana: autonomia e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Folio Digital; Fomerco, 2014. p.61-77.

COSTA FILHO, David Capistrano. A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença. *Saúde em debate*, n.6, p.65-66, 1978.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Hucitec, 2011.

SCOREL, Sarah. Mário Magalhães: desenvolvimento é saúde. *Ciência e saúde coletiva*, v.20, n.8, p.2453-2460, 2015.

ESCOREL, Sarah. *Saúde pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.

FARDO, Morgan. Elasticidade-renda da demanda. *Informe Econômico*, 10 abr. 2012. Disponível em: <<http://informeeconomico.com.br/conceitos/elasticidade-renda-da-demanda>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

FARIA, Tatiana Vargas de. *Dilemas e consensos: um estudo das microrrelações político-institucionais da seguridade social brasileira na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

FIORI, José Luís. *Para uma economia política do Estado brasileiro*. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.41). São Paulo: Iesp, 1993.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina Maria Oliveira. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, n.3, p.791-825, 2003.

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.16, supl.1, p.313-331, 2009.

LARROSA, Jorge. A operação ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. *Educação e Realidade*, v.1, n.29, p.27-43, 2004.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. Oliveira; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, Nísia Trindade et al. (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.27-58.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MELLO, Carlos Gentile. *A medicina e a realidade brasileira*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

MELLO, Carlos Gentile. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: Cebes; Hucitec, 1977.

MELLO, Carlos Gentile. Saúde: fusão, o futuro dos ministérios? *Movimento*, Seção Saúde, n.6, 11 ago. 1975.

MELLO, Carlos Gentile. Médicos de pés descalços (as tentativas de interiorização do Brasil). *Opinião*, Seção Saúde, 9 set. 1974.

MELLO, Carlos Gentile. Economia x saúde. *Opinião*, 24 jun. 1974.

MELLO, Carlos Gentile. Em defesa da medicina institucional. *Opinião*, 28 jan. 1974.

MELLO, Carlos Gentile. As implicações sociais e econômicas dos convênios do INPS. *Tribuna da Imprensa*, página de Hedyl Rodrigues Valle, 5-6 ago. 1972.

MELLO, Carlos Gentile. Contribuição ao estudo do setor saúde. *Revista Brasileira de Malariologia*, v.21, n.4, p.845-863, 1969.

MELLO, Carlos Gentile de. Análise do Plano Nacional de Saúde. *A Patologia Geral*, v.52, n.11-12, 1968.

MELLO, Carlos Gentile. Os médicos e a socialização da medicina. *Tribuna Médica*, n.278, 1964.

MELLO, Carlos Gentile. *Saúde e desenvolvimento econômico*. Monografia de final de curso – Instituto Superior de Estudos Brasileiros, Ministério de Educação e Cultura, Rio de Janeiro, 1962.

MILAGRE econômico brasileiro. In: *CPDOC/ FGV, Centro de Pesquisa e Documentação Histórica/ Fundação Getúlio Vargas*, s.d. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/milagre-economico-brasileiro>>. Acesso em: 9 nov. 2018.

MUNIZ, Érico Silva. *Basta aplicar uma injeção? Desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK (1956-1961)*. Belo Horizonte: Fino Traço; Campina Grande: EDUEPB; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

NORONHA, José Carvalho de. Carlos Gentile de Mello: desenvolvimento é saúde, saúde não é mercadoria. In: Hochman, Gilberto; Lima, Nísia Trindade (org.). *Médicos intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2015. p.552-571.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PRIETO, Gustavo F.T. A aliança entre terra e capital na ditadura brasileira. *Mercator*, v.16, e16003, 2017.

REIS, José R.F. Viver é influenciar? Mário Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). *Tempo Social*, v.27, p.279-304, 2015.

SANTOS, Milton. *A urbanização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Prefácio. In: Donnangelo, Maria Cecília Ferro; Pereira, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Hucitec. 2011. p.11-20.

SILVEIRA, Mário Magalhães da. *Política nacional de saúde pública: a trindade desvelada: economia, saúde, população*. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

SINGER, Paul. O processo econômico. In: Reis, Daniel Aarão (ed.). *Modernização, ditadura e democracia: 1964-2010*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2014.

TAMBELLINI, Anamaria Testa. Questões introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: Arouca, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão*

e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.48-58.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. In: Teixeira, Luiz A.; Pimenta, Tania S.; Hochman, Gilberto (org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.430-463.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: Berlinguer, Giovanni; Fleury, Sonia; Campos, Gastão W.S. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; Cebes, 1988. p.195-207.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury et al. *Antecedentes da reforma sanitária*. Relatório de Pesquisa PEC/ Ensp. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1988.

