



GT – 9: Geografia histórica urbana

É POSSÍVEL UMA HISTÓRIA URBANA DA SAÚDE?

notas para a compreensão do sistema de saúde e a cidade do Rio de Janeiro entre 1922-2022

Autor: Guilherme Chalo
Filiação institucional: IPPUR - UFRJ
E-mail: guilhermechalo@gmail.com

RESUMO: Que novas questões podemos pensar sobre a história urbana tendo a saúde pública como fonte de reflexão? Afinal, quais são as temporalidades do adoecer e do curar que estão materializadas na cidade? Observamos que o espaço urbano carrega esse tempo complexo, assim quais são as temporalidades que envolvem a cidade quando o assunto é saúde? Sem dúvida o tempo do Estado é uma força na produção da cidade, mas não só. Estamos falando aqui de sujeitos que mobilizam os mais diversos saberes e práticas ao ato de curar e a explicação do adoecer. Esses tempos entram em conflito com ritmo de acumulação da cidade capitalista moderna. No Brasil o campo da história da saúde tem se desenvolvido desde o período de redemocratização, com novos sujeitos de pesquisa, novos arquivos e principalmente novas perguntas. o nosso objetivo com este trabalho é lançar reflexões para uma periodização da relação entre saúde coletiva e espaço urbano, através da cidade do Rio de Janeiro e a territorialização da atenção primária à saúde. Compreendendo as distintas temporalidades que as concepções de saúde pública legaram ao espaço urbano carioca. Refletindo como os debates sobre saúde pública tem um papel fundamental para a compreensão o processo de modernização brasileira e suas contradições.

Palavras-chave: Saúde Pública; Rio de Janeiro; SUS; História Urbana, Atenção Primária.

“desde o último quartel do século XIX a saúde tem frequentado a agenda intelectual e política brasileira menos pela sua afirmação e muito mais pelo seu avesso, ou seja, pela doença”.

G. Hochman, saúde pública e os males do brasil (2011)

“nossas deficiências epistemológicas e epidemiológicas podem, em sua base, ser as mesmas”.

Rob Wallace, pandemia e agronegócio (2021)

1.INTRODUÇÃO

A frase do professor Gilberto Hochman publicada no ensaio *Saúde pública e os males do Brasil* (2011) carrega um subtexto muito importante para a nossa reflexão; as práticas e os discursos sobre saúde têm participado ativamente no debate público brasileiro. Em última instância não podemos contar a história da modernização brasileira, aqui tomamos como modernidade o avanço das relações sociais capitalistas e suas contradições, sem pensar como os serviços de saúde foram sendo articulados e construídos no Brasil nos últimos cem anos.

Mais do que participar da agenda política e intelectual no Brasil, a saúde pública participou – e participa – da agenda urbana brasileira e sua construção. Podemos marcar aqui como os discursos sobre a higiene urbana tiveram um papel fundamental na modernização da cidade capitalista europeia nos fins do século XIX, nomeadamente em Londres e Paris. (Harvey, 2015; Hall, 1988) E como essas ideias aterrizaram nos trópicos, sendo a cidade do Rio de Janeiro - em franco processo de transformação - um laboratório para as novíssimas práticas urbanas importadas.

Topalov (1996, p.27) sintetiza esse momento de modernização do capitalismo e de suas cidades e de como o discurso sobre o progresso é hegemônico, ele aponta, que epopeia progressista foi escrita pelos próprios reformadores e atribui a estes a iniciativa: “nessa epopeia, os reformadores, ilustrados pela ciência, travam um combate justo contra a ignorância e os interesses criados, e tornam possíveis as mudanças necessárias para a modernização da sociedade”.

Esse momento que teve o discurso médico um nexos explicativo fundamental e organizador da vida social é o momento do nascimento das grandes cidades modernas, que já se assustavam com os arroubos da multidão da primeira cidade industrial (Bresciani, 1982). As reflexões de Michel Foucault têm um papel central para reconhecer as transformações no pensamento médico como práticas coletivas, nesse contexto de modernização. O autor reconhece como a moderna medicina se transforma em uma tecnologia sobre o corpo social, portanto urbano, começando na escala do indivíduo: o controle “não se opera pela consciência ou pela ideologia, mas começa pelo corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade

biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 2014, p.144) A cidade é uma construção biopolítica.

O espaço urbano vai passar, a partir do saber médico, por um conjunto de normatizações, posturas, códigos de comportamento e de construções, criando a fórceps a modernidade. Nós trópicos isso não será diferente sob a luz da saúde pública as elites urbanas vão criando um espaço a sua imagem e semelhança, já demonstrando as marcas da segregação e da desigualdade que são frutos da nossa formação social. Como argumenta Sevcenko (2018, p.78):

as vítimas são fáceis de identificar: toda a multidão de humildes, dos mais variados matizes étnicos, que constituíam a massa trabalhadora, os desempregados, os subempregados e os aflitos de toda espécie. A ação do governo não se faz somente contra os seus alojamentos: suas roupas, seus pertences, sua família, suas relações vicinais, seu cotidiano, seus hábitos, seus animais, suas formas de subsistência e sobrevivência, sua cultura. Tudo enfim, é atingido pela nova disciplina espacial, física, social, ética e cultural imposta pelo gesto reformador

O Rio de Janeiro é palco da modernização do capitalismo brasileiro e o higienismo, como utopia urbana das elites, tem um papel fundamental nesse processo de modernização, com a formação de uma cidade e da moral de um trabalhador para um novo momento de expansão do capitalismo. A lógica da violência policial contra as classes perigosas nos cortiços, legitimada pelo pensamento médico foi fundamental para transformar a cidade do Rio para esse novo momento, como observa Maurício de Abreu,

A partir do saber médico que a cidade se transformou, na Europa e no final do século XVIII, em objeto privilegiado de análise e de reflexão. Será também baseado nesse saber que o pensamento urbanístico moderno vai se estruturar no decorrer do século XIX, justificando, em nome das teorias higienistas, as inúmeras intervenções que serão realizadas nos mais diversos contextos urbanos (ABREU, 1996 p.163).

