

Interlúdio

As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde, 1953-1990

Cristina M. Oliveira Fonseca

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BENCHIMOL, JL., coord. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 470 p. ISBN 85-85676-98-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde, 1953-1990

Cristina M. Oliveira Fonseca

Pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ . Doutoranda em Ciência Política/IUPERJ/UCAM.

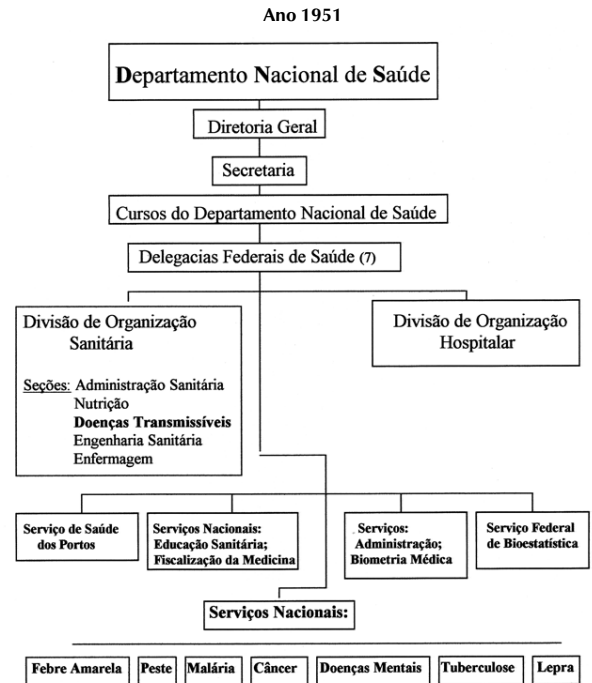
No Brasil, o combate às endemias através de campanhas sanitárias marcou a atuação pública na área da saúde durante todo o século XX, desde as campanhas desfechadas por Oswaldo Cruz contra a peste, a febre amarela e a varíola — esta através da vacinação compulsória, que tanta resistência provocou — até as campanhas de vacinação atuais, que atingem maciçamente a população sem despertar rejeições. Campanhas¹ não dizem respeito somente à vacinação, apesar de ser esta a conotação que se tornou preponderante, por razões que se tornarão mais claras — esperamos! — após a leitura do próximo capítulo 4.

No período de 1953 a 1990, os órgãos que promoveram as campanhas no Brasil foram o Departamento Nacional de Saúde, em seguida o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), depois a Superintendência de Campanhas (SUCAM) e, por último, a atual Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu)

As turbulências políticas, econômicas e sociais que caracterizaram os dez anos decorridos entre o suicídio de Getúlio Vargas, em 1954, e o golpe militar, em 1964, acarretaram mudanças e descontinuidades na gestão da saúde pública. As circunstâncias em que foram criados o Ministério da Saúde, em 1953, e o DNERu, em 1956, refletem a ambiência de instabilidade e a subordinação do setor a interesses e acordos radicados no contexto político-partidário.

O nacionalismo desenvolvimentista foi abraçado nesse período por um grupo importante de sanitaristas, influenciando sua visão da



saúde pública, suas propostas institucionais e as críticas que faziam às estruturas existentes. Mário Pinotti foi o personagem chave desse grupo, graças à habilidade em interligar suas aspirações ao jogo político-partidário. Formado pela Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, em 1918, presidente da Sociedade Brasileira de Higiene por duas vezes, foi o principal porta-voz da geração de sanitaristas que construiu e povoou os primeiros aparatos sanitários de alcance nacional nas décadas de 1930 e 1940, consolidando a carreira de sanitarista como especialidade médica.

