

“Paulistanidade” e a construção da Saúde Coletiva no estado de São Paulo, Brasil*

Entre os anos 1950 e 1970, na chamada Era de Ouro, novas relações internacionais e a força tecnológica nascida e desenvolvida durante a 2ª Guerra Mundial produziram uma riqueza geral jamais vista e distribuída, mesmo que de forma não equilibrada mundialmente¹. Nesse contexto, emergiram novas e estratégicas demandas sociais no campo da medicina, configurando-se, especialmente no caso norte-americano, forte ênfase na busca de tecnologias de prevenção²⁻⁵. O final do período também foi marcado pelo progressivo surgimento de doenças crônicas e degenerativas nos padrões de adoecimento populacional, especial desafio aos sistemas de atenção e seus custos. Nesse sentido, ainda que inicialmente de forma incipiente e diversa, o tema da prevenção foi sendo progressivamente introduzido no âmbito da pesquisa e da formação médicas. Resultou, em 1952, na cidade de Colorado Springs, em reunião de representantes das principais escolas de medicina norte-americanas⁶. Difundindo-se, posteriormente, em encontros similares envolvendo escolas médicas de diversos países das Américas⁷, promovidas pela Organização Panamericana de Saúde, as propostas discutidas voltavam-se para uma ampla reforma dos currículos de cursos médicos, no sentido de inculcar uma atitude preventiva nos futuros praticantes^{7,8}. Tratou-se da proposta de uma “Medicina Integral”, capaz de realizar a prevenção e o tratamento de forma articulada, o que, traduzido para o currículo médico, conformou a disciplina de Medicina Preventiva⁹.

Diversos organismos internacionais do campo da saúde aderiram à nova doutrina, orquestrando uma internacionalização da Medicina Preventiva já francamente como movimento ideológico. Na Europa, realizaram-se congressos no modelo Colorado Springs em Nancy (França), no mesmo ano de 1952, e em Gotemburgo (Suécia) no ano seguinte, patrocinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Já nos anos 1960, os Estados Unidos serão marcados por uma conjuntura pontuada por diversos movimentos sociais e intelectuais que, preocupados com questões dos direitos humanos e sociais, voltam-se para a discussão de temas como extensão da assistência médica a populações alijadas desse direito. Conferindo nova ênfase a um dos aspectos das necessidades de reforma da prática e do ensino médicos apontados já desde a Conferência de Colorado Springs, ganha corpo a proposta da chamada Medicina Comunitária². Baseada na implantação de centros comunitários de saúde, subsidiados pelo Estado e administrados por organizações não lucrativas, tais centros passariam a prestar cuidados básicos de saúde. A Medicina Comunitária consegue colocar em prática alguns dos princípios preventivistas, focalizando setores sociais minoritários, porém, deixando intocada a hegemonia social da assistência médica convencional¹⁰.

A proposta preventivista consistia, em termos sintéticos, de um estímulo à transformação da prática profissional do médico, buscando incorporar as questões sociais ao seu trabalho, com a intenção de identificar um “estado global” de saúde e uma recuperação integral do paciente com base na recomposição do ato médico individual, tido já nesses anos de 1950 como prática fragmentada e nisso insatisfatória como atenção à saúde. Essa visão totalizante do indivíduo, que passa a ser tomado como um ‘todo biopsicossocial’, posição inovadora para aquele momento, definiu uma concepção de saúde e doença a partir de estados que se dão em um movimento contínuo e em diversas relações do indivíduo com o meio ambiente. É assim que se modificou a visão de cura

* Artigo baseado na pesquisa *História da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo: emergência e desenvolvimento de um campo de saber e práticas*, financiada pela Fapesp (Processo 2013/12137-0). Aprovada em ética da pesquisa em 28/8/2013.

ou alívio do sofrimento, incorporando, às finalidades do trabalho médico, a prevenção das doenças¹⁰.