Desde o século XIX a cidade capitalista tem chamado atenção dos seus observadores pelo efeito da multidão que a vida urbana apresentava às classes abastadas das cidades. Os mais variados expedientes terapêuticos para a cidade pestilenta e miasmática vão dando forma às primeiras práticas de urbanismo moderno como conhecemos hoje. O urbanismo é tributário do pensamento sobre a saúde nas cidades, em outras palavras, o “urbanismo é filho da peste”.

Esse momento, comumente chamado de higienismo, mobilizou variados grupos, classes sociais e diversos estudiosos e planejadores das cidades, principalmente em crítica às mazelas

da cidade industrial, onde a higiene entra no léxico discursivo para criticar a desordem urbana e propor, baseado na ideia positivista de ordem, a cidade saneada.

O primeiro passo, para pensarmos uma história da saúde urbana, é buscar uma definição de fenômeno urbano que ofereça as bases para a nossa reflexão. Milton Santos em seu texto “*a forma e o tempo: a história da cidade e do urbanismo*” (2008), nos alimenta com algumas inquietações metodológicas sobre o tema. Começando com um levantamento das dificuldades de interrogar o passado e como essa paisagem urbana pretérita tem morada no presente, assim o autor observa:

nenhum estudo de geografia urbana que se respeitasse podia começar sem alusão à história da cidade, às vezes até de forma abusiva. Sem essa preocupação de contar o que foi o seu passado, era impossível abordar esta ou aquela cidade. Hoje, porém, fazemos frequentemente uma geografia urbana que já não tem base no urbanismo. É uma pena, porque praticamente já não ensinamos como as cidades se criam, apenas criticamos as cidades do presente. Isso fez com que a disciplina “história da cidade” ficasse órfã. Tornase, pois, salutar essa retomada, sobretudo porque se faz segundo um enfoque multidisciplinar (Santos, 2008, p.99).

Nesse sentido, Milton Santos propõe uma definição e ao mesmo tempo uma diferença entre a cidade e o urbano. Assim, o “urbano é frequentemente o abstrato, o geral, o externo. A cidade é o particular, o concreto, o interno. Não há o que confundir. Por isso, há histórias do urbano e histórias da cidade” (2008, p. 99). Portanto, o urbano é o processo geral, é o desenvolvimento da lógica capitalista no espaço e a cidade é a sua materialização; apontando uma diferenciação e assumindo que devemos contar duas histórias.

A partir de uma primeira definição entre a cidade e urbano, outra pergunta é necessária para pensar a relação entre a saúde e o urbano: qual é o nosso conceito de tempo? Ou melhor, quais são os tempos em jogo na complexa relação entre saúde pública e a cidade?

Bernard Lepetit em seu ensaio “*é possível uma hermenêutica urbana?*” (2016), nos apresenta algumas questões que inauguram uma visão crítica sobre como contar as histórias do fenômeno urbano. Essa crítica parte da definição de tempo, basilar no pensamento historiográfico, o autor aponta: “Em contraste com o tempo monótono da mecânica clássica e do urbanismo funcionalista, o tempo das teorias da auto-organização caracteriza-se tanto rumo inesperado de algumas de suas evoluções quanto pela complexidade” (2016, p. 173). Esse tempo complexo propõe uma variação e pluralidade de tempos que compõem o espaço urbano,

tempos "descompassados cujas modalidades de combinação geram mudança a cada instante" (2016, p.174). É por uma definição desse tempo complexo que o historiador francês nos chama à reflexão e nos encoraja a trocar "as bifurcações pelos descompassos, o rumo das trajetórias pela pluralidade das temporalidades" (ibidem).

Essas temporalidades se materializam no espaço urbano, "na escala das grandes intervenções do urbanismo, mas também na das mil pequenas mutações repetidas que modificam o tecido urbano, os tempos da cidade são fortemente demarcados" (ibidem, p. 175). São essas demarcações que constroem as cidades no cotidiano e aqui não podemos perder de vista que essas temporalidades podem ser conflitantes, podem se materializar a partir de ritmos contraditórios e conflituosos. O espaço urbano se produz a partir do conflito de diferentes ritmos em diferentes escalas.

As questões que Lepetit apresenta sobre a complexidade dos tempos na cidade, nos remete ao provocativo ensaio de Walter Benjamin sobre o conceito de história (2012) um texto que propõe uma concepção renovada de história que, nas palavras do autor, tenta "estabelecer uma cisão inevitável entre nossa forma de ver as sobrevivências do positivismo" (Löwy, p.33, 2005).

A partir de suas teses podemos vislumbrar uma concepção de tempo, que nos mostra o conflito entre as diferentes temporalidades na modernização capitalista. Suas teses são um chamado a uma visão crítica sobre o progresso capitalista, levando em consideração que "Não há documento de cultura que não seja também documento de barbárie" e nos lega uma tarefa de compreensão desse processo de modernização e assim "escovar a história a contrapelo" (Benjamin, 2012, p.13). Ou seja, uma tarefa de identificar o papel do conflito como componente fundamental da história e de rememorar seus ritmos e seus lugares no espaço urbano.

Reconhecendo que este processo de modernização é profundamente desigual e lega marcas à nossa cidade hoje, o nosso desafio é afirmar do ponto de vista da saúde pública e do espaço urbano que "articular historicamente o passado não significa reconhecê-lo 'tal como ele foi'. Significa apoderarmo-nos de uma recordação quando ela surge como um clarão em um momento de perigo" (Benjamin, 2012, p.11).