Educação e saúde, unidas em 1930 num mesmo ministério pelo governo provisório de Getúlio Vargas, separaram-se em 1953, permitindo que o setor saúde adquirisse autonomia gerencial. O projeto de lei apresentado em 1950 pelo deputado federal e médico Rui Santos (UDN) foi aprovado na Câmara Federal e encaminhado ao Senado, em janeiro de 1951. Lá permaneceu em dormência por mais de dois anos. Em julho de 1953, foi solicitada sua votação em regime de urgência, aprovando-se a criação do ministério independente por 28 votos a favor e apenas cinco contrários (Hamilton, 1993).

Um dos nomes mais cotados para a pasta era o de Mario Pinotti, na época diretor do Serviço Nacional da Malária, onde obtivera projeção internacional, ao idealizar a mistura da cloroquina ao sal de cozinha, artifício profilático que a Organização Mundial de Saúde recomendou a outros países. Foi escolhido Miguel Couto Filho, por influência de Amaral Peixoto, que desejava fortalecer a candidatura do jovem deputado federal pelo PSD ao governo do estado do Rio de Janeiro, para o qual foi, de fato, eleito, tomando posse em 1955 (Fonseca e Hamilton, 2000).

A criação da nova pasta não acarretou nenhuma alteração nas atividades que vinham sendo desenvolvidas pelo Ministério da Educação e Saúde (MES). Apenas foram separados os órgãos de execução relativos a cada setor, remanejando-se as partes nobres do patrimônio comum para o MEC. O Ministério da Saúde permaneceu em precários prédios alugados em diversos pontos da cidade do Rio de Janeiro (Rodrigues, 1977).

Duas medidas tomadas por Miguel Couto Filho resultariam em mudanças algum tempo depois: uma comissão foi incumbida de elaborar o regulamento do ministério, e o Conselho Nacional de Saúde iniciou a elaboração de um plano de reforma parcelada. Pinotti, que fez parte das duas comissões, afirma que o DNERu foi o “primeiro e mais importante fruto desse planejamento” (Pinotti, 1959).

As campanhas continuaram a ser implementadas pelos Serviços Nacionais, inclusive o da Febre Amarela, e pela Divisão de

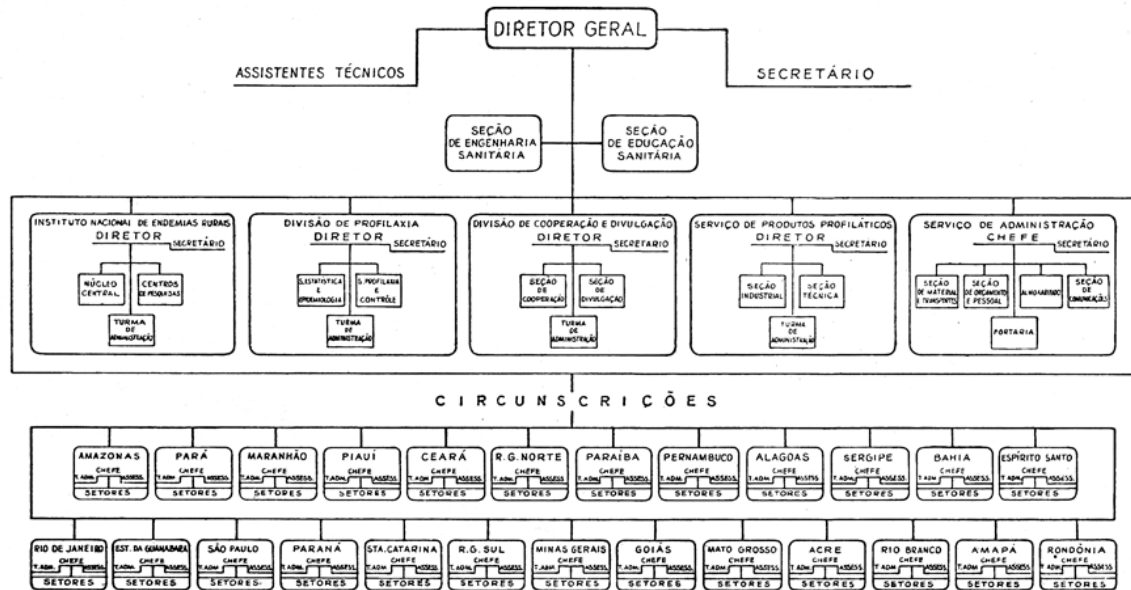
Organização Sanitária (DOS), todos subordinados ao Departamento Nacional de Saúde.