Mas se tal concepção passa pela escola médica e formação de seus profissionais, haveria a necessidade de uma reformulação do padrão educacional existente, explicitada nas principais medidas de reorientação pedagógica e curricular então implantadas: uma maior coordenação horizontal e vertical das disciplinas já existentes no currículo médico, enquanto forma de 'integração' dos campos parcelares do conhecimento médico; e a introdução, ou destaque, para disciplinas consideradas estratégicas nesse sentido: as Ciências Sociais, entendidas, sobretudo, como Ciências do Comportamento; a Epidemiologia, e a Bioestatística. Esses direcionamentos e conteúdos disciplinares, acrescidos de novas estratégias pedagógicas (como ensino fora do espaço hospitalar, contato precoce com os pacientes em seu ambiente comunitário, trabalho com indivíduos sãos, entre outras), foram apontadas como formas de prática educativa capazes de auxiliar a conformação de uma visão global do indivíduo, podendo tais campos do conhecimento ser enfeixados, exemplarmente, nos departamentos de Medicina Preventiva⁶.

O modelo americano foi incorporado pelos organismos internacionais do campo da saúde, traduzindo seu corpo doutrinário para as necessidades dos diferentes contextos de aplicação potencial. Do ponto de vista da OMS, os princípios da mencionada Medicina Comunitária deviam enfatizar a dimensão da assistência simplificada, localizadamente em regiões rurais, com a intenção de estender a cobertura de serviços para as populações excluídas do cuidado à saúde. Na América Latina, em especial no Chile, Colômbia e Brasil, foram patrocinados por meio de fundações norte-americanas e pela OPAS, com programas voltados para a saúde comunitária na intenção de influenciar positivamente os sistemas de saúde de todo o continente.

Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde lança a consigna *Saúde para Todos no Ano 2000* (SPT-2000), adotando uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência. No ano de 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela OMS, reafirma a saúde como direito do homem e constitui a Atenção Primária como estratégia privilegiada de operacionalização das metas da SPT-2000, incorporando, tacitamente, nos documentos oficiais dessa organização, elementos do discurso da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária¹¹.

Foi nesse cenário, atravessado, porém, por críticas e contrapropostas^{12,13}, que a ideia de uma área denominada Saúde Coletiva é construída no âmbito acadêmico brasileiro, em instituições de pesquisa, bem como nas instituições governamentais de prestação de serviços de saúde. Teve, como aponta Nunes¹², dois momentos centrais no ano de 1977: o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, organizado em Salvador, e a Reunião sub-regional de Saúde Pública da OPAS, em conjunto com a Asociación Latino-americana de Escuelas de Salud Pública (ALAES), realizada em Ribeirão Preto. Na avaliação do autor¹²:

Ambas teriam objetivado uma redefinição da formação de pessoal para o campo da saúde, sentindo a necessidade de existência de uma instituição que pudesse congrega, através de uma associação, os interesses das instituições formadoras num momento de esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública clássica e da medicina social. Tal contexto se concretizaria em 1979, quando foi criada a ABRASCO. (p. 15)

No entanto, embora a Saúde Coletiva, desde esse momento de sua criação até, pelo menos, a segunda década dos anos 1990, tenha se desenvolvido e seja reconhecida como um campo de abrangência nacional, acaso não terá em sua implantação grandes marcas particulares às regiões brasileiras?

Foi essa indagação que suscitou nossa pesquisa voltada para os contextos particulares do estado de São Paulo. Duas diversas questões, e que podemos caracterizar como especificidades próprias da Saúde Coletiva em sua criação, levam-nos nessa direção. Uma primeira residiu no fato de que, embora possa apresentar-se, hoje em dia, com uma conformação bastante acadêmica, a Saúde Coletiva viu-se, desde suas raízes históricas, às voltas com os serviços de saúde, na problemática da extensão de cobertura versus os custos crescentes da produção assistencial e na racionalização da duplicidade institucional da assistência à saúde pelo setor público, uma vez que este respondia tanto pela rede do Ministério da Saúde, destinada às práticas em saúde pública, quanto por aquela da medicina previdenciária, que foi a assistência médica individual dos trabalhadores provida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, nos idos de 1960-70. A outra questão pode ser reconhecida no fato de que o ideário preventivista dos anos 1950, que soprava ventos transformadores, chamando por inovações do olhar sobre os adoecimentos e seus cuidados, foi incorporado como tal na Saúde Pública e na Medicina, provocando-as a renovar a formação dos profissionais e o conjunto de seus respectivos serviços assistenciais. Dessa forma, não apenas pelos tipos ou volumes de serviços das redes assistenciais existentes, como, também, pelo contingente e qualidade de escolas formadoras dos vários profissionais da saúde, desde sempre, a realidade regional brasileira já se dispunha muito distinta pelo país.