Portanto, que novas questões podemos pensar sobre a história urbana tendo a saúde pública como fonte de reflexão? Afinal, quais são as temporalidades do adoecer e do curar que

estão materializadas na cidade? Observamos que o espaço urbano carrega esse tempo complexo, assim quais são as temporalidades que envolvem a cidade quando o assunto é saúde? Sem dúvida o tempo do Estado é uma força na produção da cidade, mas não só. Estamos falando aqui de sujeitos que mobilizam os mais diversos saberes e práticas ao ato de curar e a explicação do adoecer. Esses tempos entram em conflito com ritmo de acumulação da cidade capitalista moderna.

No Brasil o campo da história da saúde tem se desenvolvido desde o período de redemocratização, com novos sujeitos de pesquisa, novos arquivos e principalmente novas perguntas. Hochman, Teixeira e Pimenta (2018) projetam um balanço deste campo da história no Brasil, mostrando a sua complexidade, multidisciplinaridade e demonstram também o seu processo de institucionalização e vivacidade contemporânea.

Segundo os autores a

percepção de que a história é um lugar de disputa e que o passado narrado é constatável gera incompreensões de outros campos profissionais sedutoras ao encanto de Clio. No Brasil o acolhimento da narrativa histórica no campo da saúde tem sido mais positivo uma vez que esta tem ocupado um lugar importante no debate da reforma sanitária (2018, p. 10).

Esse contexto de renovação crítica do campo da história da saúde é fundamental para levantarmos a atualidade deste campo e interrogar como o urbanismo e o planejamento urbano tem refletido sobre a relação entre história, espaço urbano e saúde/doença.

Ao passo que reconhecemos a importância da reflexão oriunda desse contexto para os trabalhos que estão na interseção entre urbanismo e saúde pública, novas perguntas ainda estão por vir. Como nos ensina Roberto Schawarz (2014, p.199) “as perguntas que dirigimos ao passado têm fundamento no presente”, o nosso presente é de ataque a direitos conquistados e a Constituição de 1988, nosso presente é de retração de políticas sociais que interferem diretamente na determinação da saúde em várias cidades brasileiras, nosso presente é de ataque ao Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema universal de saúde e o nosso presente de um evento global de saúde pública sem precedentes da nossa história que urge por uma reflexão sobre suas raízes urbanas (Barcellos, 2008).

Portanto, o nosso objetivo com este trabalho é lançar reflexões para uma periodização da relação entre saúde coletiva e espaço urbano, através da cidade do Rio de Janeiro.

Compreendendo as distintas temporalidades que as concepções de saúde pública legaram ao espaço urbano carioca. Refletindo como os debates sobre saúde pública tem um papel fundamental para a compreensão o processo de modernização brasileira e suas contradições.

2.O RIO DE JANEIRO NOS ANOS 1920

Os primeiros vinte anos do século no distrito federal, foram um laboratório para as principais concepções de saúde pública vinculantes no debate científico da época, a cidade do Rio acabará de sair do regime escravista, era um dos principais portos mercantis da América do Sul, fruto do som do chicote que estalou por 388 anos.

Na cidade colonial, os escravos coloriam as ruas com seus pregões e cantos de trabalho. No começo do século XX, eram homens juridicamente livres – “escravos, agora, de suas necessidades: meninos vendendo jornais, negros fabricando cestas na calçada, o português que toca perus com a cara comprida, o italiano do peixe, o turco dos fósforos, o vassoureiro, o garrafeiro, a negra da canjica. Cada qual contribuía com seus sons para a polifonia das ruas” (Benchimol, 2018, p.259).

Essa cidade palco do desenvolvimento da economia brasileira, desde sua fundação sofria com surtos e epidemias de doenças infecciosas, que foram se agravando com o passar do tempo dentre elas: “o cólera atingiu o Brasil em 1855-56, na cauda da terceira pandemia do século XIX, e nos anos 1890, pouco tempo antes da peste bubônica. A tuberculose, as disenterias, a malária e febres chamadas por dezenas de nomes crepitavam no capital e nas províncias” (Benchimol, 2018, p.225).

Essas doenças eram fruto de grande debate na sociedade carioca desde o império, com a criação das primeiras instituições médicas em Salvador e no Rio de Janeiro como a Academia Imperial de Medicina e as Faculdades de Medicina, a saúde pública era assunto da crônica; são vários os relatos, gravuras, opiniões e caricaturas onde as epidemias figuram como assunto, sintetizando visões sobre o espaço público, seus problemas e possíveis soluções.

A explicação desses agravos passara pela configuração do solo, pelo regime de ventos, pelo clima, pelo relevo e por todo um conjunto de observações ambientais que geravam os maus ares provedores de doenças, comumente conhecido por miasmas.

A consolidação da revolução industrial, o declínio do tráfico, a expansão das ferrovias e dos navios a vapor manteve a centralidade da acumulação em mãos inglesas ao mesmo tempo que consolidou os Estados nacionais e as economias agroexportadoras na periferia do capitalismo, com as cidades portuárias como centros nervosos desse modelo de acumulação que já se mundializada.

Esse novo padrão de acumulação moderno constituiu uma nova conjuntura sanitária para a cidade do Rio de Janeiro, os pântanos e os morros eram reconhecidos como os principais focos de doenças na cidade, visto que lançavam miasmas e impediam a circulação dos ares. Em conjunto com os cortiços, hospedarias e casas de cômodos em que se aglomeravam a pobreza e as doenças. Desde o final do século XIX, onde em 1876 uma grande epidemia de febre amarela assolou a cidade, já circulava pelas elites cidadinas a visão da necessidade de reformas urbanas capazes de deter as epidemias que assolavam a cidade.