Mário Pinotti substituiu Miguel Couto Filho em 5 de julho de 1954, mas o suicídio de Vargas no mês seguinte e as turbulências que vieram a seguir não lhe deram tempo nem condições para iniciar as reformas que tinha em mente. Maurício de Medeiros assumiu o cargo em janeiro de 1956 e o exerceu por pouco mais de dois anos (jan. 56 a jul. 58), devolvendo-o a Pinotti, que dirigiu a equipe responsável pela formulação do programa de saúde da candidatura de Juscelino Kubitschek à presidência da República. Com a posse deste em 1956, teve início uma conjuntura política mais estável e se criaram condições propícias a mudanças na organização administrativa do ministério e nas prioridades do setor.

A criação do DNERu em 6 de março de 1956, pela lei nº 2.743, teve o propósito de unificar os esforços dispersos e, às vezes, redundantes que se faziam para controlar ou erradicar as doenças de massa, por meio das “técnicas modernas do sanitário”, dando-se maior rendimento às campanhas existentes e abrindo-se novas frentes com recursos financeiros mais substanciais.² Trabalhos já rotinizados vinham sendo desenvolvidos há vários anos em todo o território nacional. Os recursos materiais, a experiência prática e os conhecimentos técnicos e científicos acumulados durante esses anos reverteram em proveito do DNERu, facilitando a transição. As mudanças que se pretendia fazer por intermédio do novo órgão eram fruto de debates e propostas que remontavam às lutas pela reforma da saúde pública protagonizadas pela geração de Oswaldo Cruz, nos anos 1910 (Hochman, 1998). Entre os pioneiros da geração seguinte sobressai Evandro Chagas, que criou, em 1935, o Serviço de Estudos das Grandes Endemias (SEGE), transformado após sua morte, em 1940, na Divisão de Estudos de Endemias, ainda no Instituto Oswaldo Cruz. Para Celso Arcoverde de Freitas e Bichat de Almeida Rodrigues, o DNERu representou o coroamento da proposta de Evandro, de unir profilaxia e pesquisa numa única instituição.³ As relações entre saúde e progresso, que estiveram em grande evidência nos anos 1901-1920, retornaram à agenda do debate político nos anos 1950. Apesar de ser muito diferente o contexto ideológico, as endemias voltaram a ser apontadas como entraves ao projeto desenvolvimentista do governo de Juscelino Kubitschek. Até 1956, as campanhas — com exceção da antiamarílica — ocorriam de forma esporádica (Ribeiro et alii, 1977; e Luz, 1979), sob a supervisão da Divisão de Organização Sanitária (DOS) e dos Serviços Nacionais criados em 1941, durante a gestão de Gustavo

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENDEMIAS RURAIS

Lei Nº 2743, de 6 de Março de 1956 e Decretos Nºs 40870, de 7 de Fevereiro de 1957 e 43174, de 4 de Fevereiro de 1958



Capanema no Ministério da Educação e Saúde, e de João de Barros Barreto, à frente do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Barros Barreto consolidou a administração centralizada dessas campanhas, atuando as Delegacias Federais de Saúde como instâncias intermediárias entre o órgão federal e os estados. Como vimos no capítulo dois, os Serviços de Febre Amarela e de Malária do Nordeste foram criados por iniciativa da Fundação Rockefeller antes dos 12 serviços nacionais instituídos pela lei nº 378 de 13.01.1937: Febre Amarela, Peste, Tuberculose, Câncer, Lepra, Malária, Doenças Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Saúde dos Portos, Bioestatística e Águas e Esgotos.

