

O sertão na saúde e na formação de trabalhadores setoriais: contextos, atores e ideologias (1920-1970)

The backcountry in the health and the training of sector workers: contexts, actors, and ideologies (1920-1970)

Carlos Henrique Assunção Paiva¹

RESUMO Artigo analisa a agenda das políticas e discursos sobre saneamento rural no Brasil (1920-1970). Temática tradicional dos sanitaristas será discutida com base nas experiências desenvolvidas, especialmente nas interações com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), organismo internacional que, com lideranças nacionais, retomará, sob renovados termos, o sertão na agenda sanitária e na formação de trabalhadores. Analisa-se a literatura e fontes documentais. Conclui que houve mudanças no teor dos discursos e práticas da chamada interiorização dos serviços de saúde no contexto do pós-guerra, sobretudo naquilo que tange à centralidade das discussões acerca do planejamento e formação de trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE Saneamento rural. Saúde pública. Recursos humanos.

ABSTRACT *The article analyzes the agenda of policies and speeches on rural sanitation in Brazil (1920-1970). This traditional theme of health workers will be discussed based on experiences developed, especially in interactions with Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). It analyzes the literature and documentary sources. It concludes that there have been changes in the content of the discourse and practice of the so-called internalization of health services in post-war context, especially in what pertains to the centrality of the discussions regarding the planning and training of workers.*

KEYWORDS *Rural sanitation. Public health. Human resources.*

¹ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Casa de Oswaldo Cruz (COC), Observatório História e Saúde e Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade Estácio de Sá (Unesa), Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. chapaiva@gmail.com

Introdução

Este artigo analisa historicamente algumas das principais transformações na agenda das políticas e dos discursos sobre saneamento rural no Brasil. Temática tradicional dos sanitaristas brasileiros, pelo menos desde o início do século XX, será discutida com base nas experiências desenvolvidas nesse campo em meados do século XX, especialmente naquilo que envolve a interação do governo brasileiro com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), organismo internacional que, a partir deste período, encabeçará com lideranças nacionais um amplo movimento que retoma, ainda que sob renovados termos, o saneamento do sertão como tema de destaque na agenda sanitária nacional.

O tema da ‘interiorização dos serviços de saúde’, tal como denominado àquela época, se desenvolve, com destaque, em fóruns internacionais e agências multilaterais especializadas, como a OMS e a Opas. Nesse contexto, um dos fóruns mais importantes foi a reunião de Punta del Este (1961), bem como os subsequentes encontros de ministros da saúde das Américas, que ocorreram em Washington (1963), Buenos Aires (1968) e Santiago (1972), sob os auspícios da Organização dos Estados Americanos (OEA). A agenda desses encontros será mais detalhadamente discutida adiante, entretanto pode-se antecipar que os chamados recursos humanos foram desde então um dos seus alicerces.

No Brasil, no mesmo contexto, essa agenda de trabalho se desdobrou em uma série de programas e iniciativas governamentais, inclusive de cooperação com organismos internacionais, a exemplo do Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil (1971), do Programa de Interiorização dos Serviços de Saúde e Saneamento, o Piass (1976); e – em parceria com a Opas – do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS),

do mesmo ano, iniciativa considerada desdobramento direto do Piass, uma vez que este impunha severa necessidade de formação de quadros de saúde para fins de ampliação da assistência (CASTRO, 2008).

Em que pese a força da agenda de discussões levantada pelos organismos internacionais especializados em saúde, sobretudo pela Opas a partir dos anos 1950 (CUETO, 2007), os temas do aumento da cobertura dos serviços médicos e da formação de recursos humanos para este fim não eram exatamente uma discussão nova no cenário brasileiro. Uma arqueologia acerca de sua trajetória nos remeteria ao contexto das discussões e iniciativas vinculadas àquela que ficou conhecida como a reforma sanitária dos anos 1920 (SANTOS, 1985; HOCHMAN, 1998). Significa dizer, portanto, que a discussão em torno da interiorização dos serviços de saúde não teve sua gênese no cenário do pós-guerra. Ao contrário, a agenda do saneamento rural foi bandeira fundamental do movimento sanitário da década de 1910/1920, que congregou figuras como Belisário Penna e Carlos Chagas em torno da Liga Pró-saneamento (1918) ou iniciativas reformistas que legaram o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (1920), espécie de esboço de um ministério da saúde antes de sua fundação nos anos 1930 (CASTRO-SANTOS; FARIA, 2002).