Nesse processo, as instituições paulistas tiveram papel fundamental e bastante particular frente ao cenário nacional. Recente abordagem para as questões relativas à Saúde Pública ou à Medicina paulistas aproxima-se da particularidade de cenários e contribuições do estado de São Paulo com base em análises críticas da ideia de 'paulistanidade'¹⁴, a que se pode conceituar como uma referência cultural que toma São Paulo como rumo simbólico do país. E como toda referência cultural, esta também se ancora nas particularidades socioeconômicas de São Paulo e em toda a materialidade das práticas sociais que a produzem, regionalmente e para o Brasil.

Essa abordagem, assim, além de buscar conhecer contribuições 'genuinamente' paulistas ao todo da sociedade brasileira, busca, ainda, para as questões da área da Saúde, compreendê-las para além da dimensão técnico-científica interna dessa área, seja como contexto assistencial médico, seja sanitário. Opõe-se, pois, aos que pensam a medicina e a saúde como 'um mundo à parte', uma região em separado no interior da sociedade e neutra por referência às suas questões econômicas, políticas ou éticas. Ao revés, alinha-se com aquele pensamento crítico que aponta, na própria Saúde Coletiva, para a consubstancialidade da técnica com o social, e mostra como, no modo próprio e particular de existir como prática médica ou prática sanitária, é reproduzido o modo de vida hegemônico da sociedade². Afinal, para esse pensamento crítico, os médicos, como historicamente os primeiros agentes e os originais formuladores das práticas de saúde na modernidade, na qualidade de 'homens de estado'¹⁵, foram e permanecem sendo dos principais responsáveis pelo projeto de país moderno que o Brasil vem configurando enquanto nação.

Há que se considerar que, se São Paulo agrupa parcela ponderável da produção acadêmica nacional, de outro lado, possui, em sua dimensão historiográfica, particularidades ainda pouco conhecidas no tema específico

da criação da Saúde Coletiva. Em sua maior parte, a produção historiográfica preocupou-se com as ações sanitárias da República Velha, 1889-1920, tratando da regeneração da pátria pela eliminação da malária e pela retirada do doente interiorano e rural de sua letargia, bem como com os centros urbanos e seus “exércitos da saúde pública” invadindo ruas e casas, determinando melhoras e diagnosticando moléstias^{14,16-18}. Indo além, verificou os abalos políticos nas estruturas médicas e de saúde estaduais e municipais paulistas na década de 1930 e 1940¹⁹, bem como as novas reordenações trazidas pela filantropia institucional e científica, exemplarmente representada pela Fundação Rockefeller e as posturas centralistas do período getulista²⁰.

Destaque-se, porém, os chamados “anos de chumbo”, entre 1964-1985, e os “anos da redemocratização”, entre 1985-2013, pouco explorados pela pesquisa histórica, passando ao largo daquilo que poderia significar marcas paulistas sobre a Saúde Coletiva e suas áreas de ação. De modo breve, aqui consideramos, ao menos, três ordens de questões a influenciarem a emergência e desenvolvimento da Saúde Coletiva em São Paulo.

Primeiro, o fato de que os anos 1950-60 foram anos do desenvolvimentismo paulista, que pretendeu estimular o interior do estado. Essa pretensão encontrou, no movimento preventivista, e sua importante inovação tecnológica, um grande reforço ao desenvolvimentismo. Não apenas na capital do estado ocorreram reformas das escolas médicas para a incorporação dessa novidade na formação de seus alunos, como, e sobretudo, encontrou-se, no suporte de agências como a OPAS e OMS, a oportunidade para a criação de novas escolas. Mas ao contrário do esperado, não houve uma incorporação homogênea da prevenção na formação de médicos. A própria existência anterior de uma sólida e bem desenvolvida formação em Saúde Pública, com visão distinta das atuações dos médicos no sanitarismo, relativamente àqueles que fariam a prevenção via assistência médica individual, produziria correntes de pensamento distintas em matéria de prevenção em São Paulo. Além disso, é preciso também considerar que a leitura brasileira acerca desse preventivismo – e cujo pioneirismo foi paulista, nas figuras de Arouca⁵ e de Donnangelo² – foi bastante crítica ao caráter individualizante dessa abordagem, ampliando, ainda mais, o leque de correntes de pensamento acerca das práticas de prevenção. Assim sendo, mesmo tendo-se implantado os departamentos de medicina preventiva nas várias, novas e antigas, escolas de medicina, e mesmo tendo sido orientados por iguais recomendações de conteúdos e arranjos disciplinares para tal, os departamentos, efetivamente, seriam ora mais ora menos permeados seja pela proposta preventivista original, seja por aquela repensada em termos mais críticos, ou seja, ainda, pelo modo como o próprio sanitarismo incorporou a prevenção.