A passagem do século na cidade do Rio de Janeiro será palco de duas interpretações conflitantes que modelariam as estratégias de saúde pública na cidade, de um lado a teoria miasmática na explicação das doenças e de outro a teoria dos germes de Pasteur. Que neste momento vão coexistir em conflito no debate científico no Brasil.

A Teoria miasmática vai inspirar o conjunto de melhoramentos que sob a batuta de Pereira Passos e Lauro Muller iria irromper a cidade nos primeiros anos do século XX. Rodrigues Alves então Presidente da recém instaurada República, em um manifesto a nação indica que “a capital da República não pode continuar a ser apontada como sede de vida difícil, quanto tem fartos elementos para constituir o mais notável centro de atração de braços, de atividades e de capitais nesta parte do mundo” (Documentos Parlamentares, 1978, p.307 apud Benchimol, 2018, p. 258). Os melhoramentos da região portuária e a abertura da Avenida Central vão rasgar a cidade colonial modificando significativamente o a urbe carioca, tentando dar ares modernos a cidade colonial, como demonstrou o discurso do presidente. A cidade ganharia um Boulevard ao estilo parisiense ao passo que atraia novos capitais para o porto renovado.

Da teoria pasteuriana resultou a saúde pública de campanha, que teve um dos seus principais nomes Oswaldo Cruz, neste momento discípulo de Pasteur formado em Paris, que comandava a Diretoria Geral de Saúde Pública do Distrito Federal. E assumiu o desafio de

combater a febre amarela e a varíola na cidade, com campanhas que já vinham sendo estimuladas pela municipalidade. E neste contexto que a vacinação obrigatória é executada e a cidade entre e convulsão, no episódio conhecido como Revolta da Vacina. Esse contexto, vai marcar um movimento da cidade do Rio de Janeiro para a separação dos corpos na cidade, tendo como ferramenta o discurso da higiene pública (Sevcenko,2018).

Mas é no final dos anos 20 em 1918 que a cidade do Rio de Janeiro enfrentará mais um grande desafio em saúde pública, só que desta vez global: a pandemia de Gripe Espanhola. Demonstrando que mesmo com todo o esforço higienista com a exaltação da moderna ciência e da “civilização” que foi construída na capital da república, a cidade do Rio de Janeiro ainda ia se revelar marcada pelas epidemias.

A espanhola chega ao Brasil de navio, inicialmente as cidades portuárias foram as principais afetadas pela doença em franca expansão global, em um mundo marcado pelos esforços de guerra e seus impactos sociais, até aquele momento nunca antes vistos.

A República que significara um tempo novo marcado pelas ideologias positivistas da época em várias partes do mundo, no Brasil carrega traços conservadores e excludentes, marcando um movimento que vamos rever em nossa história, “a mudança para continuar tudo igual”, visto que a Proclamação da República não consistiu em um aumento da participação democrática no espaço público. O processo constituinte de 1891 é excludente e não cria uma política de saúde pública em âmbito da união. São Diretorias de Saúde Pública em nível estadual que vão se encarregar das políticas públicas de saúde em âmbito geral.

No distrito federal a Diretoria Geral de Saúde Pública figurava como um importante laboratório de novas práticas, muitas importadas dos higienistas europeus e principalmente da moderna medicina em construção entre Paris e Berlin. Em conjunto com o Instituto Oswaldo Cruz vão fazer a vigilância portuária e a profilaxia de várias doenças urbanas e rurais, que seria marca dos primeiros anos do Instituto sob o comando de Oswaldo Cruz.

A gripe espanhola, calcula-se, que atingiu direta ou indiretamente 50% da população mundial, atingiu a cidade do Rio de Janeiro fortemente,

As mortes no Brasil, ao longo do período pandêmico, chegaram à triste marca de 35 mil vítimas. O Rio de Janeiro mais núcleo urbano nacional, apresentou o número de óbitos mais elevado. Em dois meses, faleceram em torno de 12.700 pessoas, por volta, de um terço do total registrado no país, para uma

população de quase 1 milhão de habitantes. O momento crítico deu-se em meados de outubro, quando a Diretoria Geral de Saúde Pública, por meio do seu titular Carlos Sidl, admitiu a impossibilidade de a gripe ser controlada. (Schwarcz; Starling, 2020, p.65)

A cidade parou, apesar da negação inicial até outubro daquele ano, a campanha de combate à doença ficou a cargo do sanitarista Carlos Chagas que contou uma campanha de 27 pontos de atendimento na capital federal.

O mundo moderno que se descortinava em velocidade na cidade do Rio de Janeiro, sofreu um dos primeiros golpes com a pandemia de Espanhola revelando uma contradição fundamental para a sociedade brasileira e sua capital federal. Quanto maior a integração nos mercados mundiais e a ascensão ao mundo das mercadorias, maiores os riscos sociais e sanitários para aquela sociedade.

3. A SAÚDE NA ERA VARGAS

O governo Vargas amplia a força das políticas de saúde que estavam sendo geridas e gestadas no âmbito federal desde os anos 20. Se antes a ideia de nação estava vinculada ao espaço público da capital federal como uma espécie de representação do poder republicano. Agora sob Vargas a política de saúde vai representar a própria ideia de nação na constituição de um trabalhador novo. Criando um arcabouço institucional e burocrático capaz de acelerar reformas atrelando a saúde pública a categorias profissionais e avançando o poder do Estado sob espaços antes dominado por elites locais (Santos, 1985).

Esse processo de reformulação institucional vai criar o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Duas vertentes institucionais com dois modelos de políticas de saúde pública que vão se acomodar e de alguma forma entrar em conflito no período (Fonseca, 2007).