‘Interiorização dos serviços de saúde’, no discurso dos médicos, advogados, engenheiros e intelectuais do início do século XX, sob tom marcadamente missionário, sustentava-se em um vocabulário que orbitava em torno de expressões como ‘construção nacional’, ‘formação da nacionalidade’, ‘formação do povo brasileiro’, em um movimento que dialogava e se opunha diretamente às teses do determinismo biológico e racial médicos, proveniente de figuras como Nina Rodrigues (CORREA, 1998).

Segundo as teses racialistas, o quadro sanitário brasileiro explicava-se em razão de elementos de ordem racial, especialmente os de origem africanos que biologicamente

determinariam não apenas a manifestação da doença, como praticamente condenariam boa parte do povo brasileiro, notadamente aqueles que habitavam as zonas rurais, à barbárie, à doença e à morte precoce.

Amparados nos conhecimentos produzidos pela nascente microbiologia e bacteriologia, médicos como Noel Nutels (1913-1973) e Samuel Pessoa (1898-1976), em suas atividades no final dos anos 1940 e anos 1950, apontavam em sentido contrário ao que fora sinalizado pelos racialistas (PAIVA, 2006). Para eles, o que explicaria o quadro sanitário nacional nada tinha a ver com o ‘estoque racial’ de sua gente, mas com a ausência de políticas públicas capazes de produzir melhorias, inclusive no campo da educação sanitária. Em poucas palavras, eles sinalizavam para um *deficit* de Estado no País, sobretudo no que se refere à esfera federal por todo o seu território.

Uma vez que os sanitaristas do pós-guerra consideravam as controvérsias colocadas pelos racialistas superadas, a questão da interiorização dos serviços de saúde se colocava menos sob uma perspectiva de construção da nacionalidade, segundo termos imaginados nos anos 1920, e mais sob uma perspectiva calcada na ideia de ‘desenvolvimento nacional’, em que um novo vocabulário emergiria. Nele, palavras como ‘planejamento’, ‘técnica e tecnologia’ e ‘recursos humanos’ fariam parte do léxico corrente, em um movimento em que não apenas registraram-se alterações de palavras e manutenção de sentido, mas mudanças importantes nos termos do discurso, bem como nas perspectivas em torno dos resultados a serem alcançados pelas intervenções de saúde pública.

Sendo assim, à luz da perspectiva dos médicos que advogavam pelo saneamento rural nos anos 1920, este trabalho procura dialogar com as transformações dos discursos dos sanitaristas dos anos 1950-70, no que tange ao debate do saneamento do sertão/interiorização dos serviços de saúde no País, sobretudo com a emergência de um

vocabulário e tecnologias de intervenção na realidade calcadas em uma lógica mais técnica, mais racionalizada e burocrática no campo da saúde, a que uma elite de sanitaristas do pós-guerra foi tanto testemunha como criadora. Para isso, serão caracterizados os principais pontos do debate sobre o saneamento do interior, tal como sinalizados pelos personagens que militaram no movimento sanitaria dos anos 1920. Na sequência, será caracterizada a emergência de uma perspectiva ‘técnica’, calcada na administração e planejamento como formas de produzir uma ampliação da oferta dos serviços de saúde, sobretudo em regiões rurais. Esse processo, como dito, se desenvolverá mais claramente a partir do pós-guerra e terá em organismos internacionais especializados em saúde, especialmente na Opas, um dos seus principais protagonistas. Nesse mesmo contexto, emergirá com força a ideia de formação e planejamento de recursos humanos, tema que também será contemplado.

O saneamento rural como bandeira: a gênese

Não são poucos os trabalhos que tomaram a trajetória de figuras ilustres, instituições e movimentos intelectuais na área da saúde daqueles primeiros anos do século XX. A fartura de pesquisa nesse campo permite, com alguma segurança, retomar alguns aspectos relativos às trajetórias, movimentos e instituições ligadas ao saneamento do sertão ou, dito de outra forma, sobre o surgimento do saneamento do sertão como problema público e de saúde (CASTRO-SANTOS, 1985; LIMA; HOCHMAN, 1996; HOCHMAN, 1998).