Uma segunda ordem de questões diz respeito à história de constituição da rede de serviços, especialmente os de atenção primária, a cargo do setor público em São Paulo, que viveu dois importantes momentos de reforma, precedendo a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988. Isso conferiu a essa rede características bastante peculiares, em especial quanto ao tipo de modelo tecnológico e assistencial que seria oferecido na expansão progressiva de cobertura assistencial que o estado de São Paulo perseguiu dos anos 1960 aos anos 1990. Nesse largo período, ocorre, primeiro, a chamada Reforma Leser, nas duas gestões (1967-71; 1975-79) em que Walter Sidney Pereira Leser, professor do departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, atualmente da UNIFESP, esteve à frente da Secretaria de Estado da Saúde. Adicionalmente, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, dá-se a junção da estrutura própria do setor público estadual e municipal,

originários da Saúde Pública, com a rede federal, exclusivamente de assistência médica individual. Esse processo reuniu os serviços da Secretaria de Estado da Saúde e os municipais, com os da medicina previdenciária do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1974 e reunindo uma rede que se inicia nos anos 1930-40, com grande crescimento a partir de 1945.

Em ambas as situações, se assiste a uma busca por articular, em um só arranjo de organização de serviços, ou modelo tecnológico e assistencial, o que poderíamos chamar de 'vocações' institucionais de assistência distintas, com dispositivos ora mais convergentes, ora quase opostos de intervenção. Na Reforma Leser, que formulou a política da Programação em Saúde e teve por base o modelo tecnológico da integração médico-sanitária²¹, tal articulação deveria se dar entre dois tipos de atuação assistencial e arranjos tecnológicos: as práticas de higiene pré-natal e infantil, de caráter preventivista e praticada por médicos sanitaristas e outros profissionais da equipe, com a assistência médica, praticada por infectologistas, enfermagem e visitadoras sanitárias de atuação em domicílios, como intervenção de recuperação dos doentes e, ao mesmo tempo, de prevenção de sadios contactantes, nas enfermidades contagiosas, tais como: a tuberculose, a hanseníase ou o tracoma.

Nesse caso, embora tivessem sido registrados, à época, vários protestos e recusas em tal integração, sobretudo por médicos envolvidos, ambas as partes situavam-se no campo da saúde pública, embora alguns lidassem mais com as doenças e outros com a prevenção. Já na implantação das AIS, as distintas 'vocações' estavam representadas, de um lado, pelas ações que vinham da Programação em Saúde e buscavam a integração médico-sanitária, pretendendo alçar-se a serviços de um futuro sistema de saúde em geral; e, de outro lado, pela assistência médica individual de cunho curativo dos ambulatórios da medicina previdenciária, os quais não tinham a pretensão de sair do campo da medicina e sua assistência clínica individual.

Assim sendo, na capital, onde havia uma rede maior e mais heterogênea de serviços, com grande presença daquelas vindos da medicina previdenciária, a tendência foi de os serviços rumarem mais em direção a uma assistência médica pontual e fortemente curativa, no que se chamou de pronto atendimento. Neste se encontraria uma resposta mais rápida a demandas, nem sempre tão agudas como seria de se supor na noção de um pronto atendimento, mas de rara expectativa de seguimento do caso, e, por isso, um modelo de atenção episódica e muito simplificada. Já nos interiores, que apresentavam maior possibilidade e interesse político local de se estabelecerem os centros de saúde, a tendência foi a de prevalecer o modelo mais aderido ao sanitário tradicional em combinação com a Programação em Saúde, qual seja, o de uma assistência bastante preventiva dentro de programas materno-infantis.