No âmbito do MTIC vamos ter um modelo de assistência pautado pela previdência por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Garantidos pela recente legislação trabalhista a determinadas categorias laborais, com dever do Estado e dos empregadores. Sendo uma das marcas da cidadania regulada que marcou o espaço urbano no período, não só pela política de saúde pública, mas por um conjunto de política sociais atrelado a carteira de trabalho. Dentre elas a habitação. No âmbito do MESP vamos ter um passo na garantia da universalidade de atenção a saúde pública, como um direito social

adquirido por toda a população e dever do Estado. Para que este processo se materializasse necessitaríamos de um pacto entre entes da federação que garantissem esse novo modelo de saúde pública. Entretanto,

No contexto dos anos 30, com a configuração política existente o governo Vargas foi incapaz de gerar um pacto federativo que possibilitasse o enquadramento dessas atribuições e, por conseguinte, assegurasse os serviços de saúde como um direito social. O arranjo se mostrou inviável, devido à grande diversidade regional e partidária e à histórica divisão desigual do poder entre os entes federativos. Para garantir a viabilidade da institucionalização e a consolidação de um sistema público de saúde, os conflitos de interesses foram solucionados através de mecanismos centralizadores e autoritários, que fortaleceram o papel da União, mas não lhe conferiam o dever pela execução (Fonseca, 2007, p.261)

No plano do Distrito Federal, a atuação de Pedro Ernesto nos primeiros anos da década será de extrema importância para consolidar

assistência médica como um dos focos privilegiados de atuação pública, fortalecendo institucionalmente um modelo de prestação de serviços na área da saúde como atribuição do Estado, com ênfase na ação curativa, que se destinava à população em geral, sem restrições de acesso. A esse perfil de intervenção pública que formalizava a obrigação do governo de assegurar assistência médica a toda a população da cidade, contrapunham-se por outro lado os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPSs), que, vinculados ao MTIC e inseridos no âmbito da previdência, iam também criando na cidade os seus hospitais destinados a prestar assistência médica aos seus segurados (Fonseca, 2008, p.103)

Esse contexto marcou fortemente a história da saúde pública e conseqüentemente as realidades urbanas que se caracterizavam nesse segundo processo modernizador da realidade brasileira, agora franco processo industrializante. Se por um lado a esfera do trabalho passa por um processo de racionalização onde a saúde tem um papel fundamental. Agora a saúde pública também se transforma em pauta de grupos de trabalhadores organizados. Em um processo contraditório, visto que a universalização dos serviços de saúde que se colocava no horizonte ainda era um processo longo que tardaria a se institucionalizar na realidade brasileira só em 1988.

Interessante é marcar que este período fecha um processo de longa duração na história brasileira onde a saúde pública tem um papel fundamental no processo de modernização do capitalismo brasileiro, dando forma as categorias laborais que seriam aptas a usufruir do parco

sistema institucional que se constituía no Brasil. Ao mesmo tempo que a cidade brasileira se modificava neste longo processo biolítico onde os espaço da casa e do trabalho vão passando por transformações significativas que observamos até os dias de hoje.

4. A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA AMPLIAÇÃO NO ESPAÇO URBANO

A história do que convencionamos chamar de atenção básica no âmbito do SUS, vem de uma longa trajetória dos sistemas de atenção à saúde na cidade do Rio de Janeiro. Já em 1924 no âmbito do II Congresso Brasileiro de Higiene debate-se a ideia de um modelo dos Centros de Saúde (CS), quebrando a ideia das grandes campanhas contra agravos específicos, segundo Campos et al (2016, p.1355), a intenção dos centros de saúde era que se tornassem unidade de referência, instaladas em núcleos urbanos e realizando reformas de cunho modernizante. Em 1925, Paula Souza instalou os CS do Brás, do Bom Retiro e do Instituto de Hygiene. A posse de Clementino Fraga no DNSP, em 1926, viabilizou a implantação do primeiro CS no Distrito Federal. Juntamente com Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle, inauguraram, com a presença do Presidente Washington Luís, no dia 1º de janeiro de 1927, o CS de Pilares. As vantagens enaltecidas por Clementino Fraga, quando da sua inauguração, eram principalmente de natureza gerencial: ao invés da divisão por funções, em que cada uma das repartições era especializada em uma doença, fazia-se imprescindível, especialmente em uma grande cidade como o RJ, um sistema de divisão por tarefas, centralizadas todas em um mesmo distrito sanitário. Esse trabalho foi organizado em Centros de Saúde, distribuídos em regiões estratégicas da cidade

Sob essa perspectiva as cidades deveriam ser divididas em distritos e casa deveria ser chefiado por um médico sanitário, sendo assim, todas as antigas inspetorias de higiene foram aglutinadas em uma só, assim “O município foi dividido em 12 Distritos Sanitários, entre 110 mil e 150 mil habitantes cada” (Campos et al, 2016, p.1356).

Na década de 1940 em diante, a então capital da república deixa de ser prioridade frente a necessidade de se consolidar serviços de saúde no âmbito do Estado Nacional, portanto houve uma forte tendência de “cunho campanhista e vertical. A partir de 1940 foram criados os Serviços Nacionais de Febre Amarela, Lepra, Tuberculose, Malária, Peste, Câncer, Doenças

Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Portos, Águas e Esgotos e Bioestatística” (Campos et al, 2016, p.1356).

Mesmo assim a rede dos centros municipais de saúde continuou a ser uma referência no nível federal, e permaneceram como referências para a organização do sistema de saúde por todo o país. Uma das principais preocupações deste período era

mapear a rede sanitária e também em estabelecer o princípio da divisão distrital e monitorar o seu desenvolvimento em todo o território brasileiro. A Divisão de Organização Sanitária encarregava-se ainda de classificar as unidades segundo o seu porte e complexidade, determinando que as capitais e as grandes cidades brasileiras deveriam ter, no mínimo, um centro de saúde (Campos et al, 2016, p.1356).