Mário Pinotti, diretor do Serviço Nacional da Malária (SNM) de 1942 a 1956, foi o primeiro diretor do DNERu. Usou a experiência

adquirida naquele serviço para estruturá-lo, transferindo para o novo órgão as atividades de pesquisa e produção que funcionavam no antigo. Foi o caso do Instituto de Malariologia, criado em 1946 na Cidade das Meninas, na Baixada Fluminense, com o objetivo de investigar a terapêutica e profilaxia da malária. O Serviço, anteriormente chefiado por Pinotti, havia incorporado o controle da esquistossomose e doença de Chagas. Com o DNERu, foi transferido para Belo Horizonte, onde se fundou o Centro de Pesquisa René Rachou.

Em 1950, havia sido inaugurada uma fábrica de inseticida BHC (hexa-cloro-ciclo-hexano) no âmbito do Instituto de Malariologia para o combate ao inseto transmissor da doença de Chagas. A fábrica transformou-se no Serviço de Produtos Profiláticos do DNERu.⁴

Outra herança importante foi a Divisão de Organização Sanitária (DOS) do DNS. Dirigida por Almicar Barca Pellon por vários anos, compunha-se das seções de administração sanitária, doenças transmissíveis, engenharia sanitária, nutrição e enfermagem. Além de realizar estudos sobre os problemas de saúde pública que não eram da alçada dos serviços especializados — febre tifóide, coqueluche, difteria, doenças venéreas, boubá, tracoma e helmintíases, por exemplo —, aquela divisão tinha a incumbência de padronizar as atividades e rotinas sanitárias, disseminando estas padronizações por intermédio das delegacias federais de saúde, sob seu controle.

Aqueles dois ramos do Departamento Nacional de Saúde foram os principais esteios do DNERu, cujas atribuições eram organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomíase, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá, tracoma e outras endemias existentes no país. Ficavam excluídas doenças como a varíola e a sífilis, para as quais eram mantidos serviços federais específicos, ou que eram de responsabilidade dos municípios e estados. Os cargos de direção e as funções gratificadas dos Serviços Nacionais extintos foram transferidos para os novos componentes do DNERu: Diretoria Geral; Divisão de Profilaxia; Divisão de Cooperação e Divulgação; Instituto Nacional de Endemias Rurais; Serviço de Produtos Profiláticos; Serviço de Administração e 25 circunscrições, correspondentes aos estados, aos territórios e ao Distrito Federal, com sede nas respectivas capitais.

A Divisão de Profilaxia tornou-se o grande dinamismo do DNERu, reunindo o maior número de sanitaristas e coordenadores de campanhas. Suas funções eram mapear a distribuição geográfica das endemias, estabelecer os métodos e recursos profiláticos a serem empregados, distribuí-los de acordo com as necessidades regionais; elaborar os orçamentos das campanhas e acompanhar seu desenvolvimento.

O Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu) deu dimensão nacional às pesquisas realizadas pelo Instituto de Malariologia, através de três unidades: o já mencionado René Rachou, em Belo Horizonte, o Instituto Aggeu Magalhães, em Recife, e Fundação Gonçalo Muniz, em Salvador. A *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, fundada em 1949, tornou-se o principal veículo de divulgação dos trabalhos dos sanitaristas e pesquisadores do DNERu.⁵

O Serviço de Produtos Profiláticos tinha a incumbência de preparar produtos usados no combate a vetores, hospedeiros ou agentes etiológicos de endemias sob responsabilidade do DNERu. A importância desse serviço aumentou na década de 1950 com a disseminação do uso dos inseticidas de ação residual e, na terapêutica, das sulfas e dos antibióticos de ação inespecífica. Doenças como malária, peste e febre amarela puderam ser controladas mais facilmente, a custos menores. A eliminação indiscriminada de moscas, percevejos, pulgas e mosquitos contribuiu para a redução de outras doenças — até que seus transmissores começassem a desenvolver resistência a estes inseticidas.⁶ As chamadas Unidades Distribuidoras de Auxílios Sanitários (UDAS), que cuidavam da distribuição de raticidas, inseticidas, medicamentos e outros produtos profiláticos, expandiram-se após a criação do DNERu. Em 1959, havia 25 mil operando em 15.381 localidades.⁷