De qualquer forma, de um lado, ou de outro, a pretensão da integração médico-sanitária se perderia, justo quando, a partir dos anos 1990, a integralidade tomava parte dos princípios do SUS, cuja implantação, então, sofreria, em São Paulo, resistências de todos os lados, caracterizando-se, nisto, a terceira ordem de questões que embasam a nossa aproximação das particularidades de São Paulo no que diz respeito à emergência e desenvolvimento da Saúde Coletiva. Embora a Saúde Coletiva não se restrinja ao SUS, sua implantação constitui parte significativa de suas apostas técnicas e políticas; e aqui, mais uma vez, a paulistanidade assume uma expressão desafiadora: se, em outras partes do país, o SUS configurou a primeira experiência mais extensiva de rede assistencial pública, em São Paulo, sua implantação

precisou enfrentar o desafio de integrar redes já existentes, estruturadas, porém, com lógicas, recursos e culturas institucionais muito diversas.

Em outros termos, frente às redes de tradições assistenciais previamente constituídas e consolidadas, com serviços já em conflito entre si como parte de um mesmo sistema de atenção, o desafio da integralidade centrou-se mais no modelo tecnológico e assistencial a ser implantado nos serviços, do que nas articulações das diferentes instituições presentes no campo da Saúde ou das políticas de atenção e seus programas. Um exemplo dessa situação particular de São Paulo é dado pelo processo de implantação ampliada do programa/estratégia Saúde da Família (PSF) em grandes centros urbanos, a partir da formulação, pelo Ministério da Saúde, em 2003, do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). São Paulo se revelaria, então, um mosaico de unidades básicas de saúde, entre as quais estariam aquelas atuando no modelo PSF, algumas com equipes incompletas, mais assemelhadas a PACS (Programas de Agentes Comunitários de Saúde), e as que persistiriam nas mesclas anteriores de modelos, e que foram então chamadas de unidades convencionais ou, até, tradicionais.

Dessa forma, para o bem e para o mal, São Paulo mostra suas especificidades regionais, ora adiantando-se, ora resistindo às propostas e projetos no âmbito nacional, impondo, à interpretação do desenvolvimento da Saúde Coletiva nas terras bandeirantes, uma vez mais, um olhar atento sobre os fenômenos da “paulistanidade”.

André Mota^(a)

Líli Blima Schraiber^(b)

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres^(c)

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Referências

1. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991). São Paulo: Cia. das Letras; 1995.
2. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
3. Schraiber LB. Educação médica e capitalismo. São Paulo: Hucitec; 1989.
4. Ayres JRCM. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: Hucitec; 1995.
5. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
6. Association of American Medical Colleges. Preventive medicine in medical schools: report of colorado springs conference, November 1952. Baltimore: Waverly Press; 1953.
7. OPAS. Seminarios sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva: Viña del Mar, Chile, 10-15 de octubre, 1955; Tehuacán, México, 23-28 de abril, 1956; 1957.
8. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
9. Silva GR. Origem da medicina preventiva como disciplina no ensino médico. Rev Hosp Clin Fac Med. 1973; 28(2):91-6.
10. Starr P. La transformación social de la medicina em los Estados Unidos e América. Trad. Agustín Bárcena. México: FCE,SS; 1991.
11. Cueto M. The origins of primary health care and the selective primary health care. Am J Public Health. 2004; 94(11):1864-74.
12. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saude Soc. 1994; 3(2):5-21.
13. Vieira da Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-12.
14. Mota A. Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista (1892-1920). São Paulo: Edusp; 2005.
15. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites de liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
16. Ribeiro MA. História sem fim... um inventário da saúde pública. São Paulo: Unesp; 1993.
17. Tellarolli Junior R. Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Unesp; 1996.
18. Hochman G. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, Anpocs; 1998.
19. Mota A, Schraiber LB. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista, nos anos de 1930. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2009;16(2):345-60.
20. Marinho MGSMC. Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931). Bragança: EDUSF; 2003.
21. Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB, organizadora. Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 65-116.