A partir da década de 1970, precisamente a partir de 1978, como resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata no Cazaquistão, que teve como resultado prático uma declaração onde enfatizava e ampliava o conceito de saúde e doença como um esforço de várias entidades da sociedade civil em todo o mundo.

A política de atenção primária no Brasil, principalmente no Rio de Janeiro começa a sofrer uma mudança neste período inspirados nos preceitos da conferência. Assim temos uma grande ampliação dos serviços de atenção primária por toda a cidade.

Um dos grandes ganhos deste período e a tentativa de incorporar o fundamento da integralidade nos serviços de saúde. Na década de 1980 tivemos uma nova ampliação da atenção básica na cidade, com uma nova rede de “27 Postos de Saúde e concentrou-se, novamente, na zona oeste da cidade” (Campos et al, 2016, p.1358).

Em 1988 nós temos um marco fundamental que é a criação do SUS, e temos neste momento a descentralização da gestão da atenção primária para os municípios segundo Campos et al (2016) dando uma maior ênfase na atenção primária as ações de promoção e prevenção em saúde.

No Rio de Janeiro neste período, a cidade tinha um conflito entre a antiga saúde previdenciária e seus antigos Postos de Atendimento Médico da Previdência Social e o Programa Saúde da Família criado em 1993. Que só no final da década irá ser reconhecido como uma estratégia de atuação do SUS depois de muitos conflitos.

Isso significou uma, “mudança na prática de saúde e configurou-se numa proposta de reorganização para todo o sistema. A partir de então o número de equipes de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família se elevou em todo país” (Campos et al, 2016, p.1359).

No início dos anos 2000 há uma expansão da estratégia, mas ainda com um forte viés de programas específicos, “limitando a assistência médica para os usuários do serviço que se enquadrava em alguns dos programas, como hipertensão, tuberculose, saúde da mulher, etc” (Campos et al, 2016, p.1359).

Nos últimos anos vimos um aumento significativo dos serviços de saúde – principalmente da atenção primária - na cidade do Rio de Janeiro, esse aumento acompanha o ritmo de preparação da cidade para os megaeventos da última década.

A questão que nos move, é qual o formato dessa expansão? Sobre que modelo de gestão essa ampliação se deu? E qual é o modelo de atendimento praticado e conseqüentemente que concepção de saúde pública essa política de atenção básica apresenta.

A atenção primária em saúde tem um papel fundamental nesse processo, neste contexto surge as Organizações Sociais braços administrativos e burocráticos para a gestão dos serviços da atenção básica. A tese de Daniel Soranz (2017) nos ajuda a compreender essa expansão, do ponto de vista do gestor e nos ajuda a delimitar o discurso oficial sobre o que ele denominou de “reforma dos cuidados em atenção primária à saúde”.

No Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009 a 2012, apresentou-se formalmente o programa Saúde Presente, com diretrizes para toda a administração municipal. Sua primeira diretriz se enunciava em: “Ampliar a cobertura e melhorar o atendimento assistencial dos serviços de atenção primária a partir de uma nova estratégia de saúde da família.” (Soranz, 2017, p,23),

Um fato decisivo segundo o autor foi a reforma administrativa, um dos seus pontos foi o pagamento por desempenho aos profissionais de atenção primária atrelado a um conjunto de indicadores de acesso, desempenho assistencial, eficiência e coordenação do cuidado, utilizando como principal referencial e influência a Reforma dos Cuidados Primários de Portugal. Com os incentivos financeiros pagos por desempenho, buscou-se uma maior harmonização entre os objetivos organizacionais e os profissionais de saúde (Soranz, 2017, p.26).

Não só esse ponto foi importante, segundo o autor a câmara de vereadores da cidade pactuou sobre um importante fator para essa nova forma de gestão dos serviços de saúde que se iniciava na cidade, assim

o novo arcabouço jurídico aprovado pela Câmara de Vereadores da Cidade, em abril de 2009, e posteriormente regulamentado, que se refere à proposta apresentada de um novo modelo organizacional, tendo apoio à gestão de organizações sociais para a saúde. Este modelo permitiu que se reduzisse os tempos de compra de material permanente e de consumo, assim como viabilizou a contratação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família por CLT, eliminando-se os vínculos precários existentes e o tempo de realização dos processos seletivos de pessoal. Desde meados de 1980, as transformações geradas pela globalização econômica mundial impulsionaram a formulação e a implementação de Reformas Administrativas, inspiradas na “Nova Gestão Pública”. No Brasil, essa agenda gerou, na década de 1990, a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado – PDRAE. No que tange à dimensão gerencial, o PDRAE se valeu de três pontos centrais: construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional – o modelo das organizações sociais; gestão para resultados e novas formas de accountability (Soranz, 2017, p.39)

Segundo a antiga Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – que foi modificada em 2017 - as equipes de saúde da família são compostas por no mínimo um médico da família, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que mapeavam os determinantes sociais e a situação de saúde do território que trabalham. Assim, nós tivemos um significativo aumento da política de saúde focada na atenção básica por toda a cidade, e a política de saúde participou cada vez mais da vida urbana ao longo dos últimos anos.

No entanto, importantes críticas ao modelo de gestão por OS foram feitas por trabalhadores, usuários e comunidade acadêmica, principalmente em relação aos recursos públicos repassados as entidades privadas que não são obrigadas a fazer licitações para compras e contratação de serviços; e a precarização dos vínculos dos trabalhadores a partir da contratação via CLT.

Isto posto, é fundamental discutirmos sob que preceitos essa expansão dos serviços está colocada e quais questões do ponto de vista da política na cidade do Rio de Janeiro isso nos levanta.