Mario Pinotti estava ligado ao Partido Social Progressista (PSP), cujo líder, Adhemar de Barros, indicou seu nome para substituir Maurício de Medeiros na pasta da Saúde.⁸ Já como ministro, Pinotti concorreria a uma cadeira de suplente de senador no Pará, pela coligação PSD/PSP. Ele permaneceu no cargo até 1960.⁹ As primeiras tentativas de alterar a estrutura criada por ele ocorreram somente após o golpe de 1964, na gestão do ministro Raymundo de Britto, consumando-se na de Leonel Miranda.

A criação da SUCAM

Indicado por Carlos Lacerda para assumir a pasta da Saúde no governo de Castelo Branco, Britto tinha visão crítica do DNERu. Julgava que havia se rotinizado, sem supervisão e avaliação adequadas, seguindo cada estado o caminho que queria. Também se teria acentuado a separação entre trabalho de campo e pesquisa científica.¹⁰ Britto elaborou um Programa de Ação para o Ministério da Saúde, mas não teve tempo de executá-lo, pois foi substituído por Leonel Miranda em 1967. A lei nº 5.026, aprovada em 14 de junho de 1966, foi a principal realização administrativa de sua gestão. A chamada Lei Orgânica das Campanhas Sanitárias estabeleceu normas gerais para a sua implementação. O objetivo era coordenar nacionalmente as atividades públicas e particulares de prevenção e combate de doenças de alcance coletivo. O texto da lei reforçava a idéia de campanhas conjunturais para enfrentar epidemias, com a colaboração de instituições privadas, sem dar ênfase à permanência das atividades de prevenção. Revelava excessiva preocupação com

os custos e a contratação de terceiros para atividades temporárias. Não fazia referência aos aspectos técnicos dos serviços, às metodologias de profilaxia e pesquisa concernentes às doenças visadas pelas campanhas. A Lei Orgânica das Campanhas Sanitárias refletia a tendência ao aumento da participação dos interesses privados na gestão dos serviços de saúde e a ênfase crescente na clínica médica em detrimento da medicina preventiva.

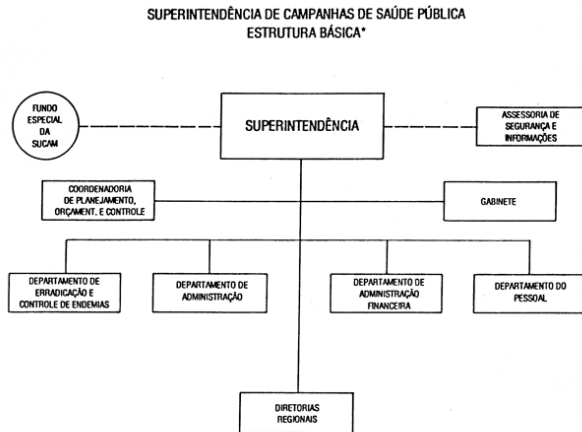
O decreto-lei nº 200, promulgado em 25 de fevereiro de 1967, dispôs sobre a organização da administração federal e criou o respaldo jurídico para as alterações institucionais que ocorreriam nos anos seguintes. O Plano Nacional de Saúde elaborado pelo ministro Leonel Miranda (mar. de 1967 a out. de 1969) aplicava a política consubstanciada naquele decreto-lei à área da saúde, prevendo a passagem de órgãos públicos para a órbita privada, mediante concessões e contratos.¹¹ A criação da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, já na gestão de Francisco de Paula Rocha Lagoa, foi um dos desdobramentos institucionais do decreto-lei nº 200.