A construção das bases desse interesse pelos sertões será fundamental para que se compreendam as mudanças que se operaram nessas políticas e discursos no correr dos anos 1950 até o final dos anos 1970, quando o sertão não será mais encarado, ao fim e ao cabo, como o antigo espaço da barbárie, a

ser civilizado por uma elite culta e moderna, mas como uma dimensão técnica de um problema de expansão da cobertura e para a formação de recursos humanos da maioria dos países da América Latina.

O fato é que, a partir dos anos 1910, pouco a pouco a preocupação com a higienização dos centros urbanos, notadamente a capital federal, começa a ser compartilhada com o progressivo interesse na ocupação dos sertões, então considerados espaços da barbárie e da doença. Desde o discurso literário, passando pelas associações educacionais, até as frentes científicas *strictu sensu*, o que se viu foi uma crescente e estreita relação de causalidade entre saúde e civilização, ideia-matriz que dominaria os círculos intelectuais dos anos 1920 (SANTOS, 1985).

A partir do início do século passado, várias foram as expedições organizadas, no Rio de Janeiro, pelo Instituto Oswaldo Cruz. Carlos Chagas e Belisário Penna por Minas Gerais, por exemplo, estão entre os primeiros que tomaram como objetivo o interior do País. No entanto, foram as expedições científicas organizadas, a partir de 1912, contando com o olhar atento e cuidadoso de pesquisadores como Arthur Neiva e Belisário Penna, rumo ao Norte e Nordeste, que a temática do saneamento rural passaria a ganhar maior evidência. O objetivo era conhecer as doenças, realizar diagnóstico e levar atendimento à população do interior de um país que se revelava, a olhos vistos, abandonado e doente (SANTOS, 1985).

O debate ganharia as manchetes dos jornais e a atenção dos intelectuais. Colocava-se, de forma contundente, o que se poderia chamar de uma 'interiorização dos serviços de saúde', que fosse capaz de responder aos problemas colocados pelas chamadas endemias rurais, sobretudo a malária¹, a ancilostomose² e a tripanossomíase americana³, consideradas as grandes vilãs da saúde pública brasileira, contra as quais o País deveria estabelecer algum tipo de controle ou saneamento, a fim de

que suas consequências se fizessem menos dramáticas.

Assim, a despeito do fato de a primeira constituição republicana, de 1891, já fazer menção à necessidade de interiorização, com a construção de uma nova capital federal (o que se daria apenas em 1960 com Juscelino Kubitschek, o contexto que motivará essa interiorização se firmará a partir dos anos 1910, sob os lemas da higiene e da saúde pública. Estas bandeiras, em um primeiro momento, como se sabe, exclusivamente voltadas para o ambiente urbano, especialmente com as chamadas reformas urbanas da capital federal organizadas pelo então prefeito Francisco Pereira Passos (1836-1913) (BENCHIMOL, 1992). A partir de um segundo momento, contudo, os intelectuais (o que inclui os sanitaristas) pouco a pouco se deram conta de que o problema do País não se situava na qualidade de seu 'estoque racial', como se costumava interpretar até então. O dilema parecia residir, na visão de certos sanitaristas, nas condições de vida e saúde de uma população considerada abandonada pelo poder público, notadamente situada fora das regiões litorâneas e mais desenvolvidas econômica e socialmente.

Lima (2013) demonstrou como as visões sobre o sertão e sobre os sertanejos têm-se dividido, desde fins do século XIX, entre uma perspectiva que considerava o interior como espaço de barbárie, e outra, mais moderna, que o idealizava como o *locus* da autêntica identidade nacional. Personagens como Euclides da Cunha, Roquette-Pinto, Belisário Penna e Monteiro Lobato podem ser encarados como representantes de uma corrente que visava à incorporação do sertão, corrente cujas propostas deram corpo e alma aos projetos de saneamento e educação dos habitantes do interior do País.

A preocupação com os problemas do Brasil, entre os quais os das populações sertanejas, não era novidade, como mostra Lima (2013), no âmbito do pensamento social brasileiro, desde a segunda metade do século XIX.