A história das organizações sociais na saúde vem de um longo caminho das ideias neoliberais no Brasil, principalmente na década de 90 com o governo de Fernando Henrique

Cardoso que opera uma reforma no Estado brasileiro a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

Esse documento dá o ponta pé inicial a uma série de mudanças de cunho gerencial e parte do diagnóstico que o Estado não tem a capacidade de fazer investimentos em áreas chave, ele descreve quais áreas são exclusivas da atuação do Estado e que outras áreas não são exclusivas e, portanto, podem ser reguladas, mas executadas serviços prestados por outros.

A área da saúde, segundo o Plano, não está dentro dos serviços exclusivos do Estado, para ser mais eficiente deveria ter a sua execução por entidades públicas não estatais entidades de direito privado que, por iniciativa do poder executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito a dotação orçamentária.

Apesar do amplo apoio político desta medida a efetivação dos projetos de organizações sociais da área da saúde não foram imediatos, “tendo somente alguns estados e mesmo hospitais isoladamente aderindo ao modelo logo após a edição da medida provisória que cria as OS em 1998” (Fonseca, 2013, p. 27).

A partir daí nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) nós tivemos uma batalha constante entre o movimento da reforma sanitária defendendo uma ampliação dos serviços de saúde a partir dos seus pressupostos de reforma do Estado por investimentos públicos. A outra corrente privatista, baseadas em novos modelos jurídicos institucionais para financiar mudanças na política de saúde, profundamente associadas ao receituário neoliberal (Bravo; Menezes 2011).

E a cidade do Rio de Janeiro expande seus serviços de atenção básica como vimos anteriormente sob esse modelo, a partir de maio de 2009 “a prefeitura do Rio de Janeiro passou a poder firmar contrato com pessoas jurídicas de direito privado, qualificadas como Organizações Sociais” (Fonseca, 2013, p.30).

Podemos tecer dois conjuntos de críticas a essa expansão e o que ela significou para os serviços, um primeiro fator é a precarização dos serviços de atenção básica. O modelo de não estabilidade empregatícia garantida pelo formato das OS, segundo seus defensores, significaria aumento da produtividade dos trabalhadores.

Mas o que observamos foi um aumento da rotatividade já que os trabalhadores perdem o plano de cargos e salários somado a lógica do produtivismo focado em resultados, o que claramente precariza os serviços prestados à população. Embora o discurso oficial sempre foi o de melhora na qualidade de serviços, ampliação dos serviços principalmente da atenção básica tendo a saúde da família como eixo norteador a escolha pelo modelo das OS traz importantes questionamentos sobre a qualidade do acesso aos serviços de saúde.

A expansão por utilização das OS tem se mostrado antagônico aos próprios princípios do SUS e da Reforma Sanitária, porque restringe a atuação do Estado como mero regulador das políticas nas nossas cidades, e a lógica de metas de produtividade por procedimentos médicos reafirma o modelo centrado no indivíduo e na doença e não na determinação social da saúde um dos pilares da Reforma Sanitária.

5. IN - CONCLUSÕES

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um sistema complexo, que envolve diariamente milhares de pessoas diretamente, entre usuários, agentes, trabalhadores e prestadores de serviços e indiretamente, com a atuação das vigilâncias, vacinação, da atuação com políticas de educação em saúde e a prevenção de várias doenças.

Esse sistema complexo mobiliza diversos trabalhadores em uma rede territorializada organizada entre os três entes federativos, com múltiplas escalas de atuação e com profunda conexão com as realidades urbanas das cidades brasileiras. O SUS faz parte da rede de atuação do Estado em diversos espaços e é fundamental para garantir acesso à saúde e a qualidade de vida de vários territórios historicamente excluídos da produção da cidade, portanto, a atuação dos agentes do sistema e a sua própria estrutura pode impactar positivamente na qualidade de vida e na determinação social da saúde e da doença dos territórios.

Toda essa estrutura parte de um movimento social construído no seio da resistência à ditadura e que se fortalece com a redemocratização brasileira, formado por um amplo espectro da sociedade que tem como uma reivindicação a garantia pelo Estado do acesso à saúde; marcando a saúde como pública dever do estado e fundamental para a construção de uma sociedade justa e igualitária.

Nos últimos 20 anos agentes do SUS tem se baseado cada vez mais nas categorias espaciais para buscar explicações e conexões entre a situação de saúde de determinadas populações e condições sociais de moradia, trabalho etc. o que se convencionou denominar de Determinantes Sociais em Saúde (DSS).

Como determinantes sociais em saúde, compreendemos as condições socioeconômicas e ambientais mais gerais que determinam porque alguns grupos são mais suscetíveis a algumas doenças do que outros, ou seja, como habitação, trabalho, educação, alimentação serviços de saúde etc.

Como aponta Gomdim et ali (2008, p.238),

Uma cidade é capaz de produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços, e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura espacial é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza.

Portanto, a determinação da saúde está vinculada diretamente com os processos espaciais de organização do território, porém, é também pensando o conceito de território que o sistema de saúde se organiza para alterar positivamente esses determinantes.

A partir de um diagnóstico feito pelo movimento da reforma sanitária do contexto da realidade brasileira anterior ao SUS, onde havia um quadro de desigualdade de acesso aos serviços e aos recursos em saúde fruto e aprofundando o quadro geral da marcante desigualdade social brasileira.

São nas cidades que ocorre a disputa pelos diferentes sentidos do SUS e do direito à saúde, pois, a relação entre direitos e cidadania no Brasil é um campo aberto e de disputa, atualmente vivemos um momento de inflexão neoliberal profunda onde a disputa pelo SUS está no palco principal.