Em meio a essas transformações, surgiu a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Criada pelo decreto nº 65.253, de 1º de outubro de 1969, teve sua estrutura e funcionamento detalhados pelo decreto nº 66.623, de 22 de maio de

1970, que tratou da organização administrativa do Ministério da Saúde. Seu novo organograma era encimado pela Secretaria de Saúde Pública, que enfeixava a SUCAM, a Divisão Nacional de Fiscalização e de Organização Sanitária e o Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças, composto por seis divisões nacionais: Educação Sanitária, Engenharia Sanitária, Epidemiologia e Estatística da Saúde, Tuberculose e Lepra.

A SUCAM resultou da fusão do DNERu e das campanhas de erradicação da varíola e da malária. Com maior autonomia administrativa e financeira, assumiu a responsabilidade pela erradicação ou controle de endemias nas antigas circunscrições do DNERu, que voltaram a se chamar Delegacias Federais de Saúde.

Em novembro de 1974, o decreto nº 74891 atrelou a SUCAM diretamente ao ministro da Saúde, dando-lhe maior flexibilidade técnica e administrativa.¹² A expansão das atividades de serviços que se transformaram em divisões (finanças, pessoal, material)¹³ acarretou a contratação de profissionais de especialidades como arquitetura, veterinária e farmácia, verificando-se, em contrapartida, a redução do quadro de médicos sanitaristas, em função dos baixos salários e da transferência de vários malariologistas e entomologistas para a Oficina Sanitária Pan-Americana, a partir de 1967-8.¹⁴ Os dados referentes à força de trabalho em 1991, quando foi criada a Fundação Nacional de Saúde, confirmam o desnível entre os quadros administrativo e técnico de funcionários.



* REGIMENTO INTERNO APROVADO PELA PORTARIA MINISTERIAL Nº 161/76

A criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)

As deliberações aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde e ratificadas pela Constituição Brasileira de 1988 deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e repercutiram na estrutura administrativa do ministério. Apesar das importantes conquistas incorporadas à nova Constituição, no período inaugurado pelo governo Collor, de grande instabilidade política e econômica, houve sérias dificuldades para a implementação das reformas previstas.

A FUNASA, criada por medida provisória de Fernando Collor, juntou a SUCAM e a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP).¹⁵ De acordo com seu estatuto, aprovado pelo decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, cabe a essa fundação implementar o controle de doenças e outros agravos à saúde; desenvolver ações e serviços de saneamento básico em áreas rurais; realizar estudos e

pesquisas sobre os problemas de saúde e suas tendências; apoiar os serviços locais e operar diretamente os de áreas estratégicas e de fronteiras.

A arquitetura da FUNASA difere dos órgãos que a antecederam. O Centro Nacional de Epidemiologia tem a função de promover e disseminar o uso dessa disciplina, ou metodologia, em todos os níveis do SUS, para subsidiar a formulação e a implementação de políticas de saúde. O Departamento de Operações planeja, coordena e executa ações e serviços de saúde e saneamento, e programas de assistência e cooperação técnica com estados e municípios. O Instituto Evandro Chagas cuida das pesquisas e análises laboratoriais relativas às viroses e outras doenças tropicais, especialmente na Amazônica. No nível local, as atividades da FUNASA são supervisionadas pelas coordenações regionais.

Essa arquitetura reflete a ambivalência que marcou a formação do novo órgão. É herdeiro de duas importantes tradições campanhistas, verticalizadas e centralizadas, que não pode abandonar, mas tem de se adaptar às novas dinâmicas decorrentes da descentralização dos serviços de saúde, originada de forte crítica àquelas tradições.