¹ A malária é uma doença infecciosa, potencialmente grave, causada por parasitas (protozoários do gênero *Plasmodium*), que são transmitidos de uma pessoa para outra pela picada de mosquitos (*Anopheles*).

² Também conhecida como amarelão, opilação, anemia verminótica ou tropical, a ancilostomose ou ancilostomíase é uma doença parasitária provocada pelo ancilóstomo (*Ancylostoma duodenale*), helminto que vive preso à mucosa do intestino delgado do homem.

³ Popularmente conhecida como Doença de Chagas, é uma infecção generalizada essencialmente crônica, cujo agente etiológico é o protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*, habitualmente transmitido ao homem pelas fezes do inseto hematófago conhecido popularmente como 'bicho-barbeiro', 'procoτό', 'chupança', 'percevejo-do-mato', 'gaudécio' etc. A transmissão pode ser feita também pela transfusão sanguínea, placenta e pelo aleitamento materno. A disseminação da doença está profundamente relacionada com as condições de vida da população, principalmente de habitação, e com as oportunidades econômicas e sociais que lhe são oferecidas.

Um dos sentidos que essa consciência social parece ter percorrido foi, na perspectiva de Cassiano Ricardo (1959), o ‘sentido da terra e dos seus homens’. Uma espécie de ‘antropofagia cultural’, fundada não propriamente na estética, porém mais exatamente na ciência e na política.

É nesse contexto bastante amplo em que os médicos, de maneira geral, entram como personagens importantes para os destinos da nacionalidade e da nação brasileira (SANTOS, 1985; LIMA; HOCHMAN, 1996). Quando, a partir da Primeira República, a doença entrou gradualmente em cena como elemento analítico e explicativo da realidade social do País, o debate se deslocou para as condições sanitárias de todo o território nacional, não mais unicamente restrito ao ambiente urbano. O brasileiro passa a ser visto como improdutivo não porque estava prescrito nas suas características raciais, mas porque “estava doente e abandonado pelas elites políticas. Redimir o Brasil seria saneá-lo, higienizá-lo, uma tarefa obrigatória dos governos” (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 23).

Assim, como se vê, a motivação para o saneamento tinha um conteúdo marcadamente ideológico, o que tem relação direta com o caráter missionário daqueles que se envolveram com a tarefa de combater as endemias rurais. Se comparado ao período pós-1930, durante os anos 1910/1920 as políticas de combate tinham ainda uma dimensão relativamente descentralizada, em que pese a atuação do Serviço Profilaxia Rural (1918) e do DNSP (1920), este último com atuação relevante nesse contexto.

De todo modo, essas estruturas político-administrativas revelaram-se aquém das energias depositadas nos discursos pró-saneamento do sertão. Isso quer dizer que suas capacidades de intervenção no território, nas expectativas de formulação de políticas e desenvolvimento de atividades concretas, foram incapazes de responder às demandas colocadas. Seus limites situaram-se tanto nas condições estabelecidas pelo pacto

federativo àquela época, em que as províncias detinham importante autonomia ante a autoridade federal, como também pelo alcance igualmente limitado de estruturas como os postos e centros de saúde rural.

Seja como for, ao que tudo indica, aqueles sanitaristas dos anos 1920 lançaram as bases de um movimento duradouro, ainda que não hegemônico, na saúde pública brasileira: aquele que colocaria a periferia (sertão) como item importante nas agendas e iniciativas do campo da saúde pública.

O saneamento rural na esteira da burocracia de Estado

A partir dos anos 1930, o que se vê, por parte do Estado brasileiro, é um fortalecimento da agenda de centralização e burocratização da máquina político-administrativa. Nesse quadro, o tema da organização dos serviços públicos, bandeira central de agências como o Departamento Administrativo do Serviço Público (Dasp), será questão fundamental. O campo da saúde não permaneceu imune a essas ideias ou utopias, ao contrário, o que se vê, de imediato, é a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), em 1931, órgão que, especialmente com Gustavo Capanema, a partir de 1934, ganharia importante impulso na rotina de centralização política e desenvolvimento de uma burocracia pública setorial. Daí até a organização do Departamento Nacional de Saúde (DNS), sob a chefia de João de Barros Barreto, em pleno Estado Novo (1937-1945), há um salto efetivo na ideia de organização racional do serviço público brasileiro (FONSECA, 2007).