Nos últimos anos no Brasil o pensamento neoliberal tomou conta dos debates políticos e estratégicos na sociedade, se transformando em um pensamento único sobre quais os caminhos que o estado tem que tomar na gestão da coisa pública, onde o mercado e o indivíduo funcionam como dois mitos fundadores. Contraditoriamente, ao longo dos últimos anos o SUS tem se afirmado como um dos maiores sistemas públicos de seguridade social, garantindo o acesso de pessoas pobres e de grupos sociais vulnerabilizados a serviços de saúde.

A razão neoliberal está cada vez mais expressa nas nossas cidades, em um processo que Harvey denominou de empresariamento urbano onde as parcerias públicas privadas e as privatizações vão cerceando cada vez mais as pessoas do acesso a bens fundamentais para a produção de saúde, com por exemplo, as parcerias público privadas com as organizações de saúde (OS's).

A privatização, terceirização, parceria público-privada, descentralização com desregulamentação e fragmentação da rede de atenção, fim da gratuidade apontam para uma trajetória de ataques ao SUS e um movimento de contrarreforma sanitária, ao mesmo tempo que reforça um conceito de saúde que nega os determinantes sociais e reforça a dimensão individual como aquela fundamentam para as políticas de saúde que se restringem ao acesso a medicina e a fármacos.

A aposta do movimento da reforma sanitária em fazer uma luta pelo direito a saúde dentro do Estado brasileiro coloca em questão o constante aparelhamento pelo do Estado por grupos políticos e esses grupos são produtos e produtores da latente crise de representatividade que a sociedade enfrenta.

É fundamental reconstruir o SUS e o seu caráter público dentro das instituições democráticas, continuar propondo uma reforma do estado, com um bloco político que reafirme o caráter público e universal do SUS, que garanta o sistema não só como uma política federal, mas que sua gestão e financiamento tenha fundamento nos três entes da federação.

Entretanto André Dantas (2018, p.1715) nos levanta uma questão fundamental para pensar o atual momento de crise do capital e o SUS,

Ainda acreditamos que é possível preservar ou mesmo fortalecer o SUS (público e universal) através de uma luta que se esgota nele mesmo? Queremos a mesma democracia que reivindicamos na luta contra a ditadura, porque com elas teríamos garantidas as regras do jogo que franqueariam a possibilidade, institucional de domar o capital e controlar o Estado?

Com os constantes ataques ao sistema público de várias formas só há uma saída, reafirmar nossas pautas de maneira mais abrangente e acredito que o SUS tem que pensar a sua relação com a urbanização capitalista. Pensado que o direito a saúde é também o direito a cidade. Necessitamos cada vez mais pensar uma agenda comum, que busque pensar a cidade

como o lugar da determinação social da saúde e conseqüentemente a cidade como lugar do SUS.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. Pensando a cidade no Brasil no passado. In: CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (orgs). **Brasil: questões atuais da reorganização do território**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996, p. 145-184.

ANGOTTI-SALGUEIRO, H. **Por uma nova História Urbana**: Bernard Lepetit. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2016.

BARCELLOS, C. Problemas emergentes da Saúde Coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Chistovam; Moeira, Josino Costa; Monken, Maurício (Org.). **Território, ambiente e saúde**. 1ªEd.Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 43-55.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Revolução pasteuriana na saúde pública e na pesquisa biomédica brasileiras (1880-1920). In: Luiz Antonio Teixeira; Tânia Salgado Pimenta; Gilberto Hochman. (Org.). **História da Saúde Pública no Brasil**. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2018, p. 225-283.

BENCHIMOL, J. **Pereira Passos: um Haussmann tropical**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, DGDI, 1992.

BENJAMIN, W. **O anjo da história**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

BRECIANI, Maria Stella Martins. **Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; COHN, Amélia; BRANDAO, Ana Laura. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1351-1364, 2016.

FONSECA, Cristina. **Saúde no Governo Vargas (1930-45): Dualidade Institucional de um Bem Público**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FONSECA, Cristina. Política e saúde: diretrizes nacionais e assistência médica no Distrito Federal no pós-1930. In: PORTO, Â., SANGLARD, G., FONSECA, M.R.F.; COSTA, R.G.R., orgs. **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 89-115.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 28ª Ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2014.

GONDIM, Gracia.; ROJAS, Luiza Iñiguez ; BARCELLOS, Christovam ; PEITER, Paulo ; NAVARRO, Marli ; GRACIE, Renata . O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Chistovam; Moeira, Josino Costa; Monken, Maurício. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. 1ªed.Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 237-255.

HALL, Peter. **Cidades do Amanhã**. São Paulo: Perspectiva, 1988.

HARVEY, David. **Paris, capital da modernidade**. São Paulo: Boitempo, 2015.

HOCHMAN, Gilberto. Saúde Pública ou os males do Brasil são. In: André Botelho; Lilia Moritz Schwarcz. (Org.). **Agenda Brasileira**: temas de uma sociedade em mudança. 1ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 480-491.

HOCHMAN, G; PIMENTA, T; TEIXEIRA, L. História da Saúde no Brasil: Uma breve história. In: Luiz Antonio Teixeira; Tânia Salgado Pimenta; Gilberto Hochman. (Org.). **História da Saúde no Brasil**. 1ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2018.

MAZETTO, Francisco de Assis Penteado. Pioneiros da geografia da saúde: séculos XVIII, XIX e XX. In: Christovan Barcellos. (Org.). **A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde**. Rio de Janeiro RJ: ABRASCO, 2006. p. 17-33.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985

SANTOS, Milton. **Técnica, Espaço e Tempo**. 5ª Ed. São Paulo: Edusp, 2008.

SCHWARCZ, Lilia; Starling, Heloísa. **A bailarina da morte**: a gripe espanhola no Brasil. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da vacina**: Mentis insanas em corpos rebeldes. 1ª ed, São Paulo: Editora Unesp, 2018.

SORANZ, Daniel. REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO (2009-2016): UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO. (Tese de Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2017.