Em 1992, o IBAM (1992, p.51) constatou que havia ocorrido redução de insumos, de equipamentos e da capacidade de pesquisa de vetores. No final de 1991, restavam da antiga SUCAM, 417 funcionários de nível superior, 29.308 de nível médio e 2.837

auxiliares. Cerca de 30% da força de trabalho se aposentara ou fora posta em disponibilidade. O diagnóstico feito pelo IBAM externava grande preocupação com a falta de pessoal para as atividades de controle de doenças transmitidas por vetores, “notadamente de entomologia”. As áreas de saneamento e apoio técnico e administrativo, os centros de saúde e outras unidades ressentiam-se também da falta de pessoal qualificado para a assistência médica e o trabalho de campo”.¹⁶ A descentralização do combate a vetores não tem impedido a agudização das endemias, antigas ou emergentes. Por outro lado, concepções arraigadas no pensamento médico-sanitário rejeitam a municipalização do controle com base no argumento de que “mosquito não tem fronteiras”.¹⁷

Esta breve análise da trajetória das instituições vinculadas às campanhas nos permite perceber que o período compreendido entre 1953 e 1990 foi de transição entre dois grandes modelos de organização da saúde pública. Nos anos 1970, concomitantemente à implementação de bem-sucedidas campanhas nacionais de imunização, elaboraram-se novas propostas de reforma para a saúde pública, estimuladas por forte crítica ao modelo campanhista, que culminaram com a aprovação do SUS. Hoje, nos encontramos diante de um quadro sanitário que impõe a necessidade de retomar o debate acerca do papel das campanhas, que permita incorporar aos novos objetivos e ao novo formato político da saúde pública as experiências bem-sucedidas do passado.

Notas

¹ Não foram ainda devidamente estudadas pelos historiadores as campanhas sanitárias, tanto no que diz respeito às características gerais que as singularizam entre as políticas públicas de saúde, em variados contextos nacionais, como no tocante às doenças que diferem quanto às formas de transmissão e as técnicas de erradicação ou controle. O trabalho mais detalhado sobre a instituição das campanhas sanitárias no Brasil foi realizado em 1977 por Ana C. T. Ribeiro, Izabel Picaluga e Nilson Costa, constituindo até hoje referência obrigatória. Ver Ribeiro (1977).

² Ver discurso de Mário Pinotti em 24.04.1958 em nome da Sociedade Brasileira de Higiene, sala do Automóvel Clube do Brasil, em solenidade de homenagem a Juscelino promovida pela Associação Médica do Rio de Janeiro, em J. Moraes (1999).

³ Ver depoimentos de Celso Arcoverde de Freitas e Bichat de Almeida Rodrigues. Ver também *Arquivos de Higiene* (1948).

⁴ Ver Fernandes (2000).

⁵ Ver depoimento de Celso Arcoverde de Freitas (1994).

⁶ Magalhães (1961, p.91).

⁷ Ver Pinotti (1959).

⁸ Discurso de posse como ministro da Saúde em 1958. Ver Moraes (1999).

⁹ A saída de Pinotti do ministério é atribuída, por um lado, às divergências que ocorreram posteriormente entre Adhemar e Juscelino. Por outro lado, o DNERu passou por um inquérito administrativo em decorrência da má gestão de verbas, sendo Pinotti indiciado no processo. Ver *Dicionário CPDOC*, Moraes (1999) e entrevista de Celso Arcoverde de Freitas.

¹⁰ Ver Brasil (1966). Entrevistas de Celso Arcoverde de Freitas; Fausto Magalhães da Silveira; Pinotti (1959); Brasil (1968).

¹¹ Ver Bodstein (1989, p.111), IBAM (1992).

¹² Ver Rodrigues (1977) e IBAM (1992, p.28).

¹³ Uma rápida observação do organograma anexo permite detectar esta expansão.

¹⁴ Ver Celso A. Freitas (1994).

¹⁵ Ver Medida Provisória nº 151, de 15.03.90, que tratava da extinção ou dissolução de entidades da administração federal, e regulamentada pela lei nº 8.029 de 12.04.90.

¹⁶ IBAM (1992).

¹⁷ *Ibidem*