O final do Estado Novo, contudo, não pôs fim às ideias de modernização do serviço público brasileiro. Apesar de as condições políticas e ideológicas não favorecerem uma intervenção estatal mais centralizadora nos assuntos públicos, como ocorreu durante o

Estado Novo, a partir dos anos 1950, o tema da organização do pessoal do Estado passava definitivamente à agenda da saúde. É nesse contexto que se deve localizar, pelo menos em parte, as crescentes discussões e iniciativas em torno da formação de médicos e outros profissionais de saúde, que se desenvolveram especialmente nas décadas de 1960 e 1970.

Nesse mesmo cenário, em âmbito internacional, organizações como a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), desde o final dos anos 1940, passaram a ter papel decisivo na disseminação das ideias de planejamento macroeconômico em escala continental, mas seria a Carta de Punta del Este (1961), medida aprovada na Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social que, grosso modo, estimularia reformas sociais e estruturais nos países latino-americanos a partir dos temas da saúde e da educação (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

A Carta possui dois documentos anexos: A Resolução A.1, intitulada ‘Plan Decenal de Educación de la Alianza para el Progreso’; e a Resolução A.2, o ‘Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso’. Este último se associa a um movimento que se poderia identificar como de vanguarda no campo da saúde pública no Brasil e América Latina, especialmente, na chave do aumento da cobertura assistencial, no que se refere à discussão acerca da necessidade de interiorização dos serviços de saúde e da formação de pessoal para este fim. Os meios então identificados deveriam envolver desde o planejamento e organização dos serviços e sistemas de saúde até reformas dos currículos médicos. Longe de serem consensuais, estas conformariam, desde então, pautas importantes de congraçamento e tensão dos campos médicos nacionais no continente.

No Brasil, esse amplo movimento terá tonalidades próprias, de um lado, com o chamado movimento do sanitário-desenvolvimentista⁴, com o qual encontravam-se identificados identificados figuras como

o sanitarista Mário Magalhães e o parasitologista Samuel Pessoa; de outro, com o denominado modelo sespiano⁵, cujas propostas cristalizavam-se nas ações do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp, 1942-1960) (CAMPOS, 2006). De alguma forma interagindo com esse rico e diversificado ambiente nacional, situam-se os movimentos e propostas já comentados, capitaneados pela Opas, que, juntamente com os demais atores, teria crescente papel na valorização de temáticas associadas à formação de recursos humanos, especialmente em uma perspectiva que considerava fundamental o aumento de cobertura e interiorização dos serviços e políticas governamentais. Em que pese, portanto, a diversidade social e ideológica dos atores, a Carta de Punta del Este, nesse sentido, pode ser percebida como uma espécie de marco simbólico e político-institucional de uma orientação relativamente conjunta no entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos profissionais na construção de melhores patamares de desenvolvimento social e econômico no continente.

Nesse contexto, a reunião do Conselho Interamericano Econômico e Social da OEA, de 17 de agosto de 1961, que aprovou a Carta, teve como objetivo principal a construção da meta decenal de combate às enfermidades mais graves do continente, em particular a malária, devido ao seu impacto nos números de invalidez e morte. Várias foram as suas recomendações, desde o estímulo a preparação de planos nacionais de saúde, passando pela criação de unidades de planificação e avaliação nos Ministérios de Saúde, até a formação de pessoal profissional e auxiliar. Agenda que constituir-se-ia como o centro do debate da saúde naquele período e, em alguma medida, também do movimento pela reforma sanitária brasileira que se desenvolveria mais fortemente no final da década de 1970, particularmente na ação de instituições de ensino e pesquisa em saúde pública e organismos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação

⁴ “Este movimento criou suas próprias ideias acerca do futuro do País, bem como um conjunto de soluções para as mazelas reinantes no campo da saúde. Muitas de suas propostas foram expressas na Sociedade Brasileira de Higiene, em 1962; e nas Conferências Nacionais de Saúde, que se iniciam a partir de 1941; talvez, de maneira mais enfática na Terceira Conferência de Saúde, realizada em 1963” (CAMPOS, 2006).

⁵ “O Sesp foi criado no quadro da Segunda Guerra Mundial para dar, inicialmente, suporte à exploração dos recursos naturais do Norte e Nordeste, mas por conta de sua autonomia político-administrativa, imprimiu propostas próprias e originais na organização da saúde pública brasileira” (CAMPOS, 2006).

Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Como medidas de curto prazo, a Carta colocava em questão, a título de exemplo, a necessidade de formulação de projetos para erradicar do continente o impaludismo, a varíola e intensificar o combate às outras enfermidades contagiosas, como a tuberculose, bem como sinalizava para a importância do aumento da cobertura dos serviços médicos.

A Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, em Washington, em abril de 1963, foi o primeiro encontro dos Ministros da Saúde das Américas realizado com o fim de sugerir medidas práticas para cumprimento das metas da Carta de Punta del Este, especialmente no que se refere ao Plano Decenal de Saúde (OSP, 1963).

A tônica da discussão passava pela integração das ações de saúde, então consideradas desconexas e pontuais. Dessa forma,

hay conciencia hoy de que los programas de salud forman parte - y no están segregados - de la planificación general del desarrollo. Es este el método que se recomienda en la Carta de Punta del Este. (OSP, 1963, P. 3).

Sendo assim, mais do que oferecer acesso e interiorizar serviços, o debate daquele período procura trazer contribuições no sentido de uma melhor articulação entre serviços e políticas de saúde, inclusive com outras áreas, especialmente com o setor da educação. Em termos organizacionais, se fortalece uma agenda que valoriza a administração em saúde segundo uma perspectiva em rede.

Como um dos pilares dessa ampla agenda, colocava-se o planejamento de recursos humanos para a saúde: o aumento da formação de profissionais, a mudança do perfil profissional, tendo em vista as necessidades epidemiológicas e a formação de pesquisadores treinados para a produção e operacionalização de dados epidemiológicos. Daí

não apenas se dá a emergência da formação de recursos humanos em saúde como pauta permanente de discussão e desenvolvimento, como também se levanta a questão da organização político-administrativa dos serviços como peça fundamental⁶. Sugere-se, igualmente, a organização do combate às endemias e epidemias, de acordo com estratégias específicas, seja malária, varíola, parasitas e outras; como também se dá especial atenção aos problemas de saúde que produzem grande repercussão econômica. Contudo a pauta central, sem dúvida, é a indicação para atribuir maior atenção aos problemas das endemias rurais, como visto, antiga e tradicional pauta das elites médicas brasileiras. Se os demais temas eram os meios, esse era, por assim dizer, o próprio fim de toda a mudança.

É claro que, em termos nacionais e também internacionais, a discussão sobre o interior do País, como apontou André Campos, insere-se também nas questões políticas dos anos 1940. O contexto da guerra e, sobretudo, de expansão do nazismo, fazia temer que os alemães, sob o comando de Hitler, tomassem regiões estratégicas do Brasil, como o Nordeste e o Norte. Os norte-americanos logo empreenderiam uma política externa de aproximação com o governo brasileiro que, em 1942, produziria o Sesp, então negociado como uma anunciada estratégia de contraexpansão alemã e de domínio japonês de regiões-chave para a produção de borracha (CAMPOS, 2006).

Ao fim da guerra, seja em âmbito nacional ou internacional, o interesse pelo sertão se mantém de pé. Nessa linha, por intermédio da Opas, como visto, diversas lideranças do campo sanitário levantavam sua própria agenda. Subnutrição, planificação da saúde, assistência médica, recursos humanos, enfermidades transmissíveis, saúde animal, enfermidades crônicas e dental, tornavam-se temas que atravessam a discussão a respeito do futuro das regiões de *hinterland* (OPAS; OMS, 1973; ACUÑA, 1977). Nos anos 1960, fala-se

⁶Neste contexto, a pauta da reforma e da burocratização dos serviços de estado se fortalece com a percepção da maior necessidade de formação de técnicos e agentes macroplanificadores. No entanto, é interessante observar que a ideia de uma reforma administrativa, no campo da saúde no Brasil, já era questão levantada por organismos como o DNSP, em 1920, e seria levada adiante a partir de toda gestão Vargas, a partir dos anos 1930.

em doenças específicas: malária, parasitose, varíola, diarreias, subnutrição, tuberculose, enterite, entre outras, discutidas exaustivamente nos encontros de Ministros de Saúde, que aconteceram nos anos de 1963, 1968 e 1972. São metas construídas dentro dos planos decenais dos anos 1960 e 1970 que são entendidas como estratégias a serem adotadas para o efetivo saneamento dos sertões.

À exceção da tuberculose, doença marcada pelo universo urbano, todas as demais se referiam diretamente ao campo. No que diz respeito à política de combate à malária, recomendada pelo Plano Decenal de 1961, por exemplo, o que se vê é a adoção de dois procedimentos básicos: um é a utilização do DDT e novos inseticidas em áreas mais infestadas pelo vetor da doença. Outro aspecto, mais estrutural às políticas, é uma orientação que Nunes (1997) convencionou chamar de ‘insulamento burocrático’. De acordo com o documento:

[...] es necessário que la administración de la campana este protegida contra la interferência de intereses extraños. [...] Lãs campanas que han tenido mayor éxito son, hasta ahora, aquellas en que el director tiene autoridad para seleccionar y manejar al personal, de acuerdo com um reglamento especialmente preparado, en el cual están claramente establecidas las condiciones mínimas requeridas para cada función. (OSP, 1963, p. 13).

As orientações construídas no cenário internacional são claras: fortalecimento dos aparatos administrativos e burocráticos de maneira que seja possível que os governos deem suporte à formulação e implantação de políticas e serviços estatais de combate à doença nas regiões rurais dos países latino-americanos. Assim, de acordo com o documento, era esperado: “que los gobiernos den prioridad a la expansion de sus servicios de salud a las áreas rurales” (OSP, 1963, p. 13).

Naquele mesmo contexto, O programa de governo do presidente Juscelino Kubistchek

(1956-1961), nesse sentido, revela-se bastante sintonizado tanto com a trajetória da saúde pública brasileira quanto com as orientações internacionais de seu contexto específico. O foco da atenção do presidente, também médico, foi as ‘doenças do interior’, notadamente as doenças infectocontagiosas e parasitárias (HOCHMAN, 2009).

Considerações finais

Procurou-se demonstrar, em primeiro lugar, que a agenda do saneamento rural, levantada como bandeira por organismos internacionais como a Opas e por diferentes atores e movimentos sanitários nacionais, durante o pós-guerra e o período militar, não era pauta absolutamente nova no quadro do pensamento e das políticas de saúde no País.

Por outro lado, parece claro que o saneamento do sertão não era mais encarado, nesse mesmo contexto, como uma questão marcadamente missionária. Ao contrário, o tom técnico e burocrático, na terminologia dos planejadores, passa exigir soluções em escala, organizadas e racionais, inclusive no que tange à formação de profissionais voltados para antigos problemas, como eram as doenças do sertão.

Não se deseja, no entanto, encarar essa transformação nos discursos e políticas como um processo eminentemente negativo ou contraprodutivo. Um balanço ainda superficial sobre o assunto, à luz da discussão aqui estabelecida, não pode revelar que houve perdas no que diz respeito à força ideológica dos discursos sobre o saneamento do sertão. Afinal, não se pode concluir que a discussão sobre saúde pública do pós-guerra seja menos ‘ideológica’ do que aquela que teve efeito durante os anos 1910-20. A centralidade da discussão do planejamento e organização dos serviços e do pessoal de saúde assentava-se em parâmetros ‘técnicos’ que pressuponham que a tomada de decisão poderia ser ‘neutra’ ou desprovida de

orientações ‘políticas’. Nada mais ideológico!

De todo modo, a partir dos anos 1940, pode-se perceber um gradual desenvolvimento de debates e iniciativas importantes, no campo da organização e planejamento, que serão matrizes para a definição dos termos do atual sistema de saúde no Brasil. A ideia de uma rede descentralizada e hierarquizada de serviços, por exemplo, segundo diferentes níveis de densidade tecnológica e de especialização no trabalho, encontra naquele período sua origem.

Há que se considerar também a importância atribuída à produção e disseminação de informação qualificada sobre as diferentes situações sanitárias regionais e nacionais. Por exemplo, ao se considerar o baixo nível de informações concernentes à área de recursos humanos, fundamentais para a execução e avaliação de políticas e programas de saúde, inicia-se, então, uma trajetória cujo resultado é, sem dúvida, uma maior oferta de dados e políticas sobre o assunto. A criação da então Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), nos anos 1960, bem como a iniciativa contemporânea dos observatórios de recursos humanos em saúde, hoje espelhados por todo o País, fazem parte dessa mesma trajetória.

Pode-se concluir, por esta via, que a trajetória da saúde pública no Brasil compõe-se por uma rica trama de continuidades e rupturas históricas. A agenda de trabalho e o vigor missionário dos sanitaristas dos anos 1920

– a despeito do discurso ‘técnico’ que lhes sucede – não serão de todo desmantelados. Em camadas, cada geração, em sintonia com as mudanças sociais e políticas de seu tempo, introduziram orientações e modificações de sentido nos discursos dos primeiros. Hoje, os sanitaristas não mobilizam mais a ‘formação da nacionalidade’ como uma ideia-força de suas investidas rumo ao interior, pois a nação está dada. No entanto, o ‘desenvolvimento’ e a ‘justiça social’ passam a assumir um papel proeminente nos discursos e nas políticas.

A relação saúde-democracia, em uma chave da justiça social, tão cara ao contexto da reforma sanitária do final da ditadura militar (1964-1985), foi capaz de legar a configuração de um renovado sistema de saúde no País (ESCOREL, 1998). Resta saber se esta mesma chave será capaz de renovar-se em sentido nas novas gerações de sanitaristas e trabalhadores da saúde nestes dias.

Não se pode afirmar, igualmente, se a chave contemporânea saúde-desenvolvimento é ou será capaz de produzir a mesma liga e vigor no debate público como o teve a chave saúde-nação no início do século passado. E que fique claro que não se está diante apenas de mera questão retórica, afinal somente o discurso potente é capaz de produzir o sentido e volições que fazem as ideias transformarem-se, coletivamente, em práticas efetivas no exercício do trabalho de formuladores e executores de políticas públicas. ■

Referências

- ACUÑA, H. R. Enfoques innovadores en la prestación de servicios de salud en las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam.*, Washington, v. 83, n. 4, p. 281-293, out. 1977.
- BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos: um Haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Turismo e Esportes, 1992. (Biblioteca carioca, 11).
- CAMPOS, A. L. V. *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o serviço especial de saúde pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- CASTRO, J. *Protagonismo silencioso: a presença da Opas na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Natal: Observatório RH-NESC/UFRN; Ministério da Saúde; OPAS; OMS, 2008.
- CASTRO-SANTOS, L. A. O pensamento sanitaria na República Velha: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.
- CASTRO-SANTOS, L. A.; FARIA, L. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*, São Carlos, n. 40/41, p. 137-181, jan./jul. 2002.
- CORREA, M. *As ilusões da liberdade: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Bragança Paulista: Edusf, 1998.
- CUETO, M. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- FONSECA, C. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- HOCHMAN, G. *A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 1998.
- _____. O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, p. 313-331, jul. 2009.
- LIMA, N. T. *Um sertão chamado Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absorvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB, 1996.
- NUNES, E. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro; Brasília, DF: Zahar; Escola Nacional de Administração Pública, 1997.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OSP). Reunión de ministros de Salud – grupo de estudio, informe final. *Bol Oficina Sanit Panam.*, Washington, v. 55, n. 1, p. 1-49, jul. 1963.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Planificando um nuevo decênio. *Bol Oficina Sanit Panam.*, Washington, v. 75, n. 4, p. 361-377, out. 1973.
- PAIVA, C. H. A. Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimentista no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 795-831, out./dez. 2006.
- PAIVA, C. H. A., PIRES-ALVES, F. A., HOCHMAN, G. A. cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-939, jun. 2008.
- RICARDO, C. *Marcha para Oeste: a influência da Bandeira na formação social e política do Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1959.

Recebido para publicação em fevereiro de 2016
 Versão final em maio de 2016
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve