



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CAMPUS - CAJAZEIRAS
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM HISTÓRIA**

**História da Medicina de Sousa:
A Maternidade Lídia Meira - 1949 a 2002**

Ildomar Estrela da Silveira

**Cajazeiras-PB
2017**

ILDOMAR ESTRELA DA SILVEIRA

**História da Medicina de Sousa:
A Maternidade Lídia Meira - 1949 a 2002**

Monografia apresentada como requisito de avaliação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso –TCC, do curso de licenciatura plena em História, pelo centro de formação de professores- CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Dionizio Neto.

**Cajazeiras-PB
2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras – Paraíba

S587h Silveira, Ildomar Estrela da.

A história da medicina de Sousa: A Maternidade Lúcia Meira - 1949 a 2002/ Ildomar Estrela da Silveira. - Cajazeiras, 2017.

135p.: il.

Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Dionizio Neto.

Monografia (Licenciatura em História) UFCG/CFP, 2017.

1. Hospitais - história - Sousa. 2. História da medicina - Sousa. 3. Hospitais - história - Paraíba. 4. História dos hospitais. 5. Maternidade Lúcia Meira. I. Dionizio Neto, Manoel. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU-614.21(091)(813.3)

ILDOMAR ESTRELA DA SILVEIRA

**História da Medicina de Sousa:
A Maternidade Lúcia Meira - 1949 a 2002**

Aprovada em: ____/____/____

Prof. Dr. Manoel Dionizio Neto.
Orientador

Prof. Dr. Osmar Luiz da Silva Filho
Examinadora Titular

Profa. Ms. Ana Emília Formiga Marques
Examinadora Titular

Prof. Dr. Francisco Firmino Sales Neto
Suplente

CAJAZEIRAS – PB
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a realização desse trabalho aos meus pais, embora com muitas dificuldades conseguir concluí-lo, com a ajuda deles.

A minha avó Maria Antonia de Jesus (In Memória) que sempre acreditou em mim, ao meu estimado irmão, companheiro e amigo de todas as horas, Ilton Estrela da Silveira. A minha amiga, companheira e esposa Katarine Alves Estrela e família.

Ao médico Nicodemos de Paiva Gadelha (Dr. Cozinho), que sempre se dispôs a ajudar na pesquisa de forma dedicada e atenciosa, um verdadeiro Asclépio da Medicina. Agradeço também ao médico Antonio Queiroga Gadelha (Dr. Toinho Queiroga) por me conceder entrevista. A senhora Francilda Fernandes Batista pela entrevista. Agradeço robustamente à pessoa de Heloisa Helena de Oliveira Gadelha, a qual foi indispensável para esse trabalho. A pessoa do advogado e jornalista Cláudio César Gadelha Rodrigues que muito demonstrou apreciação à pesquisa. Ao meu orientador Manoel Dionizio Neto, o qual se dispôs assiduamente no desenvolvimento da pesquisa, e esteve sempre discutindo e lapidando o trabalho fervorosamente. Agradeço mui respeitosamente a banca examinadora, bem como a Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, ao Centro de Formação de Professores - CFP. Agradeço aos amigos mais próximos, os quais sempre incentivaram e discutiam a respeito do trabalho.

Fico grato a todos os que individualmente fizeram o possível para a realização desse trabalho.

RESUMO

Com este trabalho, pretende-se estudar a história da medicina de Sousa-PB, tomando como referência a Maternidade Lídia Meira, do seu surgimento à sua desativação. Para tanto, levo em conta o aspecto social, político e econômico do referido município, considerando toda sociedade em que estava inserida; e compreendida como a grande região de Sousa, indo da sua sede e à população rural e distritos e municípios vizinhos, que foram beneficiados pela Maternidade. Isto significa que a população da cidade de Sousa testemunhou por cinquenta e três anos a medicina em Sousa-PB através da Maternidade Lídia Meira como instrumento de assistência médico-hospitalar, sobretudo ao povo mais carente que recebia serviços e cuidados médicos gratuitamente. A Maternidade foi pioneira como instituição médico-hospitalar em Sousa, fundada e aberta no ano de 1949 e desativada em 2002. Ela tinha convênio com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e era uma entidade filantrópica mantida pela Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Sousa. Tinha sua fonte de renda nas entidades com que era conveniada, e aplicava integralmente as suas rendas na manutenção dos objetivos institucionais, sociais e filantrópicos. No ano de 1988, passara ter convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde). Nesta perspectiva, este compilou as informações pertinentes à problemática levantada, sobre o que teria levado a Maternidade Lídia Meira ao sucesso como estabelecimento hospitalar e o seu fechamento, a partir da análise dos motivos para o seu surgimento e desativação, bem como os objetivos do trabalho que se pautou nos motivos que possibilitou a abertura, os tipos de procedimentos médico-hospitalares e o que levou a desativação da Maternidade. Para isso procura-se examinar aspectos relevantes do contexto social, econômico e político da cidade de Sousa-PB, bem como a conjuntura social, política e cultural da Paraíba e do Brasil, em que estava situada a saúde pública do município, do Estado e do país. Neste sentido, a pesquisa se fundamentou na perspectiva do campo da história social, buscando entender o que teria acontecido do ponto de vista político, econômico e social que levou o surgimento e a desativação da referida Maternidade. Fez-se, pois, uma apuração minuciosa da documentação oficial existente, assim como uma investigação da bibliografia relacionada à temática, além de recorrer-se à história oral através de entrevistas com pessoas que trabalharam e estavam à disposição da Maternidade; como os médicos Nicodemos de Paiva Gadelha, conhecido como Dr. Cozinho, o médico Antônio Queiro Gadelha, que foi diretor do centro cirúrgico, mas conhecido como Dr. Toinho Queiroga, e a senhora Francilda Batista Fernandes, a qual também trabalhou até o momento de se aposentar.

Palavras-Chave: Medicina, Sousa, saúde pública, Maternidade Lídia Meira

ABSTRACT

With this work, we intend to study the history of Sousa-PB medicine, taking as reference the LídiaMeira Maternity, from its emergence to its deactivation. For that, I take into account the social, political and economic aspect of said municipality, considering every society in which it was inserted; And understood as the great region of Sousa, going from its headquarters and the rural population and neighboring districts and municipalities, which were benefited by the Maternity. This means that the population of the city of Sousa witnessed for fifty-three years medicine in Sousa-PB through the LídiaMeira Maternity as an instrument of medical-hospital assistance, especially to the most needy people who received free medical care and services. Maternity was pioneered as a medical-hospital institution in Sousa, founded and opened in 1949 and deactivated in 2002. It had an agreement with the National Institute of Social Security (INPS) and the National Institute of Medical Assistance of Social Security (INAMPS), And was a philanthropic entity maintained by the Society for Protection of Motherhood and Children of Sousa. It had its source of income in the entities with which it was agreed, and fully applied its incomes in the maintenance of institutional, social and philanthropic objectives. In the year of 1988, he had to have an agreement with SUS (Unified Health System). From this perspective, the information gathered on the issues raised, about what would have led the LídiaMeira Maternity to success as a hospital establishment and its closure, from the analysis of the reasons for its emergence and deactivation. The purpose of this study is to examine relevant aspects of the social, economic and political context of the city of Sousa-PB, as well as the social, political and cultural context of Paraíba and Brazil, where the public health of the municipality, from the country. In this sense, the research was based on the perspective of the field of social history, seeking to understand what would have happened from the political, economic and social point of view that led to the emergence and deactivation of said Maternity. A thorough investigation of the existing official documentation was carried out, as well as an investigation of the bibliography related to the theme, as well as oral history through interviews with people who worked and were at Maternity's disposal; Such as doctors Nicodemos de Paiva Gadelha, known as Dr. Cozinho, the physician AntônioQueiroga Gadelha, who was director of the surgical center, but known as Dr. ToinhoQueiroga, and Mrs. Francilda Batista Fernandes, who also worked until the moment of retire.

Keywords: History of medicine, Sousa, public health, Maternity LídiaMeira

Epígrafe

“Tuas forças naturais, as que estão dentro de ti, serão as que curarão suas doenças” (Hipocrates).

“A vida é curta, a arte é longa, a oportunidade é fugaz, a experiência enganosa, o julgamento difícil”
(Hipocrates).

Para o homem livre, a pátria é o conjunto de indivíduos que a compõem, e não algo acima e além deles. O indivíduo tem orgulho de sua herança comum e mantém lealdade a uma tradição comum. Mas considera o governo como um meio, um instrumento - nem um distribuidor de favores e doações nem um senhor ou um deus para ser cegamente servido e idolatrado. Não reconhece qualquer objetivo nacional senão o conjunto de objetivos a que os cidadãos servem separadamente. Não reconhece nenhum propósito nacional a não ser o conjunto de propósitos pelos quais os cidadãos lutam separadamente (Milton Friedman).

Por antagonismo entendo eu aqui a sociabilidade insociável dos homens, isto é, a sua tendência para entrarem em sociedade, que, todavia anda ligada a uma resistência que a todo o momento ameaça dissolver essa mesma sociedade. Esta propensão é manifestamente disposição da natureza humana. O homem tem tendência para se associar, porque nesse estado se sente mais do que um homem, isto é, sente o desenvolvimento das suas disposições naturais. Mas tem também uma grande tendência para se separar (se isolar), porque encontra em si, ao mesmo tempo, a particularidade insociável de querer dirigir tudo de acordo somente com seu desígnio. Daí o esperar resistência de todos os lados, porque sabe por si próprio que por seu turno tem tendência a oferecer resistência aos outros. Ora, é precisamente esta resistência que desperta todas as forças do homem, que leva a vencer a sua propensão para a preguiça e, levado pela ambição, instinto de domínio e cobiça, a conquistar um lugar entre os seus semelhantes, que ele não suporta, mas sem os quais ao mesmo tempo não pode passar. Assim se dão agora os primeiros passos verdadeiros, do barbarismo para a cultura, que consiste particularmente no valor social do homem; assim se desenvolvem pouco a pouco todos os talentos, se forma o gosto, e, por um contínuo esclarecimento, se dá início à fundação duma forma de pensar que, com o decorrer do tempo, pode vir a mudar a rude disposição natural para o discernimento moral em princípios práticos determinados, transformando, assim, um acordo patologicamente conseguindo para formação duma sociedade, em um todo moral. [...] Todo o bem que não seja enxertado numa boa formação moral não passa de mera aparência e de miséria dourada. (Immanuel Kant)

Tudo começa no individuo e termina no coletivo (Ildomar)

Lista Ilustrações

<i>Figura 1 - Maternidade Lídia Meira em sua origem.....</i>	<i>94</i>
<i>Figura 2 - Antigo Posto de Puericultura - Atualmente funciona o Materno-infantil</i>	<i>96</i>
<i>Figura 3 - SAMDU na década de 1950. Desativado na década de 1980.....</i>	<i>100</i>
<i>Figura 4 Maternidade Lídia Meira na década de 1970</i>	<i>106</i>
<i>Figura 6 - Caderno de Anotações de Procedimentos Médicos</i>	<i>110</i>
<i>Figura 7 - Os cadernos de anotações registravam diariamente todo tipo de atendimento médico</i>	<i>110</i>
<i>Figura 8 - Ficha de Auxílio-Natalidade aos segurados do INPS e INAMPS</i>	<i>111</i>
<i>Figura 9 - Paciente atendida na Maternidade após a realização de um parto em 1986</i>	<i>113</i>
<i>Figura 10 - Maternidade Lídia Meira na década de 1990.....</i>	<i>118</i>
<i>Figura 11 - CAPS - Tozinho Gadelha – Entrada principal, ano 2010.....</i>	<i>121</i>

TABELAS

Tabela 1: Número de estabelecimentos de assistência hospitalar - Distrito Federal até 21/04/1960.

Fonte: 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Nos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)

3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) Conferência (1992, p. 141). Fonte: Serviço Federal de

Bioestatística 48

Tabela 2: Tabela II nos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1992, p. 52). 50

Tabela 3: Tabela III nos Anais desta Conferência (1992, p. 53). 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)

..... 52

Tabela 4: Tabela 1 - oferecida por Braga Barreto, 1995, p. 17..... 70

Tabela 5: Fonte: IBGE. Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 86

Tabela 6: Disponibilidade de recursos humanos e materiais da Maternidade Lúcia Meira 107

Sumário

INTRODUÇÃO	12
1 - VISÃO PANORÂMICA DO BRASIL NO PERÍODO DE 1949 A 2002	16
1.1 - ASPECTOS ECONÔMICOS, POLÍTICOS E SOCIAIS.....	16
1.2 - A CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE NO BRASIL: 1949-2002.....	31
2 - A PARAÍBA ENTRE 1949 A 2002	69
2.1 - POLÍTICA E ECONOMIA: DO LITORAL AO SERTÃO	69
2.2 - ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DO SERTÃO PARAIBANO	76
2.3 - A QUESTÃO DA SAÚDE EM SOUSA	81
3 - MATERNIDADE LÍDIA MEIRA: DA FUNDAÇÃO AO FECHAMENTO	91
3.1 - MOTIVAÇÕES PARA A FUNDAÇÃO DA MATERNIDADE LÍDIA MEIRA	91
3.2 - ATUAÇÕES DA MATERNIDADE LÍDIA MEIRA	105
3.3 – DESATIVAÇÃO DA MATERNIDADE LÍDIA MEIRA	113
CONCLUSÃO	122
REFERÊNCIA	127
ANEXOS	129

Introdução

Toda a história é feita por seus personagens humanos, e nela os resquícios do passado permeiam os tempos, cabendo ao historiador montar esse fato de forma mais real possível para aqueles que irão se debruçar sobre o fato ocorrido. Um fato só é histórico se há preocupação de visão histórica naquele fato, caso contrário, ele pode ser despercebido no oceano do esquecimento.

Tecer a história de uma instituição de saúde pública e privada (no caso a Maternidade Lídia Meira) é, ao mesmo tempo, ir ao tecido social que compunha a história de saúde de Sousa-PB naquela época (1949-2002) com todas as suas peculiaridades, desde o social, econômico e político até mesmo ao aspecto cultural. Portanto, a história da saúde de Sousa-PB não pode ser desligada da história da saúde da Paraíba, e muito menos da história da saúde do Brasil, visto que os acontecimentos estavam todos vinculados a hierarquia dos poderes do Estado e da própria sociedade que formara esse Estado durante o século XX.

Este trabalho historiográfico se deteve a procurar compreender os vários arranjos sociais, políticos, econômicos e culturais que norteava a sociedade civil brasileira em relação com a estrutura de Estado. Para isso, tomamos como ponto de questionamento e análise dessa interação entre Sociedade e Estado os acontecimentos que ocorriam a nível nacional, regional e local, tendo como fundamento da discussão e diálogo a existência do hospital e maternidade na cidade de Sousa-PB, onde havia a referida Maternidade Lídia Meira, a qual por cinquenta e três anos foi referência de saúde pública no município da grande Sousa, e, no início do século XXI, veio a ser desativada.

Através deste trabalho, a historiografia de Sousa e de sua medicina terá um elemento a mais para refletir e conhecer sobre a história de Sousa, acrescentando um fato a mais na sua história que até então estava adormecido nas lembranças do povo, tanto por parte dos que nasceram na Maternidade Lídia Meira como todos os cidadãos (ãs) sousenses que presenciaram a existência da Maternidade, assim como servirá para aqueles que buscarem conhecer e refletir um pouco da história médica e social de Sousa. Este trabalho busca somar e acrescentar um fato novo sobre a compreensão da

temática, utilizando o fato da existência e montagem dos serviços médico-hospitalares transmitidos pela referida Maternidade em Sousa.

Todo o trabalho se fundamentou e consistiu na disposição da diversidade das fontes, visto que a complexidade da temática pode ser desenvolvida ao longo da pesquisa que se vinculou à documentação oficial existente, sendo elas fontes escritas que falam da medicina de Sousa, ou seja, tomei em conta a necessidade de analisar fontes bibliográficas que falam sobre a temática pesquisada, sobretudo o que diz respeito à história da medicina de Sousa, como também da história da medicina na Paraíba e Brasil, assim como analisei documentos privados que se relacionam e dialogam com os programas políticos e sociais de âmbito nacional da medicina na sociedade brasileira. Dessa forma, foram feitas contextualizações e análises documentais e bibliográficas sobre o objeto pesquisado, no caso, o Hospital e Maternidade Lídia Meira.

Este trabalho também se baseou no uso de entrevista, tendo por objetivos coletar e reconstruir a memória desse fato e analisar informações pertinentes à investigação conforme o problema da pesquisa que foi apurado. Dessa forma, as entrevistas seguiram critérios que obedeceram a um roteiro de perguntas elaboradas anteriormente à realização da entrevista, sendo depois marcado o horário e dia para a realização da entrevista com as pessoas selecionadas por mim. As pessoas entrevistadas foram esclarecidas antecipadamente do que se tratava a pesquisa e do seu direito de falar a respeito do objeto investigado.

As pessoas selecionadas por mim testemunharam a realidade da existência da Maternidade, sendo elas agentes que prestaram serviços ao hospital e Maternidade, como o médico: Nicodemos de Paiva Gadelha, conhecido como Dr. Cozinho; o médico Antônio Queiroga Gadelha, conhecido como Dr. Toinho, e a senhora Francilda Fernandes Batista que trabalhou na função de copeira e serviços gerais. Além destas pessoas que me concederam a oportunidade de entrevistá-las, outra pessoa importante e pertencente da família de um dos diretores da Maternidade foi à senhora Heloísa Helena de Oliveira Gadelha, neta de Felinto da Costa Gadelha, e filha de José Pordeus Gadelha, conhecido mais como Zé de Tozinho. A senhora Heloísa Helena me concedeu documentos particulares que descrevem os recursos materiais e humanos da

Maternidade, assim como fotografias da Maternidade. O advogado e jornalista Cláudio César Gadelha Rodrigues foi outra pessoa da família de Tozinho, o qual me concedeu documentos oficiais e fotografias referentes à Maternidade. As fotos foram usadas para ilustrar a estrutura do hospital e Maternidade.

Para a pesquisa também usei registros de procedimentos médicos, como por exemplo, o caderno de anotações de cirurgias em gerais, ambulatórios e atendimentos clínicos realizados na Maternidade, o qual foi concedido pelo médico Dr. Cozinho, que sempre fazia as anotações diárias dentro do mês e ano de atividades. Esses registros marcavam o percentual de cada atendimento feito no hospital e Maternidade para que depois o médico recebesse um valor dado pelo INPS – Instituto Nacional da Previdência Social e INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social por cada procedimento médico-hospitalar realizado.

Todo o texto está organizado em três capítulos, somados com introdução e conclusão e lista de tabelas com dados relacionados a estabelecimentos de saúde pública e aspectos socioeconômicos no Brasil e no Estado da Paraíba, como também dados populacionais e da quantidade existentes de instituições de saúde públicas e privados na cidade de Sousa-PB. No primeiro capítulo, intitulado: “Visão panorâmica do Brasil no período de 1949 a 2002”, buscamos refletir e compreender como o Estado brasileiro fora montado e estruturado em relação com a oferta e demanda de saúde pública, visto que tomamos como ponto crucial da discussão o entendimento desse arranjo do poder político como instrumento do Estado brasileiro. Para isso, levamos em conta a questão da saúde pública ao longo da história do Brasil do século XX, como mais um elemento do poder político, tendo como apoio para o diálogo o pensamento de Jairnilson Silva Paim, Zenaide Neto Aguiar, Sérgio Arouca, Maria Inês Souza Bravo, Nildo Vianna, Norberto Bobbio e Amilcar Vianna Filho.

A partir disso, procuramos entrar na discussão a respeito de como a saúde pública fora estabelecida, organizada e estruturada pelo Estado brasileiro frente às necessidades da sociedade civil. Dentro dessa questão, temos a influencia de uma medicina privatista, previdenciária e estatal se opondo a um projeto político de medicina preventiva e promocional defendido pelos agentes da RSB – Reforma Sanitária Brasileira e aos próprios anseios da sociedade civil que se identificava com a RSB.

O segundo capítulo, o intitulei: “A Paraíba entre 1949 a 2002”. Neste, procuramos o desenrolar da história da Paraíba, passando a interconectar a influencia de aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais que se refletiam no Estado da Paraíba. Tendo o governo do Estado da Paraíba à herança sociocultural do populismo, coronelismo e clientelismo num ambiente que chamei de síndrome do associativismo representativo compensatório. Ou seja, havia na estrutura de poder do Estado da Paraíba uma total dependência econômica e sociocultural entre os representantes políticos e o povo. Nesse capítulo também, abordamos a questão da grande falta de profissionais de saúde e instituições próprias da saúde em toda a Paraíba, principalmente no sertão paraibano, assim como a pouca cientificidade do conhecimento médico.

No terceiro capítulo, intitulado: “Maternidade Lídia Meira: da fundação ao fechamento”, buscamos refletir, analisar e compreender as condições econômicas, sociais e políticas de forma situacional em que a cidade de Sousa-PB estava inserida no contexto regional e nacional. Com isso, o surgimento da Maternidade Lídia Meira aparece como resposta às dificuldades e carências de estabelecimento médico-hospitalar na cidade de Sousa, pois foi pioneiro como estabelecimento hospitalar e era filantrópico, e por muito tempo possuía consideráveis recursos humanos e materiais para a demanda da população na época.

Assim, dela não só o povo de Sousa se beneficiava como também as regiões adjacentes que necessitavam de cuidados e assistência médico-hospitalar. Contudo, é surpreendente como a Maternidade foi tão relevante e útil à cidade sousense pela sua oferta de atendimentos e serviços, e paulatinamente foi perdendo a sua hegemonia e importância hospitalar que era influente para a melhoria e qualidade de saúde pública ao município de Sousa e das cidades circunvizinhas.

A partir disso, torna-se possível refletirmos a respeito da discussão desse trabalho dentro de repercussões políticas, sociais, econômicas e culturais que nos remete a entender os arranjos e pretextos da relação do Estado e sociedade civil durante o século XX, no que se refere ao debate da saúde pública e privada, bem como da medicina tradicional curativa e a medicina preventiva, promocional, homeopática e biossocial. Portanto, confrontamos o debate e a abertura reflexiva ao leitor para o aprofundamento e o modo de pensar sobre a saúde e as políticas públicas de saúde.

1 - Visão panorâmica do Brasil no período de 1949 a 2002

“Um povo que não ensina sua história é um povo que perde sua identidade” (Prost, 2011, p. 16).

1.1- Aspectos econômicos, políticos e sociais

A política tem sido o meio para se controlar, planejar e decidir como deve ser a organização social, política e econômica da nação brasileira. Observe o que diz Amílcar Vianna Martins Filho (1981, p. 14), em uma de suas obras, sobre as políticas adotadas no período das tramas políticas e da implantação do federalismo no Brasil, o qual é a forma do Estado brasileiro:

A política federal, velha aspiração anterior à República, na verdade foi falseada e nunca se realizou em plenitude: assim antes de 30 – nem podia ser diferente em um país regido pela “política dos Estados” ou “dos governadores”, criação de Campos Sales, pela situação econômica; nem depois de 30, pelo sentido autoritário predominante no Brasil e no mundo, fruto das ideologias resultantes das crises do capitalismo, agravadas pelas guerras de 1914 e de 1939, que exigem outras formas políticas. Ante o fascismo e o comunismo era fatal a crise e o fim do liberalismo: novos modelos seriam adotados. O federalismo passa a ser visto como reminiscência feudal, superado o do velho estilo pelo federalismo cooperador, exigência do crescimento populacional, do sistema capitalista em mudança, da tecnologia exigente de grandes invenções científicas e financeiras, fora do alcance de pequenas unidades. A nação é que vem a contar, como se vê, por exemplo, nos Estados Unidos – antigo padrão do federalismo – e em outros países, como se dá no Brasil. O poder atomizado conheceu a condição de relíquia.

No caso da política brasileira, o fenômeno político pela primeira vez na história brasileira assume novas proporções exorbitantes em todos os setores da produção da sociedade. Esse fenômeno tão vasto (no caso, a Política) complexo e poderoso, se incorporou na sociedade brasileira, de forma que a política se constituiu no meio dessa sociedade com condições distintas de existência em classes sociais, já que os vários

grupos sociais e civis tinham interesses distintos. Com isso nem todos os indivíduos que compunham a sociedade brasileira eram alfabetizados e convictos de conhecimentos políticos a respeito dessa formação da sociedade civil brasileira. Neste caso, a política no Brasil se tornou e fora também mais um instrumento de dominação, dado que os que chegavam aos cargos políticos eram pessoas ligadas historicamente às classes dominantes dentro dessa estrutura de arranjo e articulações apadrinhadas da sociedade brasileira, seja no setor econômico, político e social. Sobre isso, veja o que diz Nildo Vianna (2003 p. 8-9) a respeito do poder político vinculado à classe dominante:

Se entre o dominante e o dominado não houvesse aquele que detém o poder (que é garantido por inúmeros meios que variam em cada situação e que vai da força física até a posse de riquezas) não haveria dominação e sim cumplicidade. Entre um assaltante e um assaltado não existe cumplicidade porque o assaltante detém o poder por meio de sua arma. Mas a dominação não é garantida apenas por meio da força, mas também por meios culturais. O discurso técnico pode garantir a um tecnocrata o domínio sobre uma coletividade ou o discurso mágico-religioso pode garantir a um sacerdote o domínio sobre uma comunidade. Mas não existiria aqui uma cumplicidade entre os dominados que aceitariam sua submissão aos dominantes sem nenhuma coerção? Entretanto, existe aí uma coerção cultural: o tecnocrata ou o sacerdote por terem o monopólio do “conhecimento” (científico ou religioso) dizem o que a comunidade deve fazer, que ela deve se submeter à dominação. Só não haveria dominação se fosse uma relação entre iguais, em condições iguais, o que não é o caso.

O poder, ou seja, a relação de dominação, se manifesta de diversas formas: cultural, política, financeira, etc. Portanto, é necessário definir o conceito de política. A política é o conjunto de relações sociais que manifestam as lutas de classes. Qualquer conflito social ou relação que é derivada da situação e antagonismo de classe é um conflito político ou relação política.

Dessa forma, o poder político não se limita a quaisquer meios físicos ou ideológicos, adentra todas as camadas e permeia todas as células que apresentam um foco de vida social; ele não mais se fixa na mais alta classe de intelectuais, pois a democracia lhes deu favorecimento e presença a diversos indivíduos, sejam eles alfabetizados e intelectuais ou não. A sua maior chama de força é o que anteriormente na história não lhes dava corpo, já que era minoria, ou seja, o próprio povo; pois o povo na antiguidade no período Romano, Grego e das Monarquias da Europa do século XV a XIX, como também no Brasil durante os anos iniciais da República até fins da Ditadura Militar, não tinha voz política para divergir das ordens adotadas; como exemplo,

divergir do monarca, do imperador e mais recentemente dos governos Populistas e Autoritários do século XX em toda a América Latina. Assim, a política, de forma fenomenal, ganha cada vez mais força popular com o maior número de participação de indivíduos, mesmo inconscientes de seu tempo, e até mesmo sem ciência e conhecimento para discernir do que está no âmbito ideológico dentro da própria ação da Política; pois estabelece inserção política de indivíduos de várias classes, especialmente entre os burgueses e burocratas que estão à frente do Estado. A respeito disso, veja o que aponta mais uma vez Nildo Vianna (2003 p. 8-9) sobre essa conjuntura de poder político: “O Estado surge com o aparecimento da sociedade de classes. [...] não existe poder político em sociedades sem classes. As sociedades simples possuem poder político não-coercitivo e as sociedades complexas possuem poder político coercitivo”. Essa configuração é peculiar de nosso tempo, visto que até o início do século XX, especialmente no Brasil, algo que se estendeu até meados da década de 1980; dado que o poder político se camuflava conforme as vontades particulares de alguns ditos militantes políticos, aqueles que adentram a política para articular interesses próprios, dissimulando os problemas reais da sociedade civil.

A partir disso, pode-se constatar com a dinâmica social e econômica da sociedade brasileira ao longo da história do século XX; que a manifestação representativa da política local se centralizava cada vez mais nas figuras dessas pessoas, as quais sendo em sua maioria pertencentes a uma cultura política elitizada, direcionavam as ações políticas para os problemas da realidade da classe trabalhadora, conforme esta classe política elitizada também se beneficiasse. Desse modo ficava cada vez mais enaltecida a figura de quem dava esse “progresso” e “desenvolvimento” à cidade e ao bem do trabalhador.

Note que isso estava acontecendo mais intensamente no Sul e Sudeste do país, de forma que as outras regiões do Brasil, no caso aqui como exemplo, o Nordeste, era totalmente esquecida e ludibriada pelos governos autocráticos. A respeito dessa assimetria de desigualdade entre os Estados brasileiros, veja o que afirma Paulo Gadelha (1990, p. 29) sobre a Paraíba nesse período, a qual estava praticamente desequilibrada e desfavorecida economicamente frente a outros Estados da federação:

Aceitei, de logo, dizendo que não vai bem à Paraíba em termos de desenvolvimento integral. Para tristeza nossa, somos, hoje, relativamente, o Estado mais pobre da federação. Uma pobreza que se espelha em dados estatísticos que não admitem contestação. É que, para melhor entendimento deste problema, basta se medir a posição de defasagem em que se encontra a Paraíba em termos de comparação com os demais estados do nordeste. Desde a criação dos mecanismos de incentivos fiscais, sintetizados nos artigos 34/18 da SUDENE, até o fim do ano de 1970, a Paraíba ocupava uma posição de privilegio em números de projetos aprovados na SUDENE, sendo suplantada, apenas, pelos Estados da Bahia e de Pernambuco. Hoje, todavia, a posição inverteu-se por completo. Da agradável colocação de terceiro lugar que chegamos a ocupar em 1970, passamos para um distante oitavo lugar, à frente, somente, de Sergipe e do Maranhão. [...] Os setores de ponta que formam a nossa renda – algodão, sisal, milho, cana-de-açúcar, feijão – estão em aberto declínio.

Daí surgia o cenário de desigualdade entre os Estados brasileiros, e isso se evidenciava com a concentração de força política e econômica apenas em algumas regiões do país, de forma que os políticos do Sul e Sudeste fossem os que tinham melhores condições política e econômica de governar o país; pois a política de governança na maior parte da história do Brasil tinha saído dessas regiões. Essas disputas pela governança da República se repercutiam em todo o país, criando as pulverizações de classes famintas de poder e capital e, por outro lado, a classe dos que tinham apenas a força de trabalho para melhorar o país e sobreviver. E de que forma essa classe dominante ganhava mais força política e econômica? Exatamente dentro desse arranjo histórico da própria política centralizada que dava o rumo ao Brasil. Nesta perspectiva, veja o que diz Jairnilson Silva Paim (2008, p. 56) sobre o Estado brasileiro dessa época:

Mesmo a criação de um Estado nacional independente não decorreu de mudanças na organização das relações sociais de produção. O poder político foi preservado para os estamentos senhoriais, com o fortalecimento das respectivas estruturas socioeconômicas.

A partir dessa conjuntura de formação da concentração de poder político em algumas regiões do país, e com isso restrito nas mãos de poucos indivíduos, essa concentração de poder se ligava especialmente aos arranjos políticos de quem possuía mais condições financeiras, formando as oligarquias de domínio da política brasileira. Justamente essa mesma concentração de poder deixava à maior parte da sociedade civil

desvinculada de um poder de fato condizente à democracia e aos princípios da República brasileira. Daí formavam-se aqueles que tinham maiores influências política para lançar os governos de seus Estados, devido à força econômica do grupo que dominava determinada região, bem como formavam blocos de poder para lançar o nome de quem deveria ocupar a Presidência da República.

A política dessa época estava enraizada dessa ideia do mais “forte” e da influência da classe burguesa ascendente para assumir o poder. Com isso, acreditava-se que os grupos dessas pessoas dariam melhores condições aos investimentos públicos para fazer jus às carências da população brasileira. Do ponto de vista histórico, o Brasil politicamente já estava enraizado no poder das oligarquias que há muito tempo reservava-se, ora de forma pacífica e consentida, ora pelo uso da força e da disputa de desavenças.

Pode se notar que os “representantes políticos” estavam à frente do Estado apenas para o enriquecimento e interesse próprio e de seu grupo com pretexto da defesa do bem público e do trabalhador. Dessa forma, o poder político do Estado brasileiro em quase todo o século XX estava vinculado a essa cultura de hipertrofiamento do uso do Estado sob o sistema capitalista, quando a classe burguesa brasileira estava se apropriando desse Estado. Com isso, tivemos como característica predominante, nesse período da história política brasileira, o uso do aparelho de Estado para enriquecimento próprio de grupos políticos e dos que estavam ligados aos dirigentes desse Estado. Vejamos o que afirma Paim (2008, p. 59) sobre esse aspecto o qual capitalismo vai sendo implantado no Brasil:

[...] a emergência e expansão de mercado capitalista moderno no Brasil podem ser caracterizado e descritos a partir de três fases: eclosão de um capitalismo moderno (da abertura dos portos a 1860); formação e expansão de um capitalismo competitivo (1860-1950); e erupção de um capitalismo monopolista (fim de 1950 a após 1964). Nessa evolução, as crises enfrentadas pela oligarquia agrária “tradicional” ou por seus “rebentos” urbano-comerciais e financeiros “modernos” não teriam caráter estrutural posto que a solidariedade de classe facilitava os arranjos oligárquicos com os demais setores.

Observe que o Estado brasileiro servia apenas aos interesses das oligarquias, pois isso era mais apropriado para a própria elite que já estava incorporada de poderes

políticos e econômicos. A propósito disto, diz Paim (2008, p.60):“Portanto, o Estado brasileiro, além de capitalista e autoritário, tem como característica central o patrimonialismo”, ou seja, como o exposto por Raimundo Faoro (*apud* Paim, 2008, p. 60 - Grifo do autor):

O coronelismo, o *compadrazzo* latino-americano, a “clientela” na Itália e na Sicília participaram da estrutura patrimonial. Peças de uma ampla máquina, a visão do partido e do sistema estatal se perde no aproveitamento privado da coisa pública, privatização originária em poderes delegados e confundida pela incapacidade de apropriar o abstrato governo instrumental (Hobbes) das leis. O patrimonialismo pulveriza-se, num localismo isolado, que o retraimento do estamento secular acentua, de modo a converter o agente público num cliente, dentro de uma extrema rede clientelista.

Pode se evidenciar um grande arranjo político e econômico de oligarquias que controlavam e coordenavam as políticas públicas de saúde brasileira, assim como nos demais setores sociais e políticos. Por quase todo o século XX, foi preponderantemente, no Brasil, a tradição da organização social sob o domínio das remanescentes oligarquias, que teve influência política, econômica e social da chamada Política dos Governadores¹ ou também chamada de Política dos Estados. Nesse período, houve, por parte dos vários grupos políticos dos Estados brasileiro, a reprodução de uma cultura política vinculada do Populismo, numa ordem de manutenção clientelista e coronelista. Cada reduto de Estado, onde tinha o domínio político de uma região, ficava a cargo de um influente político regional e local, denominado de coronel.

O poder político consistia num acordo entre o chefe do Executivo federal e os governadores estaduais, que, em troca da supremacia dos Estados, os governadores comprometiam-se elegerem uma bancada de deputados e senadores que apoiariam o Presidente da República. Assim, ficava montada toda uma estrutura de poder de certos grupos oligárquicos, desde os chefes políticos locais e regionais hierarquizados e

¹ Para entender mais sobre essa conjuntura de articulações políticas, ver: José Murilo de Carvalho. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. Vale destacar que esse período é marcado pela forte disputa das agremiações regionais em torno do único partido, o Republicano. Havia apenas uma oposição no Rio Grande do Sul, contudo a alternância das duas maiores oligarquias do país (São Paulo e Minas Gerais) foi aprovada pelos demais Estados, em função da vantagem que ofereciam. O primeiro presidente a aplicar essa articulação política foi Campos Sales (1898-1902) quando governou o Brasil nesse período.

canalizados em direção as necessidades do povo, sob as prerrogativas de dá benefícios a uma parcela de indivíduos arqueados por essa estrutura. Com isso, o acordo político formado, nesse período, concentra-se e difunde desde a Presidência da República ao chefe político regional e local.

A partir disso, o poder político constituído pelo Estado brasileiro foi apenas para servir a grupos oligárquicos e aos que estavam ligados a esse grupo. Sobre isso, observe o que afirma Nildo Vianna (2003, p. 9) a respeito do poder político no seio da sociedade:

O poder político é uma relação social de dominação de classe com a mediação da burocracia (organização e classe social). Por isso, o poder político surge com o aparecimento da sociedade de classes. O Estado (poder político) não é um fim em si mesmo (embora procure ser), mas sim um meio para atingir determinado fim: manter e reproduzir as relações de produção dominantes.

A sociedade civil brasileira era composta por uma população abrangente de trabalhadores dos diversos setores da economia, os quais em sua maioria eram pessoas comuns e sem formação política concretizada; já que muitos eram analfabetos e desconheciam os conceitos que formavam o Estado e a própria Sociedade Civil, ficando alheios ao que estava ocorrendo no país em termos de política e economia. Conseqüentemente, isso possibilitava a alta centralização de poder político nas mãos de poucos até o final do século XX, de forma que fez gerar uma sociedade dependente, hostil, doente e pobre. A história vem preencher esse vazio de compreensão do polímero social e político².

E isso porque o Estado aglomerou velhas oligarquias que há muito tempo se serviam do Estado para fortalecer seus laços de domínio e poder político e econômico. Para compreendermos melhor do ponto de vista histórico sobre a estrutura social e política do Estado brasileiro, que está vinculada a história da política, vejamos o que

² Esse termo polímero posto aqui é para me referir as lacunas e ausências de políticas públicas as várias camadas sociais da sociedade brasileira que ao longo do tempo foram sendo deixado de lado, como exemplo, as questões relacionadas à saúde pública, tendo como princípios norteadores de uma saúde pública eficiente as práticas da medicina homeopática e sanitária.

nos diz Norberto Bobbio (1985, p. 22) ao analisar essa questão de relação do Estado e da sociedade civil:

[...] a sociedade da qual o Estado é o supremo regulador não é uma sociedade natural, conforme a natureza eterna do homem, mas uma sociedade historicamente determinada, caracterizada por certas formas de produção e por certas relações sociais; e, portanto, o Estado – enquanto comitê da classe dominante –, em vez de ser a expressão de uma exigência universal e racional, é ao mesmo tempo a repetição e o fortalecimento de interesses particulares. Finalmente, em contraste com o terceiro modelo, o Estado não se apresenta mais como superação da sociedade civil, mas como o simples reflexo dela: se a sociedade civil é assim, assim é o Estado. O Estado contém a sociedade civil, não para resolvê-la em outra coisa, mas para conservá-la tal qual é; a sociedade civil, historicamente determinada, não desaparece no Estado, mas reaparece nele com todas as suas determinações concretas.

Nessa perspectiva, podemos visualizar a real constituição do aparelhamento da instituição político-administrativo do Estado com relação ao domínio do Estado para com a sociedade, regulando-a, moldando-a e reaparecendo os conflitos de interesses dentro da estrutura do Estado e da própria sociedade que o compõe. Portanto, vejamos mais uma vez o que o significa esses conceitos de Estado e sociedade civil, segundo é examinado por Bobbio (Grifo do autor 1985, p. 21):

Marx e Engels fariam dela [sociedade civil] um dos fundamentos do seu sistema: o Estado não é mais a realidade da idéia ética, o racional em si e para si, mas – conforme a famosa definição de *O Capital* – “violência concentrada e organizada da sociedade”. A antítese à tradição jusnaturalista que culmina em Hegel não podia ser mais completa. Em contraste com o primeiro modelo, o Estado não é mais concebido como eliminação, mas sim como conservação, prolongamento e estabilização do estado de natureza: no Estado, o reino da força não é suprimido, mas antes perpetuado, com única diferença de que a guerra de todos contra todos foi substituída pela guerra de uma parte contra a outra parte (a luta de classes, da qual o Estado é expressão e instrumento).

Vale destacar que há muito tempo as disputas pela Presidência da República estavam restritas apenas às elites de São Paulo e Minas Gerais, as quais promoveram uma forma de articulação política entre elas que passou a se chamar “política do café-com-leite” de forma que o presidente da República era indicado por alianças entre São Paulo e Minas Gerais, sendo, posteriormente, substituída pelo que ficou também

conhecido como a “Política dos Governadores”, reinante até 1930. Esta política fora sucedida por outro movimento político chamado pela historiografia de Populismo,³ que teve início com o governo de Getúlio Vargas (1930-1945; 1951-54) e, posteriormente, com seus sucessores. Deve-se ressaltar que os caracteres da herança da política brasileira vieram desde o período monárquico, estendendo-se até a República Velha (1889-1930) que havia se implantado sob forte centralismo e autoritarismo, e, ulteriormente, apareceriam sob o poder da Ditadura Militar (1964-1985).

O Estado brasileiro ainda permaneceria com essa estrutura de poder autoritário por sucessivos governos. Com isso, para que possamos compreender essa estrutura de poder político, devemos visualizar os grupos políticos que se mantinham no poder do Estado dentro do percurso histórico. Assim saberemos a real presença do Estado no Brasil, bem como suas articulações políticas, econômica e social com vista a direcionar as atividades do Estado para com a sociedade civil com pretextos de representação política apenas como mais um meio de tornar as pessoas dependentes de um Estado centralizador e autocrático; seja na área da saúde, educação e outras. Dessa forma, tomo como fundamento teórico o conceito de Estado sob o ponto de vista do Marxismo sob a perspectiva do Materialismo Histórico.

O desenvolvimento político, econômico e social brasileiro, desde o período colonial até toda a República Velha (1889-1930), o Populismo (1930-1963) e a Ditadura Militar (1964-1985) se caracterizam pela forte presença de oligarquias e a formação de um poder político centralizado e sustentado em um grupo político e social que detém grande força econômica.

Após a instalação dessa forte herança cultural do poder político restrito a um grupo social que se expandiu até fins do século XX, o qual vai distinguindo os indivíduos pelas condições financeiras, de modo que intensificam consoante a própria diversidade de categorias de trabalhadores no setor produtivo da economia brasileira

³ Para saber mais sobre esse conceito, ver: Norberto Bobbio; Nicola Matteucci; Gianfranco Pasquino. *Dicionário de política*. Brasília: Universidade de Brasília, 1991. Podemos ver também o significado no Dicionário Houaiss (2011, p. 741), o qual define o conceito de populismo como a: “prática política em que se arroga a defesa dos interesses das classes de menor poder econômico, a fim de conquistar a simpatia e a aprovação popular.” Este conceito é encontrado também no dicionário eletrônico, Populismo, disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=&t=&palavra=populismo>> acesso em 06/11/2016.

que vai se modernizando, especialmente no aspecto ideológico que se insere na organização do Estado brasileiro. Essa reflexão sobre o Estado, política e ideologia é fundamental para se entender os arranjos das políticas sociais que vão sendo adotados pelo poder público, visto que se deve questionar a quem o Estado estava representando naquele momento. E qual a justificativa da representação, já que o Estado é uma estrutura ideológica de aparelhamento montada para intermediar conflitos de interesses de indivíduos pertencentes a posições sociais e econômicas diferentes? A respeito disso, observe o que diz Paim (2008, p. 43): “Cabe ao Estado e aos seus aparelhos dar conta dos enfrentamentos de classe e frações de classes, favorecendo a hegemonia das classes dominantes e buscando o consenso das classes subalternas”.

As políticas formadas pela estrutura de poder do Estado, herdadas das velhas alianças apadrinhadas, permeiam os tempos, principalmente em oligarquias regionalizadas que se intensificavam ao longo da história em cada região do Brasil. Veja o que afirma Paim (2008, p. 42) sobre essa conjuntura do Estado como instituição representativa:

O Estado se apóia em certas classes dominadas da sociedade, apresentando-se como seu representante, mediante um complexo processo ideológico. Mas nesse processo de dominação hegemônica de classe, o Estado, em última análise, atua em proveito político das classes dominantes recorrendo a dispositivos e aparelhos ideológicos de diversas ordens.

No Brasil, construiu-se um forte vínculo do Estado e das suas instituições públicas articuladas para atender os interesses da classe dominante que direcionava essa estrutura de poder de forma unilateral, enquanto a sociedade civil ficava sujeita a ordem do poder hierárquico da União aos demais Estados. Essa estrutura de difusão do poder unilateral permeava a cultura política e social no Brasil, dado que até mesmo a instalação da República continuava dominada por oligarquias, de forma que a mudança na forma de governo não surtir muito efeito na política brasileira. Podemos evidenciar esse revezamento de poder político de uma oligarquia a outra nas mãos de grupos nas próprias mudanças acirradas que vão acontecendo, dado que os vários conflitos que ocorriam estavam de alguma forma ligados ao jogo de interesses das velhas oligarquias

dos Estados. Veja que o próprio Getúlio Vargas chega ao poder de maneira indireta e pelo uso da força, que foi a Revolução de 1930, consoante o que é dito por Boris Fausto (1995, p. 327):

Lembremos que desde cedo o novo governo tratou de centralizar em suas mãos tanto as decisões econômico-financeiras como as de natureza política. Desse modo, passou a arbitrar os diversos interesses em jogo. O poder de tipo oligárquico, baseado na força dos Estados, perdeu terreno. Isso não quer dizer que as oligarquias tenham desaparecido, nem que o padrão de relações sociopolíticas baseado na “troca de favores” deixasse de existir. Mas a irradiação agora vinha do centro para a periferia, e não da periferia para o centro. Um novo tipo de Estado nasceu após 1930, distinguindo-se do Estado oligárquico não apenas pela centralização e pelo maior grau de autonomia como também por outros elementos.

Vejamos também o que é dito por Paim (2008, p.55) sobre a influência do Governo de Vargas:

Em 1938, o valor da produção industrial conseguiu ultrapassar a produção agrícola e observou-se uma renovação cultural, podendo ser dividido de 1930 a 1945 e nos pós-1945. No primeiro momento de efervescência política e luta ideológica, conviveu-se com medidas de exceção (1935) e a ditadura do Estado Novo (1937). [...] A universidade foi criada nesta época, com alguma desconfiança, assegurando a profissionalização de médicos, dentistas, advogados, engenheiros e farmacêuticos. No que diz respeito à pesquisa científica, as exigências respondiam a necessidades da urbanização, apoiando medidas preventivas, higiene e saneamento, com conseqüente crescimento de instituições.

Em 1945, com o final da Segunda Guerra Mundial, marcando o fim dos regimes de Estado Totalitário, tais como o Nazismo e o Fascismo, inicia-se um período de grandes euforias, pois se acreditava em uma maior liberdade civil para com o Governo em uma relação mais transparente, e o espírito da redemocratização recuperava-se no Brasil após o Governo Vargas. Com isso, permitia-se que o povo brasileiro reivindicasse melhores condições de existência e tivesse maior participação social no Estado brasileiro.

Os EUA e os Aliados saíram vencedores na Segunda Guerra Mundial, de forma que os EUA se tornaram na maior potência mundial, e, por outro lado, a URSS também fora vencedora nessa mesma Guerra, e até aquele momento (1945), aliada dos EUA. Todos os países da América Latina nesse momento estavam sob ameaça e influência ideológica desses dois países. Esse momento dividiu politicamente os blocos de influência de Bipolaridade, ou seja, de um lado, tínhamos os que estavam do lado do EUA, país de doutrina Capitalista; e, de outro lado, a URSS, com a doutrina do Socialismo-Real. Nessa perspectiva, havia dado início à Guerra Fria (1945-1989), dividindo o mundo entre os que estavam ao lado dos EUA e os que se aliaram à URSS. No período do Governo Dutra, o Governo brasileiro mantinha linha de influência com os EUA, tendo como consequências, entre outras, ruptura de relação com os soviéticos em 1947, colocando na ilegalidade o PCB. Nessa perspectiva, veja o que afirma Neto Aguiar (2011, p. 26):

Após eleições populares, deu-se início ao Governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), quando a quarta Constituição Federal foi aprovada, mantendo-se o regime Presidencialista e os direitos trabalhistas estabelecidos no Governo Vargas. Em tempos de Guerra Fria, Dutra alinha-se à política dos Estados Unidos da América em oposição aos países socialistas. [...] no decorrer de seu mandato, declara ilegal o Partido Comunista Brasileiro, governa com um Congresso representante da classe dominante, adota medidas antiinflacionárias e congela os salários dos trabalhadores.

Nesse mesmo contexto de influência do Governo Dutra pelo EUA, Neto Aguiar (2011, p. 25-26) acrescenta:

O ano de 1945 é marcado pelo final da segunda guerra mundial (*sic!*), com a vitória dos Estados Unidos e das forças aliadas sobre o fascismo e o nazismo, com a derrota de Hitler. Nesse contexto, os regimes ditatoriais são enfraquecidos e um clima de democratização faz parte do cenário mundial. Motivados por esse clima e pela crise econômica brasileira, forças sociais lideradas pelos opositores do regime impõem a deposição do presidente Getúlio Vargas em 29 de outubro de 1945. Com a deposição de Vargas, reinicia-se um período de redemocratização do país com eleições para presidente e para a Assembléia Constituinte, seguindo-se a consolidação do populismo nacionalista, o pluripartidarismo de caráter nacional e maior efervescência social.

Nessa conjuntura, uma nova Constituição é promulgada, em 1946, pela Assembléia Constituinte. Mas ela ainda tinha caráter conservador em muitos aspectos, como exemplo, negando o voto ao analfabeto, restrições ao direito de greve e delimitou o pluralismo político, já que em 1947 cassou o registro do PCB, e os candidatos eleitos pelo Partido tiveram seus mandatos cassados.

Nas eleições de 1950, mais uma vez aparece a figura de Vargas, que, no passado, havia sido deposto por não respeitar a própria Constituição, já que ele governou o país entre 1930-1945 sem permitir que ocorresse mais as eleições. Em 1945, ele foi afastado do poder, dado que seu governo foi ditatorial durante o chamado Estado Novo (1937-1945). Assim em 1950, o “pai dos pobres” decidiu concorrer novamente à Presidência da República, e sai vencedor com 48,7% dos votos. Vejamos como Neto Aguiar (2011, p. 26-27) esse novo momento de Vargas:

Nessa nova fase, retoma seus projetos econômicos, expande a Companhia Siderúrgica e Nacional, amplia as rodovias, cria as usinas hidrelétricas, a Petrobrás, entre outras medidas, para garantir a infra-estrutura necessária ao processo de industrialização que desejava implantar, numa política de caráter nacionalista. [...] o populismo adotado caracteriza-se, principalmente, pela prática de contato direto com as massas populares, sem a intermediação de partido, ao qual era filiado (o PTB), desqualificando a idéia de democracia representativa, numa perspectiva de vínculo emocional com o povo para poder ser eleito e governar. Nessa prática, faz concessões sociais, enquanto adquire o apoio popular para as medidas econômicas e políticas adotadas.

O Brasil desde o período de 1930 até 1960 vivenciou o chamado programa do desenvolvimentismo, com o qual os governantes priorizavam a expansão da economia nacional, com vista ao grande entusiasmo na área da produção, em detrimento do quadro social, especialmente da saúde. O forte impulso internacional levava o Brasil a se tornar também em uma grande potência, mas não houve preocupação em como atingir esse patamar, e a população pagou o preço por esse estímulo desregrado e exacerbado do fortalecimento do Brasil dentro do sistema Capitalista internacional. O Estado veio primeiro nesse sentido, impondo às prioridades que acreditava ser fundamental para o crescimento do país; nesse caso, dando ênfase ao aumento da

produção capitalista, em desproporção com a cobertura de serviços de saúde à população.

Com a morte de Vargas em 1954, assume o vice-presidente Café Filho (1954-55). Em seu Governo houve uma confusão e embaraço a respeito dos programas e projetos adotados, bem como os que estavam por vim. Contudo, o Partido de oposição ao Varguismo e, conseqüentemente, a Café Filho; no caso, a União Democrática Nacional – UDN obteve êxito para os seus anseios, como exemplo, o Governo baixou a Instrução 113,⁴ que estimulava a entrada de capitais estrangeiros no Brasil. Essa medida gerou descontentamento nos Nacionalistas Varguistas, visto que os Nacionalistas Varguistas pertenciam e defendiam um conjunto de políticas econômicas, conforme seu Projeto Político, contrário à entrada livre de capital estrangeiro, assim como assumiam uma forte posição de proteção do mercado interno brasileiro frente ao mercado estrangeiro; ação essa mais conhecida como Protecionismo dos partidários Populistas.

Com o passar do tempo, os governos do Projeto Desenvolvimentista abriram constante e livremente ao capital estrangeiro, sem restrição, como foi o caso do Governo de Juscelino Kubitschek (JK), tendo início com o Governo Café Filho. Considerando esse período de 1955 até 1964, que marcou os sucessores do Governo Vargas, vale destacar que todos os governos que passaram nesse, período se propunham a dar continuidade ao Projeto Desenvolvimentista Nacionalista e Progressista desde Vargas em 1930.

Daí foi se intensificando posteriormente com a entrada na Presidência da República de Juscelino Kubitschek (1956-1961); depois chega o Jânio Quadros em 1961 e, em seu lugar, entra o seu vice-presidente João Goulart (Jango) 1961-1964.⁵ Todos esses governos estavam alinhados a esse Projeto Político Nacional e Desenvolvimentista do Brasil, os quais fizeram uso prioritário da forte presença do

⁴ Essa Instrução foi uma medida adotada por Café Filho junto com o Ministro da Fazenda, Eugênio Gudin Filho, para regular e fiscalizar a entrada de capital estrangeiro no Brasil. Era uma instrução que tinha como apoio institucional a Superintendência da Moeda e do Crédito (Sumoc), a qual foi criada no Governo Vargas pelo, [Decreto-Lei nº 7.293](#), de 2 de fevereiro de 1945.

⁵ Jânio Quadros renúncia em 25 de agosto de 1961, devido uma forte oposição a seu Governo, principalmente dos partidários da UDN – acontece que com sua saída houve uma mudança no Sistema de Governo, mudando de Presidencialista para Parlamentarista. Jango assume em seu lugar e lança o plebiscito para o povo brasileiro escolher entre o Parlamentarismo e Presidencialismo, realizado em 6 de janeiro de 1963. O Presidencialismo é restabelecido no país.

Estado nas atividades produtivas do país, concentrando força trabalhista e dos recursos públicos na pesada industrialização e modernização do Brasil. Contudo, deve-se ressaltar que o Projeto Desenvolvimentista fez aumentar a dívida externa à medida que concentrava os recursos apenas na industrialização de partes do Brasil conforme as forças políticas partidárias regionais se direcionavam pelo Varguismo: fez aumentar a inflação, as desigualdades sociais e uma diferença grandiosa na economia das regiões, visto que o Governo projetava-se na política centralizadora em torno dos mesmos ideais de seus correligionários.

Observe como Aguiar (2011, p. 28) ver essa situação: “*Era evidente a crise econômica com o crescimento da inflação e da dívida externa brasileira*” (Grifo feito por mim).

Vejamos o que afirma também Everardo Nunes (2007, p. 113) a respeito desse período:

O projeto desenvolvimentista acabou gerando crises, traduzidas por violentas expressões de descontentamento popular, que em 1968 no México e no Brasil, em 1969 na Argentina, assinalaram o fim de um programa econômico que mantinha as desigualdades e incrementava a dependência externa. A crise do modelo de política econômica repercutiu em seus embasamentos teóricos, o funcionalismo e suas derivações receberam severos e fundamentados críticas.

Vale destacar que o Brasil estava sob uma forte tensão entre os que buscavam os cargos públicos por via política partidária, assim como o povo brasileiro ficava e vivia no intermédio dessa hostilidade com os que lhes representavam, pois ora uns políticos estavam de um lado defendendo “princípios” que no espectro político eram da chamada “Direita”; ora tínhamos os que defendiam os que estavam na chamada “Esquerda”. O fato é que o Estado brasileiro historicamente não foi montado e estruturado plenamente por uma sociedade civil consolidada e plena de consciência política – “*status civilis*”,⁶

⁶ Essa expressão *status civilis* significa: Estado civil propriamente constituído por plena convicção e racionalidade dos membros desse Estado. Para mais detalhes ver: Norberto Bobbio. *O Conceito de sociedade civil*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 20-28. Pode ser visto também uma análise desse conceito no seguinte endereço eletrônico: Hobbes do status naturalis ao status

econômica e social, sob a real condição material que essa sociedade brasileira vivia. A política desse período continuou estagnada, inclusive no setor da saúde pública, e os acirramentos partidários se intensificaram.

O governo Goulart em 1964 encontrava-se sob forte pressão de ambos os lados: o da esquerda julgava que as medidas do governo eram ineficientes para resolver o quadro social do país; de outro lado, o da direita acusava eminentemente de corrupto, o governo, e de estar planejando um golpe de Estado para implantar o regime comunista. Nesse contexto de hostilidade no país, veja o que afirma Neto Aguiar (2011, p. 28 – grifo da autora):

A partir de uma articulação dos militares, da burguesia industrial e da elite nacional, foi planejado o golpe das forças armadas que concretizou no dia 31 de março de 1964, instaurando-se a ditadura militar, que perdurou *até sua lenta, gradual e pactuada transição para o regime democrático em 1985*.

1.2 - A contextualização histórica da saúde no Brasil: 1949-2002

Do ponto de vista histórico, as políticas de saúde no Brasil se desenvolveram com pouca participação e envolvimento da população nas decisões políticas nas três esferas do poder, desde a União (centro do poder), nos Estados e municípios. A ordem era e é verticalizada e estamental na estrutura de armação do poder político brasileiro.

No curso da história política brasileira, aos poucos foram surgindo às mudanças, mas também ficaram camufladas por discursos demagógicos e práticas que ainda permeiam a história do Brasil, especialmente em regiões onde se visualiza mais evidentemente o desenvolvimento técnico-científico, econômico, social e humano que não foram acompanhados por outras regiões do país, como o Sul e Sudeste em relação ao Norte e Nordeste. Para complementar a compreensão dessa situação política que mostra a assimetria social que se estabeleceu no Brasil, veja o que diz F. de Oliveira (*apud* Jairnilson Silva Paim, 2008, p. 49):

civilis, disponível em <<https://projeto-phronesis.wordpress.com/2008/10/18/hobbes-do-status-naturalis-ao-status-civilis/>> acesso em 20/09/2016.

A formação da sociedade brasileira, se a reconstituirmos pela interpretação de seus intelectuais “demiurgos”, a partir de Gilberto Freyre, Caio Prado Jr, Sérgio Buarque de Holanda, Machado de Assis, Celso Furtado e Florestan Fernandes, é um processo complexo de violência, proibição da fala, mais modernamente privatização do público, interpretado por alguns como a categoria de patrimonialismo, revolução pelo alto, e incompatibilidade radical entre dominação burguesa e democracia; em resumo, anulação da política, do dissenso.

Vivemos atualmente sob as regras da nova Carta Magna (Constituição Federal brasileira)⁷, a qual especifica as normas e a forma doutrinária da saúde no país, descritos entre os artigos 196 a 200, bem como no conjunto de leis que dão regimentos e direcionamento às ações de saúde.

No caso da saúde, podemos ver no Artigo 196 da Constituição, assim estabelecido: *Saúde: direito de todos, dever do Estado. Art. 196 da seção II da Saúde da Constituição da República Federativa do Brasil*. Também podemos ressaltar outra conquista que está sob a forma de Lei, esta a *Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde – de 19 de setembro de 1990*, como também a *Lei nº 8.142 – de 28 de setembro de 1990*.⁸ Devo salientar, a sociedade brasileira viveu praticamente todo o século XX sob a herança cultural, política e social entre as réguas e tramas pela disputa do poder, e dentro do antagonismo entre o público e privado; especialmente nos moldes da vontade particular e convergente força da nascente elite brasileira⁹, visto que já havia se estabelecido econômico, político e socialmente, de forma que vai se revestindo do poder do Estado. As políticas públicas de saúde que se voltou para a medicina brasileira também se incorporaram dessa ordem social e cultural da sociedade brasileira de

⁷Para saber mais a respeito da *Nova Constituição*, ver: *Constituição* brasileira promulgada em 5 de outubro de 1988. Refiro-me aqui especificamente ao Artigo 196, o qual trata da saúde.

⁸ Para mais informações sobre essas Leis, ver a própria Lei 8.080/1990 e 8.142/1990, assim como podemos ver as repercussões históricas da aprovação dessas Leis na obra de Zenaide Neto Aguiar. *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.

⁹Nesse aspecto, elite são grupos que detém maiores posses de bens econômicos, influências políticas e sociais. Ou seja, como nos apresentou Karl Marx, a remanescente classe burguesa, a qual atualmente é muito mais distinta e pulverizada em relação à época de Marx, embora com o mesmo espírito de acumular capital, ou como dizia John Maynard Keynes, em sua obra *Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda*, “animal spirits dos empresários, fundado na motivação básica do Capitalismo: acumular, acumular e acumular.”

depender das políticas do Estado, já que era completamente curativa e higiênica¹⁰. Veja, a respeito disso, o que diz Sérgio Arouca (2003, p. 144) em sua tese de doutorado:

Através de nossa análise, tentamos demonstrar como a Higiene, em sua dupla dimensão de pública e privada, propunha a solução dos problemas da área de saúde, através da participação do Estado e do indivíduo que, assumindo um comportamento orientado por uma cultura higiênica caminharia para a morte natural. Foi o tempo em que se privilegiava a distribuição de um conhecimento que colocava normas à vida.

Algumas poucas manifestações começaram a se formar com maior força nas regiões mais bem estruturadas e industrializadas, como nas cidades do Sul e Sudeste brasileiro, onde havia uma sociedade mais instruída, informada e com consciência política cristalizada. Só para se ter uma ideia de como nessas regiões a população era mais ativa política e socialmente, desde metade do século XX, a partir de 1950, e mais intensamente nas décadas de 1970 e 1980 na região Sudeste, vinha se consolidando um movimento muito relevante, que repercutiu em todo o país nos anos posteriores, dando base para o que se tornaria no futuro SUS. Mas esse movimento batera de frente com as forças políticas da Ditadura Militar¹¹ e grupos vinculados a agremiações partidárias e

¹⁰O conceito de Higiene pode ser visto e consultado na íntegra na obra de Sérgio Arouca, sendo uma publicação em tese e posteriormente em livro: *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina*. Rio de Janeiro: Editora; Fiocruz, 2003.

¹¹Para saber mais a respeito da formação histórica da sociedade brasileira dessa época faz jus ler a obra de Caio Navarro Toledo, *O governo Goulart e o Golpe de 64*. ed. 16. São Paulo: Brasiliense, 1996. E também a obra de Boris Fausto. *História do Brasil*, 2 ed. São Paulo: Edusp, 1995. Vale ressaltar que, conforme o exposto nestas obras, o período da Ditadura Militar vigorou de 1964 a 1985, quando, em 1984, houve uma movimentação com vistas à abertura Política para eleições diretas. Nesse contexto, a Campanha das “Diretas já” ocorrida em 1984 se fez com a participação popular tornando-se possível a luta pela abertura política, embora a Emenda Constitucional Dante de Oliveira, naquele momento, foi negada e rejeitada por não conseguir maioria de votação no Congresso Nacional, continuando-se com a eleição para Presidente da República pelo Colégio Eleitoral. Com isso, só posteriormente com a nova Constituição de 1988 é que de fato o povo teve a oportunidade do sufrágio direto e secreto. Até 1985, as eleições eram indiretas, e aconteciam por esse Colégio Eleitoral. Esse período foi um momento muito peculiar para a sociedade brasileira, dado que muitos acontecimentos foram relevantes e complexos, sobretudo na área da saúde, visto que o setor saúde ainda estava restrito e dividido aos órgãos e institutos de saúde do Estado. Como exemplo podemos constatar a presença centralizadora de instituições estatais que controlavam e regulavam a saúde pública e privada no Brasil, tais como o INAMPS e INPS, e, por outro lado, tínhamos os hospitais filantrópicos e os defensores da RSB, os quais desejavam um projeto de medicina preventiva e coletiva, porquanto a própria conjuntura da saúde pública no Brasil ia assumindo uma nova configuração sanitária e médico-hospitalar, diferentemente do que vigorava até àquele momento na história política do Brasil, com uma medicina centralizadora, curativa e restrita. Para mais detalhes ver: Jairnilson Silva Paim. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Maria Rita Bertolozzi e Rosângela Maria Greco. *As políticas de saúde e no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais*. Disponível

demais grupos anônimos ligados a essa ditadura. Trata-se aqui do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

O movimento da RSB representava uma nova perspectiva de saúde pública para o Brasil. Contudo, um grande grupo articulado com a Ditadura Militar barrava esse Projeto que visava se consolidar como processo, ou melhor, como dizia Paim (2008, p. 47): “A RSB supõe analisá-la como proposta, projeto e processo de reforma social e, como tal, requerendo uma análise do seu desenvolvimento na formação social brasileira em conjunturas específicas”. Para se compreender a questão da saúde no nosso país, sobretudo onde o poder se torna mais centrifugado para o centro do poder político (no caso, a União de onde vem a ordem maior, centrado na região Sudeste), visto que o Federalismo¹² adotado articulava esses poderes *legítimos* no Estado brasileiro, desde que se instituiu a República.¹³ Trata-se de reconhecer que recebemos uma herança cultural e política das velhas alianças do domínio português, especialmente o estabelecimento dos resquícios de uma estrutura do Estado absolutista e Patrimonialista.

Jairnilson Paim argumenta que o poder político tem sido importante na mudança da questão da saúde no país, embora os “políticos” tenham visto as ações de políticas públicas de saúde de outro prisma e interesse. Como vimos, a maior parte dos ditos “políticos” restringia a área da saúde ao que o país tinha de melhor em recursos de saúde para uma parcela da população, assim como as outras atividades da produção humana. Nessa conjuntura, há uma práxis que Paim nos apresenta como norteadoras das ações conscientes que vão aparecendo e convergindo do indivíduo ao coletivo, do parcial ao geral e dando voz e lugar à efetivação de um projeto político que visava à passagem da medicina curativa à preventiva, embora sendo esta implantada ainda de forma tímida e vagarosa.

Trata-se, pois, das ações políticas que convergiriam em um dado momento através da força da grande massa do povo consciente e desperto para uma saúde pública

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 de Jun. 2016.

¹²Para entender melhor a respeito desse sistema de governo do Federalismo, recomendo uma breve leitura e consulta em uma obra conjunta de Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino. *Dicionário de Política*. Trad. João Ferreira. 11 ed. Brasília:UnB,1998.

¹³Para saber mais sobre a implantação da República brasileira e seus laços de poder ver: Raimundo Faoro. *Os donos do poder: Formação do patronato político brasileiro*. Porto Alegre: Globo, 2001.

coletiva e democrática, uma vez que é a política um fenômeno forte e predominante na sociedade como instrumento de luta de classe, visto que a política nos nossos dias pode pender para a conscientização das pessoas para optarem por uma saúde com mais qualidade e com características preventivas. Esse projeto da RSB se ligava à dinâmica da sociedade, pois a práxis levaria a realização e implantação da RSB como medida de política de saúde pública de forma ultrapartidário. Nessa perspectiva, Paim (2008, p. 36) vai afirmar o seguinte: “[...] procura-se analisar as forças sociais capazes de sustentar, política e ideologicamente, o processo da RSB para além das políticas estatais, isto é, das políticas sociais e de saúde”.

Com isso, a ação política conscientizada através dos indivíduos autônomos em amplo sentido social e de diversas classes, propiciaria a melhoria da saúde pública por meio da práxis expressa na integração das classes com vistas à implantação desse projeto. A propósito disto, Paim (2008, p. 38 - Grifo do autor) diz que: “O terceiro tipo de práxis que se realiza mediante *movimentos políticos revolucionários* visa à transformação radical de toda a sociedade com a conquista do poder político”. A isto, ele acrescenta:

Compreendendo a questão saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, é necessário observar no processo político como se enfrentam as forças sociais diante dessa questão, sejam classes, frações de classes, grupos de interesses, corporações ou movimentos em cada conjuntura. (Id, *Ibidem*, p. 44)

Com base nessas afirmações de Paim, podemos entender as reais situações políticas de saúde pública que iam sendo adotadas de forma centralizada na “boa vontade” da classe dominante, como também compreender a pouca mobilidade política que essa classe dirigente do Estado se dispunha pela implantação da RSB. A RSB não estava na pauta prioritária do Estado, dado que não era da preocupação dessa classe dominante estabelecer e criar uma boa saúde pública para o povo brasileiro. Dessa forma, percebemos como foram permeadas e desenvolvidas as raízes dessa sociedade civil brasileira, dominadas e submissas aos caprichos políticos da hierarquia de poder montado desde o império português, passando pela República Velha (1889-1930) e seguindo até o fim da Ditadura Militar (1964-1985).

Para compreendermos como a questão da saúde pública vai sendo estruturada no Brasil, devemos levar em conta o aspecto da forte influência política da classe dominante que se fixou no país, a qual trouxe a presença do Estado como elemento pacificador das contradições entre a classe política e classe dos trabalhadores. Dessa forma, a maior parte dos trabalhadores brasileiros de quase todo o século XX era exposta a diversos males e doenças, já que as políticas de saúde pública ofertadas pelo Estado eram péssimas e precárias, deixando a população em precárias condições de vida e débeis programas de saúde.

O cenário que temos do Brasil em relação ao setor saúde como dependente da ação política é de extrema desigualdade e inumanidade, pois a população que crescia nas regiões mais pobres do Brasil, como Nordeste e Norte, estava quase que totalmente desligada e esquecida do Brasil como parte de um todo da federação.

Nessas condições restavam as pequenas forças econômicas e políticas da iniciativa privada dos empresários locais, em seus determinados Estados ou municípios; na sua maior parte pertencente ao setor econômico produtivo primário (no Sul e Sudeste já havia começado o aparecimento de uma variedade de trabalhadores do ramo da indústria e comércio), em dar aos municípios os quais eles residiam, o passo para a instalação de instituições que dariam condições mínimas de existência ao povo e formar uma relação social de dependência política, tais como a do setor saúde, a da jurisprudência e a da educação, formando uma superestrutura. Como exemplo, podemos constatar que, em 1923, na cidade de São Paulo, foi criada uma instituição chamada Caixas de Aposentadoria e Pensões para os trabalhadores – CAP. A CAP foi criada pioneiramente por Eloi Chaves (Lei Eloi Chaves) percebendo as extremas dificuldades que a classe trabalhadora vivia. Com isso ele estabeleceu um acordo com os trabalhadores de um percentual dos salários dos empregados que seriam destinados a uma reserva em caixa para eventuais problemas futuros que viesse o trabalhador a sofrer. Com a CAP passaram a ser garantidas pensão, aposentadoria, assistência médica e auxílio farmacêutico ao trabalhador e sua família.

Com a criação dessa primeira CAP, em São Paulo, referida aos trabalhadores ferroviários, a ideia é difundida, e em várias localidades foram sendo criadas e implantadas novas CAPs conforme os diversos ramos trabalhistas. Nessa perspectiva

veja o que afirma Zenaide Neto Aguiar (2011, p. 21-22) sobre essa difusão e influência das CAPs:

As primeiras CAPs foram instituídas nas empresas ferroviárias e, mais tarde, estendidas aos portuários, marítimos e outras áreas, dando início ao sistema previdenciário no Brasil, como resposta das empresas e do governo às reivindicações operária. [...] no decorrer dos anos 20, o controle do governo federal passa a ser disputado por outros grupos sociais que se fortalecem econômica e politicamente no processo de urbanização e industrialização crescente, surgindo rupturas no cenário político.

Nessas circunstâncias, as políticas de saúde pública ficavam dependentes desses próprios arranjos de grupos políticos entre a responsabilidade do setor público e privado. A medicina, no Brasil, viveu nesse ambiente de hostilidade do poder ou dos poderes constituídos, pois nossa sociedade era bastante analfabeta, ruralizada, hostilizada e vivia longe da harmonia desses mesomorfismos¹⁴ dos poderes sociais e das decisões adotadas para o rumo do país.

A saúde pública no Brasil, ora era majoritariamente “estatal e institucional”, isto é, a saúde pública em todo o país era restrita apenas as instituições de saúde ofertadas pelo Estado, alinhado ao complexo médico-hospitalar-empresarial; ora ficava submetida à inter-relação do Estado à iniciativa privada, que na verdade, se pode notar que a iniciativa privada que emergia dos que usavam do poder do Estado para atender interesses próprios. O Estado comprava os serviços ofertados pela iniciativa privada para servir como assistência médico-hospitalar aos trabalhadores. Nessas condições, constate o que afirma Neto Aguiar (2011, p. 17):

Alguns aspectos que marcaram a história da organização desse sistema (SUS): a evolução da política de saúde deu-se em estreita relação com a evolução da

¹⁴ Esse termo é semelhante com o de Polimorfismo, e aqui me refiro ao sentido social e político que atualmente os indivíduos têm a capacidade de se posicionar e transmutar para diferentes partes, com vista a atender interesses próprios. Vejamos o que é conceituado no dicionário Houaiss (2011, p. 737): “Rubrica: física. Propriedade de determinados materiais de existirem num estado intermediário como, p.ex., os cristais líquidos que possuem cadeias de moléculas alinhadas, porém distribuídas de maneira aleatória; mesomorfismo. Polimorfismo: qualidade ou estado de ser capaz de assumir diferentes formas. Rubrica: físico-química.”

política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo à ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional; a saúde pública não se constituía em prioridade dentro da política do Estado brasileiro, recebendo maior atenção apenas nos momentos de epidemia ou endemias que refletiam na área econômica ou social e ameaçavam o modelo capitalista adotado; a assistência à saúde desenvolveu-se a partir da evolução da previdência social, com ênfase na medicina curativa e lucrativa a partir da contratação de serviços privados [...].

O Brasil é um país em sua trajetória histórica de formação política, bastante oscilante e inconstante; ou seja, sem amadurecimento científico social pautado em princípios morais voltados para a prática política em seu mais estrito sentido de ação política¹⁵, bem como na estrutura ideológica na formação de partidos. A maior parte dos indivíduos assumia partidos políticos não em benefício do bem comum e em prol da defesa de políticas públicas para a sociedade civil, consoante aos princípios Republicanos, mas os partidos políticos se adaptavam e expressavam uma concepção de direito público para convergir força políticas para seus próprios interesses. Com isso, a maioria dos indivíduos assumia ideologias políticas confinados em partidos não em benefício e na procura do “bem comum” e em prol da defesa de políticas públicas para a sociedade civil livre, mas tínhamos uma política em detrimento de outros grupos que se posicionavam contrários ao grupo dominante. Dessa forma, a política de saúde pública se restringia a poucas ações do poder estatal, já que não era prioridade dos governos atenderem à população em suas necessidades e carências de saúde. Seguindo essa perspectiva da relação de força política e o uso instrumental do Estado, veja o que diz Neto Aguiar (2011, p. 24):

As medidas adotadas caminhavam no sentido de manter a força de trabalho em condições de produção, valendo-se da assistência médica vinculada à previdência social, que a partir de 1933 transformou as CAPs em Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs). A gestão dos IAPs passou gradativamente para o Estado, sendo o seu presidente nomeado pelo Presidente da República e os representantes dos trabalhadores e patrões indicados pelos sindicatos atrelados ao poder executivo, mudando a prática da escolha por eleição direta. O financiamento era de forma tripartite, com participação dos empregados, empregadores e Estado, sendo este último o centralizador dos recursos financeiros.

¹⁵ Para mais detalhes a respeito do conceito de Política, bem como as novas roupagens e estrutura da ação Política, ver: Norberto Bobbio. *O Futuro da Democracia*. Trad. Marco Aurélio Nogueira. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

Dessa forma mantinha-se a estrutura de Estado para preservar os interesses particulares. O Estado se hipertrofiava dentro da sociedade deixando a maior parte dessa sociedade civil submissa aos interesses do grupo que controlava o Estado que estava sendo administrado por minorias ligadas às velhas oligarquias. O Estado se configura como meio estrutural para organizar os interesses de grupos políticos em detrimento do povo na forma de sociedade civil, um Estado burguês em transição de um tempo a outro; ou seja, mudavam-se apenas algumas partes do aparelhamento centralizador (no caso o Estado e Governo), e permanecia o mesmo sistema de Estado que distribuía irregularmente as políticas públicas; o qual transitava de um momento a outro para servir a classe dominante e interesses de oligopólios interligados ao poder do Estado que continuava um Estado burguês, e não como se acreditava um Estado civil e democrático. Com isso, as políticas de saúde se restringiam a poucas ações governamentais.

O Estado brasileiro era pouco ativo no que diz respeito aos interesses da sociedade, especialmente na questão de saúde, já que havia se formado pela disputa do poder da máquina administrativa entre as elites regionais; as quais buscavam suas próprias vantagens, e se limitavam apenas a criar alguns institutos e órgãos de saúde estatal para o combate de endemias e epidemias. Não havia uma prioridade do poder do Estado em estabelecer medidas médicas profiláticas e preventivas de saúde. Nessa diretriz, veja o que aponta Neto Aguiar (2011, p. 28) sobre tal conjuntura:

[...] a saúde pública obtém modestas conquistas, enquanto os IAPs fortalecem o modelo de assistência médica curativa aos seus segurados na perspectiva de manutenção do trabalhador saudável para a produção. Aqueles que possuíam mais recursos e cuja categoria profissional exercia maior poder de pressão construíram hospitais próprios para o atendimento de seus segurados.

O Estado, durante quase todo o século XX, foi se tornando responsável pela prestação de serviços médico-hospitalares à população, sobretudo àqueles mais carentes e que não possuíam recursos financeiros o suficiente para pagar melhores médicos e se alojar em hospitais de maiores portes e que ofereciam serviços médicos especializados. Daí surgiram os hospitais filantrópicos, instituições que estavam entre o público e

privado, mas que, de forma geral, cumpria os serviços de saúde pública vinculado ao poder da medicina privada, o que não alcançava toda a demanda, deixando esse vácuo social sob políticas sociais do governo ou do poder estatal. Isso foi muito notório na Europa durante o século XIX, especialmente na França, aonde a criação de hospitais era ligada ao poder público para servir ao setor da saúde pública, de forma que o Governo direcionava muitos recursos públicos para essa área à população mais carente. Nessa perspectiva, Foucault (2006, p. 47) vai afirmar o seguinte sobre o uso do hospital:

A pobreza é um fato econômico que a assistência deve remediar enquanto existe; a doença é um acidente individual à qual a família deve responder assegurando a vítima os cuidados necessários. O hospital é uma solução anacrônica que não responde às necessidades reais da pobreza e que estigmatiza o homem doente em sua miséria [...].

Na conjuntura do Estado brasileiro até fins do século XX, os serviços médicos baseados no paradigma hospitalocêntrico foram o modelo médico que predominava nas regiões, especialmente nos municípios mais pobres em que os hospitais serviam como lugares estratégicos e paliativos para a cobertura da assistência médico-hospitalar às pessoas mais pobres.

No Brasil de quase todo o século XX, o aparelho de poder do Estado se configurou como setor exclusivo para ofertar os serviços médico-hospitalares necessários do setor de saúde pública. Vários acontecimentos foram sendo tomados pela força do Estado em iniciativas de saúde pública. Como exemplo, houve uma medida de saneamento para a cidade do Rio de Janeiro liderada pelo médico Oswaldo Cruz, que repercutiu na chamada “Revolta da Vacina em 1904”. Esse acontecimento, que ocorreu especificamente no Rio de Janeiro, tinha como propósito o combate aos males endêmicos que afligiam os habitantes da cidade e que faziam daquele ambiente um lugar infame e insalubre. Com isso, aprovou-se uma lei que instituía a vacinação obrigatória contra a varíola, o que ocasionou um estopim de revolta popular contra essa medida do governo. Vale destacar que, naquele momento, as condições de existência da população eram bastante insalubres, irregulares e de extrema pobreza, com isso várias doenças se manifestavam devido às precariedades de sobrevivência, o que deixava o ambiente propício ao aparecimento de várias doenças, como Peste Bubônica, Malária,

Varíola, Tuberculose, Tifo e muitas outras. Nesta perspectiva, veja o que diz Neto Aguiar (2011, p. 20):

A situação de saúde da população apresentava o mesmo panorama do período anterior, com predomínio das doenças pestilentas como cólera, febre amarela, malária, tuberculose, tifo, peste, varíola, gripe espanhola e outras. As condições de saneamento eram bastante precárias e várias epidemias matavam a população e dificultavam o recrutamento de trabalhadores [...].

A população não convencida quanto aos efeitos da vacina, bem como insuflada pelos últimos remanescentes de oposição política do governo, e médicos contrários à vacinação, ou seja, médicos que propunham uma vacina não obrigatória, levaram a um estopim de uma verdadeira manifestação e revolta contra essa medida considerada autoritária e violenta por parte do poder público.

Dessa maneira, o Estado brasileiro vinha se consolidando sob a ideologia do poder centralizado e autoritário nas mãos da classe dominante, que estava inserindo o Brasil no contexto da formação capitalista. Vale destacar que esse sistema capitalista adotado no Brasil tinha mais caráter monopolista, visto que a classe dominante monopolizava os setores da economia brasileira, assim como a maior parte dos serviços públicos de saúde eram ofertados exclusivamente ofertados pelo Estado. Como exemplo, as autarquias do INPS e INAMPS eram institutos do Estado que era responsável exclusivo para a oferta de serviços médico-hospitalares, e as pessoas que não podiam pagar por um melhor atendimento ficavam sob a prestação de serviços médicos das Santas Casas de Misericórdia ou hospitais filantrópicos.

Com isso, até fins da década de 1980, começava um movimento social do meio da sociedade civil mais consciente e convicto em reivindicar mudanças no Estado, que até então era centralizador e autoritário no setor da saúde pública. Esse movimento concentrava estudantes, intelectuais, médicos, políticos e trabalhadores de diferentes categorias profissionais que queriam um modelo de saúde pública universal e gratuito. Esse movimento social era o da RSB, que reivindicava transparência e compromisso do Estado brasileiro para com a população.

A questão da saúde pública no Brasil assume esse mesmo tratamento de negligência e descuido com as políticas sociais, a qual vai sendo costurada consoante aos interesses da classe dominante. Até 1930, existiam muitas casas de caridade e hospitais filantrópicos espalhadas pelo Brasil, principalmente em lugares que não possuíam condições financeiras favoráveis, aumentando a distinção entre os atendimentos considerados públicos ofertados aos menos favorecidos, e os atendimentos médicos de que dispunham as pessoas da elite, como bem apresenta Everardo Nunes (2007, p. 41): *“Para as famílias mais ricas havia uma elite da profissão médica: para o pobre, praticantes de mais baixo status e menos treinados”*(Grifo feito por mim).

É também nesse período que os surgimentos mais significativos de hospitais públicos e filantrópicos, no Brasil, vão aparecendo, visto que é nessa época que tem início a sistematização e institucionalização da saúde pública e as construções de hospitais credenciados como filantrópicos e públicos para as pessoas pobres e trabalhadoras informais. Seguindo esse mesmo raciocínio para implantação da assistência médica para a população no Brasil do século XX, veja o que afirma Neto Aguiar (2011, p. 19):

A assistência médica limitava-se apenas às classes dominantes, constituídas principalmente pelos coronéis do café e era exercida pelos raros médicos que vinham da Europa (medicina liberal). Aos demais (índios, negros, brancos pobres), restavam apenas os recursos da medicina popular e as sangrias (extração de sangue) que eram praticadas para a cura de algumas doenças. Surgem as primeiras Casas de Misericórdias, que se destinavam ao abrigo dos doentes, indigentes e viajantes, sem assistência médica e tratamento aos problemas de saúde.

No campo político, esse período esse período foi marcado pelo domínio das elites agrárias de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A maioria dos presidentes dessa época eram políticos mineiros e paulistas que se alternavam no poder e adotavam medidas que favoreciam o setor agrícola (1889-1930).

Muitas doenças se tornaram endemias e epidemias nessa época. Não existiam políticas de saúde públicas preventivas e promocionais, apenas algumas medidas eram tomadas para amenizar os problemas de insalubridade dos trabalhadores na produção econômica das regiões do Brasil.

O setor da saúde, no Brasil, era restrito até mesmo dentro do que chamávamos de República Federativa do Brasil que havia sido implantada, ou seja, saúde era algo pertencente à elite, seja para a formação do médico e para um atendimento mais sofisticado restrito a poucas famílias. Nessa perspectiva, só podia chegar a essa profissão quem de fato tinha condições financeiras, o que de fato se não se alterou durante os tempos até os dias atuais, já que essa profissão ainda está muito restrita a quem tem condições de cobrir os altos custos de formação de um profissional médico. Uma pessoa ter um acesso digno de atendimento médico estava também limitado naquele momento, o que contrariava o princípio republicano e federativo do Brasil. Considerando todo esse contexto social e econômico, Neto Aguiar (2011, p. 17) diz o seguinte:

O sistema de saúde brasileiro adquiriu, ao longo de sua evolução, características marcantes que acompanham as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico. Alguns aspectos que marcaram a história da organização desse sistema: a evolução da política de saúde deu-se em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo à ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional; a saúde pública não se constituía em prioridade dentro da política do Estado brasileiro, recebendo maior atenção apenas nos momentos de epidemia ou endemias que refletiam na área econômica ou social e ameaçavam o modelo capitalista adotado; a assistência à saúde desenvolveu-se a partir da evolução da previdência social, com ênfase na medicina curativa e lucrativa a partir da contratação de serviços privados; o sistema de saúde estatal consolidou a dicotomia entre ações preventivas e de caráter coletivo e as ações curativas de caráter individual, sendo a primeira de responsabilidade do Ministério da saúde e das Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde e a segunda, assumida pela Previdência Social e pela medicina liberal.

Após 1930, o Brasil passava por várias transformações de ordens econômicas, políticas e sociais, quando o Estado começa a intervir nas questões de direitos sociais, sobretudo nas políticas de saúde pública e Assistência social, dado que eram exponencialmente precárias e decadentes as condições de saúde da população em várias regiões do país. Contudo, essas mudanças demonstravam apenas uma grande disputa pelo poder entre grupos políticos, os quais representavam interesses próprios e partidários, conforme fosse a conjuntura político-social em que atuavam. Neste sentido, note o que afirma Neto Aguiar (2011, p.23) sobre a era Vargas (1930-1945):

A partir de 1930, o Brasil esteve sob o comando político do Presidente Getúlio Vargas, quando foi promovida uma ampla reforma administrativa e política que culminou com a constituição de 1934, iniciando-se o governo constitucional até 1937 e a ditadura do Estado Novo de 1937 a 1945. Trata-se de uma fase de forte centralização política e participação estatal nas políticas públicas, o que, aliado às políticas populistas, atribuiu ao presidente o apelido de “pai dos pobres”.

Com o governo Vargas, o cenário de saúde pública brasileira toma novos rumos, devido à própria pressão dos trabalhadores dos vários setores da economia, sob a consolidação de forma institucional dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs,¹⁶ criado em 1933, durante a administração do referido Governo. Perceba o que diz Neto Aguiar (2011, p.24-25) sobre esse contexto:

No entanto, as medidas adotadas caminhavam no sentido de manter a força de trabalho em condições de produção, valendo-se da assistência médica vinculada à Previdência Social, que a partir de 1933 transformou as CAPs em Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs). A gestão dos IAPs passou gradativamente para o controle do Estado, sendo o seu presidente nomeado pelo Presidente da República e os representantes dos trabalhadores e patrões indicados pelos sindicatos atrelados ao poder executivo, mudando a prática de escolha por eleição direta. [...] Esses Institutos priorizavam a contenção de gastos, tendo em vista a política de acumulação do capital necessário ao investimento em outras áreas de interesse do governo.

A criação do Ministério da Educação e Saúde ocorreu em 1930, com função de coordenar as ações de saúde pública no mesmo modelo do sanitarismocampanhista do período anterior.

Embora essas ações governamentais fossem necessárias, o caráter delas mostra o ciclo do poder político em plena ativação. É nesse período que tem início a política de saúde pública brasileira. Vale destacar todo o período de 1940 a 1954, uma vez que foi

¹⁶ Para saber mais detalhes a respeito da criação desse instituto dos IAPs, visto que anteriormente eram as CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensão, sendo mudado pelo governo Vargas distribuindo os IAPs por categorias de trabalho. As questões da criação dos IAPs eram mais de caráter acumulador de capital, visto que o governo teria mais dinheiro a sua disposição com a administração desse dinheiro; e com isso ele poderia investir ou gastar esse recurso em outras áreas do Estado, e não apenas para melhorar esse sistema de assistência ao trabalhador. A propósito recomendaria ver o texto de Zenaide Neto Aguiar. *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.

um momento de amplas modificações com as várias medidas tomadas por Vargas a fim de se manter no poder.

A industrialização, o nacionalismo, o protecionismo e a intervenção do Estado na econômica, na política e na vida social são difundidos e cada vez mais presentes. Em 1941, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde para tomar conhecimento das reais condições de saúde pública; em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, financiado por norte-americanos, e que estava voltado para o combate de endemias no Nordeste e Norte do País. Em 1942, também foi criada a Lei Brasileira de Assistência – LBA¹⁷ e diversas outras ações governamentais foram efetivadas. Em 1943, foi Consolidação das Leis do Trabalho – CLT; em 1941, a Companhia Siderúrgica Nacional de Volta Redonda; em 1942, a Companhia Vale do Rio Doce. Contudo, todo o “Período Vargasista” é característico também na área da saúde como divisor da saúde pública, pois o governo criou dois órgãos estatais. Um desses órgãos era a Assistência social que estava voltada para as pessoas mais pobres e aqueles que não tinham trabalho fixo, sob o comando do Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS,¹⁸ vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Já para os trabalhadores vinculados aos IAPs, ou que podiam pagar a esses institutos, grupos geralmente pertencentes à classe alta e média, tinha como maior disposição à medicina previdenciária e privatista.

Ao mencionar o governo Vargas que havia dado início à política de saúde pública, não significa dizer que, de fato, houve uma forte preocupação por parte do Governo com a questão da saúde pública, mas uma estratégia de convergir os ânimos e anseios partidários, tanto na área urbana, que estava em expansão em várias regiões do país, especialmente no Sudeste, e com menos força no Nordeste e Norte, como também no campo, com os trabalhadores rurais. Note o que afirma novamente Neto Aguiar (2011, p. 23):

A política de saúde adotada reforça a antiga dicotomia: as ações de caráter coletivo sob a gestão do Ministério da Educação e Saúde (modelo sanitarista

¹⁶ De acordo com o *Decreto-Lei nº 4.830*, de 15 de outubro de 1942.

¹⁸ Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS foi criado em julho de 1938, conforme o *Decreto-Lei nº 525*, de 1º de Julho de 1938.

campanhista), separadas das ações curativas e individuais, vinculadas aos IAPs, reforçando a dualidade do modelo assistencial. Destaca-se que a população de maior poder aquisitivo utilizava os serviços privados de saúde integrantes da medicina liberal crescente, enquanto a maioria da população não vinculada à previdência contava apenas com os escassos serviços públicos e das instituições de caridade, além das práticas populares de tratamento.

Saindo do governo Vargas e indo para uma segunda fase desenvolvimentista do Brasil, chegamos ao Governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), eleito pelo Partido Social Democrata – PSD. Com ele, impulsionado com o sucesso de Vargas, a questão da saúde seguirá o mesmo programa centralizador e autoritário, pois o Governo Dutra manteria a mesma estrutura e convicção do Governo anterior, no plano do Desenvolvimentismo, Nacionalismo e Progressismo. E a saúde pública foi novamente descartada e esquecida. A única ação do governo que repercutiu no plano nacional, ainda que de maneira tímida, foi o Plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), o qual não se concretizou em totalidade. Veja o que afirma Neto Aguiar (2011, p. 26):

Dutra lançou o Plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) elaborado em 1948 e aprovado em 1950, destacando a saúde como uma de suas prioridades, o que não se consolidou na prática, uma vez que a maior parte dos recursos do plano foi destinada à área de transporte.

Agora observe o que é dito também por Maria Inês Souza Bravo (2001, p. 5):

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado. A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

O Plano Salte planejava uma política que procurava organizar a saúde pública, melhorar as condições sanitárias das Campanhas Nacionais de Saúde conveniada aos vários órgãos públicos do governo, especialmente no combate às endemias nacionais e os níveis de saúde na área rural. Porém ainda existiam grandes restrições da assistência médica-sanitária entre os Estados e regiões do país.

O Governo Dutra na área da saúde foi um governo de estatização, ineficiência e de descaso, visto que não colocou em prática a prioridade do plano voltada para a saúde pública, que era extremamente desastrosa, irregular e assimétrica.

Na época de transição do governo Vargas aos demais Populistas, o quadro de estabelecimentos hospitalares demonstrava a assimetria social entre as regiões, os quais eram mais usados nesse tempo, ainda que insuficientes; eram colocados como solução ao combate às doenças e enfermidades nas diversas localidades regionais do país. Vejamos como é distribuído esse quadro médico-hospitalar nas regiões brasileiras, posto pela 3ª Conferência Nacional de Saúde (1992, p. 141):

TABELA I - NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, OFICIAIS E PARTICULARES, POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO 1956 e 1960:

UNIDADES	1956			1960		
	Total	Oficial	Particular	Total	Oficial	Particular
Rondônia	4	4	—	5	4	1
Acre	13	4	9	9	4	4
Amazonas	29	11	18	22	6	16
Rio Branco	2	1	1	2	1	1
Pará	18	10	8	23	12	11
Amapá	8	5	3	3	1	2
Maranhão	20	12	8	17	6	11
Piauí	13	7	6	13	6	7
Ceará	73	14	59	61	8	53
R. G. do Norte	37	9	28	47	7	40
Paraíba	42	23	19	41	16	25
Pernambuco	71	38	33	79	35	44
Alagoas	41	9	22	33	4	29
Sergipe	31	10	21	26	4	22
Bahia	110	28	82	105	25	80
Minas Gerais	380	35	345	392	37	355
Espírito Santo	51	10	41	39	6	33
Guanabara (+)	175	69	106	158	63	95
São Paulo	516	43	473	532	44	488
Paraná	204	29	175	239	23	216
Santa Catarina	113	18	95	119	16	103
R.G. do Sul	326	18	808	341	10	331
Mato Grosso	38	4	34	35	8	27
Goiás	68	8	60	59	6	53
Brasília, D.F.				3	1	2
BRASIL	2.506	448	2.058	2.547	371	2.176

Tabela 1: Número de estabelecimentos de assistência hospitalar - Distrito Federal até 21/04/1960. Fonte: 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Nos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) Conferência (1992, p. 141). Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

Conforme os números na referida tabela I, podemos perceber e constatar um grande volume de estabelecimentos médico-hospitalar com maior concentração na região Sudeste e Sul do Brasil, bem como um maior número de hospitais particulares os quais vendiam seus serviços ao poder público.

A forma que a saúde pública era tratada foi sendo demonstrado pela presença da desigualdade social, política e econômica existente em todo o país, visto que a saúde pública estava delimitada aos poucos institutos do poder estatal, enquanto os hospitais criados pela iniciativa privada vendiam os serviços médico-hospitalares por meio dos Institutos estatais; tais como o INPS e INAMPS.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde¹⁹ separado e independente da área da educação, que antes eram juntos. Nesse ponto observemos o que diz Aguiar (2011, p. 27):

[...] a implantação de programas e serviços de atenção médica tem como marca o clientelismo, favorecido pelo atrelamento dos sindicatos e institutos ao Estado. Em julho de 1953, foi criado o Ministério da saúde. [...] Durante 10 anos esse ministério foi dirigido por 14 ministros, caracterizando-se pela

¹⁹Assim posto em vigor com a *Lei nº 1.920*, de 25 de julho de 1953.

transitoriedade de seus titulares como resultado da intensa barganha política e prática clientelista que envolvia a escolha de seus dirigentes. A proposta de separação do Ministério da saúde do antigo Ministério da Educação e Saúde já era debatida havia algum tempo, paralelamente ao tipo de política de saúde defendido para o país. Existiam dois grupos de sanitaristas que defendiam propostas distintas: os que defendiam a manutenção do tradicional modelo do sanitarismocampanhista e a prática de higienista da Fundação SESP; e os que desenvolviam a corrente de opinião do sanitarismo desenvolvimentista, sob o argumento da relação entre o nível de saúde da população e o grau de desenvolvimento econômico do país. [...], no entanto, os poucos recursos destinados a pasta limitavam a sua atuação, permanecendo-se a pouca efetividade nas questões relativas à saúde pública.

Seguindo esse raciocínio, temos a ideia clara de que a criação do Ministério da Saúde tendia a um reforço na política nacionalista, visto que às divergências internas dividiam os que estavam ao lado de Vargas e os aqueles se posicionavam contrários às suas políticas. Note o que afirma novamente sobre essa conjuntura Neto Aguiar (2011, p. 28–29 grifo do autor):

O mandato de Vargas foi acompanhado de intensos conflitos políticos entre os Nacionalistas que defendiam o desenvolvimento do país sem o capital estrangeiro e os Desenvolvimentistas que defendiam a entrada do capital estrangeiro para o deslanche industrial no Brasil. [...] diante dessas pressões e sem ver uma saída honrosa, Getúlio suicidou-se em 1954, *“saindo da vida para entrar na história, como mártir do nacionalismo, herói popular e pai dos pobres”*.

O fato é que o país estava mergulhado em um caos de calamidade pública. As políticas de saúde estavam totalmente descomprometidas e sem nenhum seguro por parte dos que estavam à frente da política brasileira para colocar em prática as ações concretas de boas condições de saúde em relação às disparidades de desigualdade de saúde pública. Vejamos como é visto e relatado o país na 3ª CNS em 1963:

A fragilidade da infra-estrutura sócio-econômica de grande parte do país, retratada no pauperismo e no baixo nível educacional de seus grupos populacionais, dificulta sobremaneira ao homem brasileiro alcançar ou preservar sua saúde, em decorrência dos baixos padrões de moradia, alimentação e hábitos higiênicos que lhe impõem as condições do subdesenvolvimento. Constituindo problemas de variável magnitude, as doenças de massa, no Brasil, estão representadas principalmente pela tuberculose, malária, lepra, esquistossomose, doença de Chagas,

ancilostomose, tracoma, calazar, boubá, filariose, doenças carenciais, diarreias infecciosas, além de outras de menor significação sanitária. Por outro lado, embora no Brasil já tenha sido superada a fase das pestilências, conforme eram entendidas outrora, ainda ocorrem esporadicamente algumas das doenças incluídas no grupo, principalmente a varíola, além da peste e da febre amarela (silvestre), o que exigirá ligeiras considerações a respeito. Além disso, começam a avultar no obituário dos grandes centros urbanos do país, doenças incluídas no grupo das chamadas degenerativas — neoplasias e doenças cardiovasculares — pelo que não se poderia fugir a uma referência especial sobre as mesmas no estudo e apresentação do quadro nosológico das populações brasileiras. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 66).

Para exemplificar mais isso, e para tentar se compreender a extrema desigualdade social que reinava no país, sobretudo no Nordeste, veja o que nos é apresentado em dados, na Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 1963, conforme a Tabela abaixo, apresentada nos *Anais* desta Conferência (1992, p. 52):

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO DA RENDA “PER CAPITA” NO BRASIL - 1950 e 1960:

Regiões	Renda “per capita”			
	Valor em cruzeiros (preços correntes)		Valores em Dólares (Oficial)	
	1950	1960	1950	1960
Norte	2.688,84	16.264,30	149,38	162,64
Nordeste	1.984,44	12.996,20	110,25	129,96
Leste	4.243,08	26.237,90	235,73	262,38
Sul	6.248,15	39.080,20	347,12	390,80
Centro-Oeste	2.471,51	15.846,41	137,31	158,96
Brasil	4.162,00	27.005,30	231,22	261,00

Tabela 2: Tabela II nos *Anais* da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1992, p. 52).

Essa tabela II nos evidencia a composição social e econômica da população brasileira nas décadas citada. Podemos visualizar também que a região Nordeste era a que possuía o menor valor de renda para sobreviver. A população dessa localidade vivia em condições precárias de vida, conseqüentemente vulnerável a diversos males e doenças.

Nessa perspectiva, veja o que é dito nos *Anais* da referida Conferência (1992, p. 52) sobre os dados dessa tabela II (Nos *Anais* é tabela I) apresenta a respeito dessa desigualdade socioeconômica entre as regiões brasileiras:

A Tabela I mostra a distribuição da renda “per capita” (1950 e 1960) nas diferentes regiões fisiográficas do Brasil, demonstrando os desníveis regionais existentes. Sobressai a situação muito desfavorável do Nordeste, com uma renda praticamente inexpressiva. Nessas condições, torna-se evidente que o nordestino mal poderá atender as suas necessidades de subsistência, em alimentação, vestuário e moradia; assim, não há por que estranhar a fome, os mocambos, as migrações, as doenças, a mortalidade infantil que dessangram o potencial humano da paupérrima região.

Outros relevantes dados nos são apresentados sobre a situação do Brasil nas décadas de 1940, 1950 e 1960. Estatisticamente há dados registrados novamente na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), conforme a Tabela abaixo, apresentada nos *Anais* desta Conferência (1992, p. 54):

TABELA III – AVARIAÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RURAL E URBANA, POR REGIÕES FISIAGRÁFICAS, NO BRASIL 1940 - 1950 – 1960:

Regiões Fisiográficas	População %					
	Rural			Urbana		
	1940	1950	1960	1940	1950	1960
Norte	72,3	68,5	62,2	27,7	31,5	37,8
Nordeste	77,2	73,7	66,2	22,8	26,3	33,8

Leste	66,9	61,0	51,5	33,1	39,0	48,5
Sul	63,2	58,0	49,2	36,8	42,0	50,8
Centro-Oeste	78,5	75,6	65,0	21,5	24,4	35,1

Tabela 3: Tabela III nos Anais desta Conferência (1992, p. 53). 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)

A Essa Tabela – III nos mostra a distribuição da população nas regiões do país, bem como nos dá a imagem real da situação da composição da população brasileira. Com isso, observe o que relatam os *Anais* desta Conferência (1992, p. 53):

Tabela III – [...] patenteiam os desníveis regionais existentes no país. Assim, as Regiões Leste e Sul aparecem com percentuais praticamente equivalentes, enquanto as demais ainda apresentam alta proporção da população rural, máxime o Nordeste.

Dessa forma, esses dados são interessantes porque nos revelam um aspecto importante referente à divisão social de classes, considerando-se neste sentido a existência de duas camadas em que se constituíam a população, o que permeia até os dias atuais. Uma dessas camadas representada por um grupo que possuía (e possui) maiores bens e, conseqüentemente, maior poder de influência na política regional e local; a outra camada, representada pela parte extremamente pobre, analfabeta, dependente e vulnerável aos ditames das velhas oligarquias sem ter condições de divergir e se posicionar contra essa ordem oligárquica e regime político. Daí o direito chamado de Direito de Personalidade, como educação e saúde, ficava submisso consoante as ordens desses chefes políticos. Veja o que é afirmado novamente sobre esse quadro socioeconômico brasileiro pelo Relatório da referida Conferência:

O baixo nível educacional das populações das áreas subdesenvolvidas - poderoso entrave à ação da Saúde Pública - pode ser medido através dos índices de alfabetização que apresentam. Nesse particular, também, a situação do Brasil não é das mais satisfatórias, visto que apresenta proporção muito elevada de analfabetos entre a população de 10 anos e mais de idade, estimado aquele percentual (1950) em 52%; nos países desenvolvidos, essa proporção não ultrapasse 3 ou 4%. O percentual de analfabetos deve ser

ainda muito mais elevado nas zonas rurais brasileiras, constituindo mais um fator negativo no amplo quadro de suas deficiências gerais. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 55)

Seguindo essa mesma interpretação do *Relatório da Conferência*, note como é descrito e relatado o país segundo a citada Conferência Nacional de Saúde (1992, p. 29):

A gravidade dos problemas médico-sanitários que afetam vastas camadas da população brasileira, em consequência do pauperismo em que vivem mergulhadas, de par com a escassez dos recursos de nossas comunidades para enfrentá-los, representa o grande desafio lançado à lucidez das autoridades sanitárias federais, estaduais e municipais. O binômio necessidades e recursos configuram a fixação de diretrizes de uma nova política de saúde que se fundamenta no conhecimento da realidade econômico-social do País, na análise crítica das experiências históricas dos modelos conhecidos e no aproveitamento da técnica posta a serviço da luta contra as enfermidades. A limitação dos recursos corteja com a vastidão dos problemas, torna imperiosa uma disciplina, uma racionalização, uma política que defina as prioridades, estime custos, indique benefícios e estabeleça prazos, uma sistemática nova que traduza em objetivos realistas, se exprima em programas para cujas elaborações, controle e execução, o Ministério da Saúde se prepara através de sua reorganização administrativa.

Todos esses dados aqui postos foram identificados e debatidos na 3ª CNS, realizada em 1963, logo depois em 1964 a Ditadura Militar seria imposta.

Com a deposição de João Goulart em 1964, o país viveria por vinte anos sob o Estado de Regime Militar, conforme as ordens da Ditadura Militar; significando assim um período muito difícil e hostil, devido às várias divergências políticas que separavam a sociedade brasileira, entre o que aceitavam a Ditadura e aqueles que eram perseguidos e descartados, caso não se simpatizassem com os Militares. Dessa forma, a sociedade civil brasileira encontrava-se em forte tensão com o Estado autoritário, enquanto o Estado se tornou mais centralizado, ficando a maior parte da sociedade se submetia ao Estado autocrático.

Os Governos Militares continuaram com os investimentos em industrialização aumentando mais uma vez a inflação e a desigualdade social. Nessa diretriz, note o que diz Maria Bravo (2001, p. 1): “*Enfocar-se-á o início da intervenção do Estado no setor, mais efetivamente na década de 1930; as alterações ocorridas com o golpe militar de*

64 que instaurou a ditadura do grande capital e, na saúde, o modelo de “privilegiamento do produtor privado” (Grifo feito por mim). O Governo Militar intensificou amplamente a concentração de renda, e institucionalizou mais intensamente a máquina de Estado, como exemplo, na área da saúde, unificou todos os IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social – INPS em 1966.

A prioridade no projeto política econômico do Estado autoritário continuava a dar exclusividade no investir em infra-estrutura (exemplo: criação da Rodovia Transamazônica – Rodovia Gov. Antonio Mariz etc.), burocratização do aparelho estatal (sistematização e unificação da Previdência Social)²⁰, modernização do país (Industrialização pesada), manutenção da ordem pública (reprimindo quaisquer motins, rebeliões e oposições) e um vigoroso processo de estabilização da economia (tentava conter a inflação). O Estado inicialmente procurava retomar o crescimento econômico através de um processo que, de início, se chamava Plano de Ação Econômico do Governo – PAEG, que começou no Governo de Castelo Branco (1964-1967). Porém, no setor saúde, a prioridade foi burocratizar e centralizar os serviços de saúde pública, sobretudo por meio da compra dos serviços privados dos hospitais para cobrir a assistência médico-hospitalar.

Alguns acontecimentos no período militar se tornaram peculiares e difíceis no setor da saúde, especialmente porque o regime havia criado dois grandes blocos partidários, procurando legitimar o seu poder de forma autoritária e antidemocrática; dado que as ideais de saúde pública voltadas para os princípios da universalidade e equidade eram visto como ideais Comunistas. Fazendo isso, os Governos Militares tiveram mais controle sobre os institutos estatais, bem como o controle da saúde pública sem dar prioridade ao atendimento primário e municipal, assim como preventivo.

Nesse período, o Governo Militar cria a *Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM* em 1974, que se baseava na antiga ideia de Sanitarismo Campanhista do início do século XX; tentando manobrar os setores da saúde pública e demonstrando mais flexibilidade técnica e administrativa, pois a lógica

²⁰ Nesse aspecto podemos constatar e consultar o Decreto-lei nº 200/1967, o qual o Governo Militar procurou sistematizar e regular de forma mais eficiente a Administração Pública brasileira.

hospitalocêntrica privatista adotada por eles estava gerando grandes despesas para o Governo e a prioridade era conter “gastos do Estado”.

O Governo Militar ditava arbitrariamente as políticas econômicas e sociais de forma autoritária. Com isso, partidos orientados por princípios solidários e sociais (principalmente ditos de “Esquerda”) passaram a ser colocados novamente na história política brasileira da ilegalidade, já que os militares não aceitavam nenhum tipo de oposição às suas políticas públicas. E para isso foram decretados vários Atos Institucionais²¹ (AI-1; AI-2; AI-3; AI-4; AI-5 e etc). Dessa maneira, observe o que aponta Maria Bravo (2001, p. 7) sobre tal período:

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizadas pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Vejamos também o que manifesta Paim (2008, p. 80) sobre tal conjuntura política e econômica do Governo Militar com relação à questão da saúde pública:

Paralelo à politização da saúde pelo Estado brasileiro, particularmente em função das políticas racionalizadoras do pós 1974, ocorreu um amplo debate político sobre a questão saúde fundamentado na produção teórica da medicina social brasileira e progressivamente articulado aos movimentos sociais ligados às associações de bairros e às comunidades eclesiais de base [...] à crítica do Cebes e de intelectuais militantes contra as políticas de saúde do regime autoritário.

Seguia-se assim a maior política de articulações dentro do contexto econômico e social do país, com fins financeiros, acumulação de capital e gestão centralizadora. As várias manobras políticas e econômicas no setor da saúde seguiram conforme a

²¹ É um conjunto de leis estabelecidas pelo Governo Militar, sem necessidade da aprovação do Congresso Nacional.

burguesia burocrática de parte da sociedade almejava, ligada ao mecanismo de Estado e seus institutos (INPS, INAMPS e SIMPAS) interligados pela Previdência Social responsável pela saúde pública brasileira. O Regime Militar foi o instrumento apenas para concretizar vontades de poder de grupos. Veja o que afirma Paim (2008, p.65) nesse contexto:

A maioria dos setores sociais, compondo a maior parte do povo, tem sido alijada de conquistas sociais que haviam alcançado em longas décadas de lutas sociais. Grande parte da sociedade está sendo desafiada a reorganizar-se e movimenta-se de modo a sobreviver em um contexto no qual o Estado se transforma em aparelho administrativo de classes e grupos sociais, ou blocos de poder, dominantes em escala mundial.

O projeto político-econômico do Regime Militar tentou seguir o mesmo ritmo do Desenvolvimentismo e Progressismo de Governos passados, mas estavam diante de um problema ainda permanente: as péssimas condições que a população brasileira vivia, sobretudo suas condições sanitárias e de saúde. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira aos poucos percebeu as contrariedades da hegemonia dos militares, frente às disparidades e desigualdades da saúde pública em várias regiões do país. Diante disso, veja outra afirmação de Paim (2008, p.66– grifo do autor):

No caso da sociedade, permanece o desafio de compatibilizar a dominação burguesa com a democracia. O conhecimento dessa sociedade e desse Estado realmente existente se faz necessário para compreender o *processo* da RSB. Assim, a transição que possibilitou a inclusão, na cena política e em aparelhos estatais, de sujeitos oriundos de movimentos sociais que lutaram contra a ditadura e pelo reconhecimento dos direitos sociais, pode indicar a atuação de outros atores políticos que apostaram no desenvolvimento da cidadania, apontado para a possibilidade de uma Reforma Democrática do Estado Brasileiro.

Dessa forma, os militares passaram a mudar algumas ações nos setores da saúde, para ludibriar as massas populacionais e dos movimentos sociais que queriam melhorias na área da saúde, diante do processo de contenção e acumulação de rendas. Por

exemplo, em 1966, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS,²² em lugar das IAPs, unificando assim todos os Institutos anteriores, sobretudo porque o contingente de contribuintes estava aumentando, tornando esse instituto mais centralizado, excludente, omissivo e discrepante entre vários trabalhadores urbanos e rurais. Mais tarde se criara o INPS, pois seria um bom negócio para os militares, devido à grande concentração de recursos que esse Instituto acumularia. Veja como é vista por Maria Bravo (2001, p. 6) esse processo:

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o aleijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.

Seguindo esse mesmo raciocínio, vejamos agora o que afirma Neto Aguiar (2011, p. 29-30 – grifo do autor):

No campo da saúde, implantou-se, de modo gradual e intenso, um sistema de saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde. Nessa perspectiva, em 1966, promoveu-se a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com a criação do *Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)*, subordinado ao *Ministério do Trabalho e Previdência Social*, com responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares. A medida uniformiza os benefícios para todas as categorias, mas acaba com a gestão tripartite (trabalhadores, empregadores e União) que existia até então nos IAPs, passando o INPS a uma gestão centralizada do ponto de vista administrativo e financeiro e com fins de capitalização. Destaca-se que até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos, passando-se a partir de então à contratação prioritária dos serviços privados de saúde. Assim, o INPS passou a ser o grande comprador dos serviços privados de saúde. Além do fortalecimento do setor privado, a previdência mantém a expansão da medicina de grupo, modalidade em que as empresas contratavam uma empresa médica para assistência aos seus empregados, deixando de contribuir com o INPS.

²² Todos os Institutos que formavam os IAPs foram reunidos e unificados nesse Instituto, pelo *Decreto-Lei n° 72, de 21 de novembro de 1966*.

Não houve nenhuma prioridade para com o bem-social da saúde pública, com vista à harmonia dos atendimentos médico-hospitalares para a sociedade brasileira. Isso foi sendo estendido conforme as reivindicações da classe trabalhadora. E o que se pretendeu foi apenas montar uma estrutura de poder que beneficiasse a elite brasileira cada vez mais fortalecida e, portanto, mais estruturada, representada pela classe dominante, geralmente ligada ao setor empresarial que se industrializava no país, vinculada à corporificação médica. Essa é a modalidade médica de caráter “social” e de poder político que estava em processo de ampla expansão no Brasil, e se intensificou praticamente até o final da Ditadura Militar.

Assim nesse período também foi criado, em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS²³ para auxiliar os serviços do INPS, separando o sistema previdenciário social do Ministério do Trabalho. Nesse mesmo ano foi também criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que tinha como objetivo destinar recursos a construções de hospitais. Contudo, as políticas de saúde pública se restringiam apenas ao combate das endemias e epidemias. Com isso as dicotomias entre saúde pública e setor privado da saúde se digladiavam. Veja o que afirma Neto Aguiar (2011, p. 31):

A assistência médica financiada pela Previdência Social alcançou, na década de 70, a maior expansão em número de leitos, em cobertura e em volume de recursos arrecadados. A forma de contratação e pagamento de empresas privadas para prestação de assistência aos segurados favoreceu o processo de corrupção com conseqüente desfalque para o orçamento previdenciário. Fazendo jus a essa política, ocorreu uma expansão de clínicas e hospitais privados construídos com recursos da previdência e de faculdades particulares médicas com enfoque na medicina curativa – com ênfase nas especialidades médicas e na sofisticação tecnológica, com conseqüente aumento de consumo de equipamentos médico-hospitalares e produtos farmacêuticos.

A Ditadura Militar não conseguiu atender a todos os graves problemas de saúde pública que a grande população brasileira estava passando naqueles anos, sobretudo a situação da grande maioria do povo, ou seja, os mais pobres. No final de 1970, tanto o próprio Regime, como o modelo de medicina previdenciária privatista, monopolista e

²³ Podemos constatar essa aprovação e criação desse ministério, segundo a Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974.

hospitalocêntrico que se expandiu durante todo o momento da Ditadura, começara a sucumbir aos mesmos elementos que, anteriormente ao Regime, julgava impropriedade para o país a forma que os Populistas haviam governado, tais como a inflação, dívida externa altíssima, déficit público, desemprego e etc. Na década de 1970, os governos militares haviam implantado um plano econômico, o chamado Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que não surtiu efeito satisfatório para a maioria da população brasileira.

Diante desse cenário catastrófico de crises em crises, em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, ao tempo em que fora convocada a V Conferência Nacional de Saúde para estabelecer programas, planejamentos e metas a serem obtidas mediante uma melhoria da saúde pública em âmbito geral. Inclusive já se mencionava a criação de um sistema único de saúde, conforme o *Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em Brasília, em 5 de agosto de 1975*. Nessa perspectiva, vejamos o que afirma Aguiar (2011, p. 32) sobre essa circunstância:

Em 1975, a crise do setor saúde foi discutida na V Conferência Nacional de Saúde. Foram levantados os problemas da insuficiência, má distribuição e falta de coordenação dos serviços de saúde, além de sua inadequação e ineficácia. Nessa ocasião, o Governo Federal apresentou a proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6.229 que definia as atribuições das instâncias federal, estadual e municipal. No entanto, a oposição dos empresários da saúde pública dificultou a regulamentação dessa lei e o governo mantém sua intervenção política em alguns programas verticais, tais como: programa Materno-infantil, Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica etc.

Dessa forma, os governos militares seguem seus projetos políticos de aparelhamento do Estado, tornando-o cada vez mais centralizado, burocrático, privatista e monopolista. Veja o que afirma Sérgio Arouca (2003, p. 100-101) sobre essa conjuntura pela qual o Brasil passava:

A Medicina Preventiva na América Latina configura-se como uma área em constante tensão, quando, por um lado, enfrenta a escola médica, os estudantes e os serviços de saúde e, pelo outro, enfrenta as próprias condições

reais de existência com seu saber que não consegue dar conta das mesmas. [...] Diante da realidade política latino-americana, em que o Estado tem freqüentemente assumido total ou parcialmente o controle das ações de saúde, através dos diferentes sistemas previdenciários, leva, como tendência, que a Medicina Preventiva se afaste, progressivamente, das suas relações com a sociedade civil para aproximar-se do Estado em sua dimensão tecnocrática.

Nesse contexto, foi sendo criando um vácuo e um grande abismo social de separação entre categorias de vários ramos de trabalhos, entre os que defendiam a medicina curativa e mercado e os médicos previdenciários relacionados aos órgãos do Estado e os defensores da medicina preventiva. Observe o que é dito novamente por Neto Aguiar (2011, p. 32):

Em 1977, efetivou-se uma nova reordenação burocrático-administrativa do sistema de saúde com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Esse sistema era composto pelos órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – direcionado para o pagamento de benefícios aos segurados; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – encarregado da prestação de assistência médica individual e curativa por meio dos serviços privados contratados e conveniados aos trabalhadores urbanos e rurais; a Fundação Legião Brasileira de Assistência – com a finalidade de prestar assistência à população carente; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM); e a Central de Medicamentos (CEME).

Note que durante todos os governos militares, cada vez mais eram criados órgãos subordinados ao Estado apenas para camuflar as intenções oficiais dos governantes e seus súditos prestadores de serviços. A preocupação não era estabelecer condições favoráveis e de ampliação do acesso à saúde, mas estava em curso uma implantação de relação simbiótica de capitalização da coisa pública e da própria sociedade. Seguindo essa ideia, vejamos o que diz Neto Aguiar (2011, p. 32):

A política econômica dos anos do regime militar trouxe como consequências: concentração de renda, arrocho salarial, redução do poder de compra do salário mínimo, aumento de preços, colapso dos serviços públicos de saúde e transporte e precárias condições de vida para a população brasileira. Essa situação reflete-se nas altas taxas de morbidade e mortalidade por doenças

endêmicas e algumas epidemias ainda persistentes, altas taxas de mortalidade materna e infantil, entre outras doenças de massas resultantes e/ou agravadas pelas condições de vida e de trabalho. No período, também aumentaram as mortes por doenças cardiovasculares e por neoplasias.

Semelhantemente ao que havia ocorrido nos governos Populistas, principalmente no de JK, os militares fizeram de tudo para manter os graus de investimentos na indústria de base (aquelas que produzem ferramentas, objetos, máquinas a partir de matérias-primas, com vista a produzir outros bens e equipamentos); de bens de consumo, modernização associada ao capital estrangeiro entre outros. Os militares priorizaram a expansão econômica a todo custo; o Brasil precisava ser país de primeiro mundo.

O Brasil dos “milagres” e da potência gerou muita desigualdade, isso a um preço de grande inflação que consumia o salário dos trabalhadores no final do Governo Militar. Dentro dessa conjuntura de conflito, ora os militares impondo autoritariamente as regras de vivência para a sociedade civil, ora a sociedade civil insistindo em melhores nas condições de saúde, educação e trabalho.

Os Governos Militares, por sua vez, mantinham uma política austera, concentradora de riqueza e restritos aos grupos de classe alta e média, enquanto que os recursos financeiros de muitos trabalhadores não cobriam as próprias necessidades básicas de sobrevivência, assim como não amenizava as péssimas condições de trabalho. E na área da saúde, as instituições eram todas vinculadas a uma parceria entre o público e o privado legitimada pelo Estado. A propósito disto, diz Maria Bravo (2001, p. 7):

O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966. [...] O bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas conseqüências políticas, econômicas e sociais. A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.

Ao chegar à década de 1980, a Ditadura Militar já demonstrava ampla insatisfação diante da sociedade civil. Diversos movimentos sociais haviam pressionado e divergido da política militarista, já que a inflação, condições impróprias de trabalho e uma saúde pública deficiente demonstravam insuficiência das instituições públicas do Estado. Veja o que afirma Maria Bravo (2011, p. 8) dentro dessa perspectiva:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

Veja também o que aponta Neto Aguiar (2011, p. 33) sobre o início da queda da Ditadura Militar:

A crise do regime militar começa a ganhar evidências e manifesta-se no processo eleitoral de 1974, quando o partido MDB sai vitorioso das eleições para cargos legislativos e ganha a prefeitura na maioria das grandes cidades. Cresce o processo redemocratização do país, com a Lei de Anistia em 1977, que concede direito de retorno aos exilados e condenados por crimes políticos. No que se refere à saúde, todo esse clima favoreceu o fortalecimento do debate e o surgimento de propostas para reformulação do setor. Uma dessas propostas gerou o projeto denominado PREV-SAÚDE que foi discutido na VII Conferência Nacional de Saúde no governo de João Figueiredo. Esse programa, no entanto, não foi implementado por encontrar objeções dos dirigentes do INAMPS e pressão dos empresários da saúde.

Observemos também o que diz Paim (2008, p. 80 – grifo do autor) sobre essa situação:

Nessas iniciativas constata-se a configuração de um conjunto de elementos que, posteriormente, vão constituir a idéia de Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas. Assim, logo no número 2 da Revista *Saúde em Debate* aparecia no seu editorial o princípio “de que a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros”, assumindo “a necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em nova perspectiva [...], desejando uma mudança real das condições de saúde do povo” (EDITORIAL DA REVISTA).

Vale destacar que, nos últimos anos do Regime Militar, havia uma grande crise econômica no país: alta inflação e forte recessão. Uma série de mudanças inicia-se, surgem novas concepções para a organização dos serviços de saúde, especialmente para aqueles que se destinavam ao atendimento da atenção primária à saúde. Várias produções acadêmicas apresentam críticas ao modelo assistencial médico-hospitalar centralizado. De 1975 a 1985, os movimentos sociais e a própria população em geral se incorporam reivindicando mudanças no Estado brasileiro. Nessa perspectiva, assim afirma Neto Aguiar (2011, p. 34):

O movimento social mantém-se articulado e pressiona o governo por mudanças no modelo de assistência previdenciário em crise crescente em função da escassez de recursos e do aumento dos custos operacionais para sua manutenção. [...]

Os governos estaduais, através de convênios com o Ministério da saúde e da Previdência social, recebiam recursos que eram repassados aos municípios, o que possibilitou a expansão da cobertura por meio da construção de Unidades Básicas de Saúde e a contratação e capacitação de recursos humanos para os serviços de atenção básica. Vale destacar que as ampliações dos serviços aconteciam como resposta das autoridades estaduais e municipais às reivindicações dos movimentos sociais e de saúde que foram se fortalecendo por via da organização nos diversos espaços (da academia, das comunidades e de várias associações).

Nesse percurso, surgem diversos programas, projetos, centros, associações etc. Com vista a discutir e pôr em prática os novos rumos da saúde pública criou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS),²⁴ o Conselho

²⁴ Vale destacar que esse Programa já demonstrava uma diretriz de atividades voltadas para a atenção primária de saúde, bem como defendia princípios que mais tarde seriam estabelecidos na *Constituição Federal* de 1988, e daria base de sustentação teórica e prática ao SUS. E foi aprovada durante o último Governo Militar, João Baptista de Oliveira Figueiredo (1979 a 1985). Para mais detalhes sobre esse Programa, ver: *Decreto n° 84.219*, de 14 de novembro de 1979.

Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1981; Ação Integradas de Saúde (AIS) em 1983; e o Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. Enquanto isso, um dos acontecimentos mais relevantes, e que teve participação da sociedade civil na discussão do setor saúde, foi a VIII – Conferência Nacional de Saúde. A propósito disto, veja o que afirma Neto Aguiar (2011, p. 37 – grifo da autora):

Esse clima de ebulição participativa e de lutas por ampliação da cidadania foi favorável para se colocar a saúde na agenda política e difundir as propostas da reforma sanitária. Assim, a realização da *VIII – Conferência Nacional de Saúde* em 1986 criou um espaço importante para o debate dos problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública.

Agora vejamos o que afirma Paim (2008, p. 99) a respeito disso:

Essa conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Partia do reconhecimento de uma conjuntura de crise econômica com mudanças na ordem político-institucional, resultando numa dada configuração do Estado e direcionamento de suas políticas de onde emergiria um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes.

O projeto de reforma sanitária e de implantação de uma saúde pública eficiente e digna foi debatido nesse momento de transição entre o Estado autoritário e antidemocrático e povo como sociedade civil, ou seja, um Estado civil e democrático. No ano de 1985, com sinais de declive e enfraquecimento do Regime Militar devido à própria pressão popular (Diretas Já – 1984) e pela primeira vez desde a instalação do Regime houve a movimentação pela abertura política para eleição direta e não mais sob o Colégio Eleitoral, chegando ao poder um civil, Tancredo-Sarney 1985; embora ainda Tancredo-Sarney foi escolhido em 15 de janeiro de 1985, pelo Colégio Eleitoral, de forma indireta; mas prometendo a sociedade brasileira uma nova Constituição, bem como a fixação de eleições diretas e o fim do Regime Militar definitivamente.

Com isso, a pressão das “*Diretas já!*” em 1984, e os diversos fatores que levaram à derrocada militar (dívida externa altíssima, inflação, desemprego e etc) abriu-se espaço para o período da redemocratização do país, a qual se concretizou com a promulgação da nova Constituição de 1988. Vale destacar que as eleições diretas somente aconteceram em 1989. O que permitia uma mudança de grandes proporções na saúde, especialmente com a nova Carta Magna que fora elaborada e promulgada pela Assembléia Nacional Constituinte. Isso aconteceu em 5 de outubro de 1988, sendo a nova Constituição chamada de “Constituição Cidadã”, visto que nela é prioridade a garantia dos elementos que levam à consolidação da cidadania, tais como: Saúde, Educação, Habitação, Lazer entre outros.

Para o que diz respeito à saúde, fora estabelecido um novo corpo conceitual de saúde pública, voltado para uma ampla modalidade de assistência médico-hospitalar, bem como comunitário e individual. Assim é instituído e consolidado o novo modelo de assistência médica, o Sistema Único de Saúde (SUS). Veja o que diz Neto Aguiar (2011, p. 38):

A aprovação do SUS com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária significou uma grande vitória da sociedade. Não obstante, foi criado em um período em que o Brasil se encontrava em grande instabilidade econômica, altas taxas de inflação e influências da conjuntura internacional neoliberal que juntamente com o recuo dos movimentos sociais, traz sérias dificuldades para a sua regulamentação e implementação de seus princípios e diretrizes e da concretização das propostas da Constituição Cidadã. Destaca-se que no início dos anos 90, o governo de Fernando Collor de Melo reduziu em quase metade os recursos para o setor saúde, ao mesmo tempo em que os governos estaduais também reduziram sua participação orçamentária para a saúde. Essas deliberativas contrariam a política pública do SUS que já nasce enfrentando o caos em que estavam os serviços de saúde e a descrença popular em relação ao Estado.

Mais uma vez, na história, o antagonismo entre o movimento da medicina privatista-curatista e da medicina preventiva e pública volta a se enfrentar, incorporados de seus defensores políticos, ora camuflados sob o partido, ora expressivos e agressivos em não aceitarem novos modelos públicos que prejudiquem seus próprios interesses financeiros; ou seja, a saúde pública como garantia de uma política pública promocional e preventiva de saúde foi sendo deixando de lado, fazendo com que a sociedade civil,

demonstre dependência política ainda do poder estatal, e carecendo de serviços de saúde com qualidade e eficiência. O que de fato contradiz os princípios de saúde públicos defendidos na própria Constituição brasileira. Dessa forma, não foi à elite burocrática e estatal que instituiu o SUS, mas a sociedade civil através de lutas, ações e movimentações conscientes de fazer política para fazer uma sociedade melhor e autônoma, fazendo realizar um programa de saúde livre, eficaz e digno de existência.

Divergências políticas que se formavam eram puro capricho de interesses partidários individualistas. As mudanças ocorridas na área da saúde que aconteceram entre 1970 a 1990 procuravam romper os laços de interdependência e o estatismo autoritário de figuras políticas que guiavam o poder público e a sociedade civil.

Os princípios doutrinários do SUS são: Universalização, Equidade e Integralidade, como também os princípios organizativos: Hierarquização, Regionalização e Descentralização e Participação Popular, traziam o arcabouço para uma política de transparência em todos os entes da federação, bem como daqueles que estavam à frente dos órgãos e instituições conveniadas ao SUS.

Havia o consenso da Descentralização no que diz respeito às responsabilidades de cada ente da federação para arcar com os recursos financeiros destinados ao SUS. Sobre esse contexto, veja o que afirma Maria Bravo (2011, p. 13):

Nos anos 90, assiste-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. A Reforma do Estado ou Contrarreforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.

Estava em cheque o projeto da medicina hospitalocêntrica, curativa, privatista e corporativista, pois o novo modelo de assistência de saúde médica do SUS não colocava

discriminação e separação entre as pessoas que precisassem de atendimentos médicos. Não havia, pois, mais o centralismo e o privilégio nos diversos atendimentos clínicos, ambulatoriais e de cirurgias complexas restritas por serem muito caras e de alto custo, e que eram cobertas em anos posteriores pelas pessoas que estavam seguradas pelos institutos previdenciários do Estado. Assim, para complementar esse processo da história do setor da saúde no Brasil inserido nos anos de 1990, veremos a chama da discordância pelo bem público da saúde. Sobre este aspecto, veja o que diz Maria Bravo (2011, p. 14):

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. Outro aspecto a ser considerado refere-se à remuneração por produção, denunciada há vinte anos como “fator incontrolável de corrupção”. Constatase que além de gastar mal também se gasta pouco em saúde, comparado com os parâmetros internacionais. Nesse quadro, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

Podemos perceber que a saúde pública até fins da década de 1980, no Brasil, foi sendo negligenciada, sem prioridade e posta em segundo plano pelos Governos desde que o Estado brasileiro se instalou e se fez presente na sociedade brasileira, em 1822. Nessa conjuntura, o Brasil passaria por quase todo o século XX, sem direcionar uma visão preeminente de estabelecer uma medicina preventiva em todo o país, especialmente se voltar para o Nordeste dirimindo os problemas que eram extremos nessa região. Em todo o Brasil havia movimentos sociais e políticos dos trabalhadores que reivindicavam melhores condições de vida e qualidade no setor saúde. Nessa perspectiva, observe o que afirma Paim (2008, p.30 – grifo do autor) a respeito do contexto que estava inserida a sociedade brasileira que levaria as mudanças:

Nessa direção, cinco princípios orientadores têm sido acionados para essas reformas planejadas: equidade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social. Na América Latina, as reformas em saúde podem ser analisadas considerando o *timing* em relação ao processo de redemocratização e às políticas de ajuste macroeconômico. No caso do brasileiro, por exemplo, a proposta de reforma surgiu durante a redemocratização do país, anteriormente às políticas de ajuste. Já na Argentina, a reforma ocorreu depois da redemocratização e durante o ajuste estrutural, enquanto no México o processo situou-se no período posterior a crise econômica e antes da ampliação da democracia.

A reforma no setor da saúde pública se consolidou com a participação da sociedade civil brasileira em fins da década de 1980. Que a propósito Paim (2008, p. 31) diz: “o Brasil formulou o seu projeto de Reforma Sanitária na década de 1980 com um sentido completamente diverso. [...] desenvolveu-se numa conjuntura de transição democrática, com ampla participação da sociedade civil”. Contudo, até que se chegasse a esse período, a população brasileira se hostilizava e divergia com os Governos autoritários que administravam o país.

Se levarmos em cota essas atitudes a nível nacional, teremos uma clara ideia de amostra da situação da saúde pública, assim distribuída no século XX: de 1930 a 1964, temos a centralização do poder político que dá início à assistência de saúde médico-hospitalar, de forma tímida e precária; de 1964 a 1985, há uma forte ideia de modernização, burocratização e uma tecnocracia nas políticas de saúde pública, a qual também a nível social, econômico e político, não teve muita diferença no que diz respeito ao autoritarismo das decisões adotadas para todo o Brasil para a questão da saúde pública.

De 1985 a 2002, começa a surgir uma simpatia da classe política pela questão da saúde de forma descentralizada e a participação da sociedade civil é mais intensa para as decisões de saúde pública. Mas, em todos os casos, e períodos, o Estado ainda dá a última palavra e domina as medidas de saúde para a população, de maneira desproporcional aos interesses do Estado (representando os interesses da classe dominante) e os trabalhadores em geral.

2 - A Paraíba entre 1949 a 2002

Não existem fatos, nem história, sem um questionamento; neste caso, na construção da história, as questões ocupam uma posição decisiva. (Prost, 2001, p.75).

2.1 - Política e economia: do litoral ao sertão

A Paraíba historicamente foi alvo de exploração e dominação desde o período colonial, imperial e na implantação da República. E dentro desse processo exploratório e hegemônico de poder político, o qual foi se estendendo até a formação das elites agroexportadoras, assim como as elites do setor de serviços urbanos locais do sertão ao litoral paraibano até meados do século XX, visto que o litoral com sede na capital paraibana - João Pessoa - se destacava como centro do poder político e econômico da Paraíba, a qual dava as rédeas aos demais municípios que mantinham os vínculos e as estruturas do poder com os líderes locais. Como exemplo disto, o impacto da revolução de 1930.

Esta revolução de 1930 influenciou permanentemente toda estrutura política e econômica do Brasil daquele momento, irradiando para os Estados membros da federação, e também para os municípios paraibanos, já que as alianças políticas eram contínuas entre as tradicionais oligarquias patriarcais e clientelistas. Veja o que diz José Octávio (1994, p. 137): “com isso, a chamada República Velha, de 1889 a 1930, é também denominada, na Paraíba como no Brasil, de República oligárquica, isto é, de predomínio das oligarquias”. Vale destacar que, após o fim da República Velha (1889-1930), o fenômeno do Populismo irradiou também sobre a Paraíba, especialmente com a revolução de 1930.²⁵ Assim sendo, ainda podemos ver o que afirma sobre esse momento da política paraibana José Octávio (1994, p. 119):

²⁵ Esse período é primordial para entendermos como a Paraíba estava inserida no contexto nacional, já que o grupo Epitacista fora o nome de maior repercussão na política paraibana. Dessa forma, a própria “Revolução” toma corpo com o assassinato de João Pessoa. Essa Revolução, que anteriormente havia

Em verdade, unidade secundária e de reduzida expressão econômica como a Paraíba só pode destacar-se através do prestígio de suas lideranças. A República, como se verá, configurou isso, através de personalidades como Eptácio Pessoa, João Pessoa e José Américo de Almeida, todos de dimensão nacional, e gerações como as de 1930 e 1945.

Esse período na Paraíba vai ser marcado pela presença do modernismo, Desenvolvimentismo e Progressismo nos meios da produção econômica do Estado paraibano, pois a população aumentava demograficamente, bem como queriam e ansiavam por melhores condições de vida. Isso vai fomentando os próprios arranjos políticos e as articulações pela disputa do poder político entre os municípios da Paraíba, que possuíam seus líderes políticos locais.

Nessa perspectiva, a tabela abaixo nos mostra o aumento demográfico da população paraibana, assim como a da população da capital João Pessoa, e também a da população do Brasil, nos períodos de 1920 a 1980, conforme nos apresenta Luiz de Gonzaga Braga Barreto (1995, p. 17):

TABELA I:

Data dos censos	Brasil	Paraíba	João Pessoa
1920	30.635.605	961.106	52.990
1940	41.236.315	1.422.282	94.333
1950	51.944.397	1.713.259	119.326
1960	70.992.343	2.018.023	155.117
1970	94.508.554	2.445.419	228.418

Tabela 4: Tabela 1 - oferecida por Braga Barreto, 1995, p. 17

unido as oligarquias de outros Estados, como Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraíba, tomou proporções políticas nacionais, formando a Aliança Liberal (AL), que lançou como candidato à Presidência da República Getúlio Vargas, e João Pessoa, como candidato a vice-presidente. Nas eleições de 1930, a AL saiu perdedora com prerrogativas de que houve fraudes e o voto de cabresto. Contudo, foi com o assassinato de João Pessoa que a Revolução vem à tona. E o Varguismo assume o poder nacional estendendo sua força aos demais Estados. Na Paraíba, o Populismo ganha mais centralidade política na figuras locais, como, por exemplo, José Américo de Almeida, Antenor Navarro, Rui Carneiro, João Agripino.

A Paraíba, em quase toda sua estrutura geográfica, até meados do século XX, é marcada por diversos problemas sociais, políticos e econômicos, sejam como secas, fome, analfabetismo, falta de saúde e hospitais, ou seja, pela miséria e um descaso sem medidas para com a população paraibana, especialmente no sertão, onde predominava o ocaso social e econômico. A seca era o elemento de maior repercussão, talvez o mal que mais afligia a população, visto que toda a estrutura econômica paraibana sertaneja era baseada na agricultura e pecuária. Sobre isso, observe o que é dito por Luiz de Gonzaga Barreto (1995, p. 11):

Refere-se aos amargos períodos de fome, associados às secas de 1845, 1877, 1915, 1932 e 1980-1985. Lembra oportunamente, depoimento do Padre Ibiapina, testemunha ocular dos sofrimentos da seca de 1877 quando os pais abandonavam os filhos, os filhos abandonavam os pais, e ao se depararem com a possibilidade de assistência religiosa, tinham somente uma palavra: “quero comer!” e depois morriam. Na ausência de intensa doutrinação cristã, *in extremis*, o corpo fala mais forte do que o espírito.

A base de sustentação das famílias paraibanas era o setor primário da produção até meados do século XX. Contudo, o maior bem de produção de quaisquer sociedades: a água. E a água era escassa em algumas regiões da Paraíba, principalmente no sertão. Atualmente, depois de várias pesquisas realizadas, há todo um conhecimento climatológico característico do clima e bioma sertanejo em que partes desse Estado (os vários municípios que compõem a Paraíba) eram e são afetados pela estiagem, tornando a população sertaneja vulnerável a vários males, como fome, desnutrição, doenças etc. Nessa perspectiva, o desleixo econômico e político dentro dessa estrutura social paraibana era um aporte para o aparecimento de diversas doenças e enfermidades para a população sertaneja.

Sobre esse quadro biossocial usando o caso desse fenômeno da seca na Paraíba como fator de saúde/doença, veja o que afirma Sérgio Arouca (2003, p. 120): “O aparecimento das doenças está determinado, neste primeiro momento, pela relação estabelecida entre os três elementos: o homem, o ambiente e os fatores determinantes das doenças”. Assim, cabia aos administradores políticos daqueles momentos aferirem meios que amenizassem esses agravos, assim como estabelecessem formas políticas que

harmonizassem essa relação adaptativa do homem sertanejo ao habitat semi-árido. Nessa conjuntura de disputa política, ficava difícil realizar algo que pudesse apenas beneficiar a população, já que as figuras políticas também buscavam além dos feitos realizados, se projetarem como benfeitores e com isso sua autopromoção dentro de um ciclo clientelista. Para corroborar isso, veja o que diz Paulo Gadelha (2007, p. 40) sobre as disputas entre os próprios populistas pela governança da Paraíba:

O fato é que cada um – Argemiro e José Américo – na órbita de sua interpretação – se julgava com o direito adquirido à governança da Paraíba. Contava-me, reiteradas vezes, o meu pai, José de Paiva Gadelha, que acompanhou, de perto, todos os episódios envolvendo os dois chefes udenistas, o empenho da cúpula nacional da UDN para contornar a crise, na tentativa de evitar o rompimento.

Com isso, os acirramentos internos pelo poder político colocavam em segundo plano, os problemas das políticas públicas de saúde, os quais estavam relacionados ao flagelo da seca, que eram predominantes e conseqüentemente levava à fome, desnutrição, enfermidades e a doenças que disseminavam a morte de muitas pessoas.

Como os partidários do Populismo estavam à frente da estrutura de governo paraibano, o Populista José Américo de Almeida prometera sanar esse maior problema da Paraíba, a seca, através de várias obras públicas, com vista a construir açudes e reservatórios de água em toda a Paraíba. Veja o que diz Barbara Bezerra (*apud* Santos Neto, 2014, p. 7):

José Américo passa a constituir o Ministério do Governo Provisório ocupando o cargo de Ministro da Viação e Obras Públicas, e para a capital federal levou uma certeza, a de que era preciso fazer algo para sanar o problema do nordeste e da Paraíba, a seca. A frente do ministério, Almeida tentou fazer as mudanças que julgava necessárias e para isso “refez contratos, deu continuidade as obras paralisadas, concluiu e estruturou boa parte das ferrovias iniciadas, reordenou as tarifas dos portos de navegação, das companhias ferroviárias e ampliou as vias de comunicação telegráficas. (Sic)

[...] o Ministério da Viação atuou energicamente de modo a tomar para si toda a responsabilidade pelos efeitos da estiagem. Os desastres humanos e as medidas de socorro foram colocados como responsabilidade única do Estado, cabendo ao então ministro assumir o papel de agente participante das

diligências de fiscalização das reais situações em que se encontrava a região atingida pela estiagem de 1932.

Seguindo nessa mesma perspectiva de pensamento, tendo em vista as realizações de políticas públicas populistas das obras contra a seca na Paraíba, José Octávio (1994, p. 157-158, grifos do autor) afirma o seguinte:

A essência das obras contra as secas consistiu na *grande açudagem* para implantação da qual foram construídas *barragens* para represamento de água dos rios nos *boqueirões*, lugares onde os cursos d'água, apertados entre serras se estreitavam. Entre 1919, 1922, 1930 e 1934, 1937 e 1942 e 1951 e 1954, como períodos de maior ativação desses serviços, a Paraíba viu-se contemplada com inúmeras barragens. As principais intitulam-se Engenheiro Ávidos (Boqueirão de Piranhas), no sertão, Coremas-Mãe D'água-São Gonçalo, buscando interligar as bacias dos rios Piancó e Peixe, entre Coremas e Sousa; Boqueirão de Cabeceiras, no curso médio do rio Paraíba, próxima a Campina Grande; e Sumé, no Cariri.

Esses açudes, muitos dos quais forneciam água e energia elétrica, além de peixes e culturas de vasantes (*sic!*), propiciaram o desenvolvimento das cidades como Boqueirão, Sousa, Sumé, Condado e Malta. [...].

As obras contra as secas nem se limitaram a açudes nem ao semi-árido. Na Paraíba, graças ao prestígio de Epitácio Pessoa, secundado pelo de José Américo de Almeida, sendo este Ministro de Viação por duas vezes, de 1930 a 1934 e 1953 a 1954, assim como candidato à Presidência da República, em 1937, tais empreendimentos distribuíram-se por Estado. Envolveram rodovias, ferrovias, pontes, quartéis, abastecimento d'água e eletrificação, comunicações postais e telegráficas, edifícios públicos, hospitais, escolas e patronatos, estações experimentais e de remonta [...].

Note que a estrutura de poder político e econômico advinham do poder estatal para solucionar os problemas do povo sertanejo. Era a fonte das respostas dos vários problemas sociais, políticos e econômicos que se incorporavam nas figuras políticas, as quais assumindo o poder do Estado se tornavam os responsáveis e capazes de melhorar a vida da população. Dessa forma, a própria população formava um ciclo simbiótico com o Estado na figura do líder político regional e local. Observe o que diz Josué de Castro (1984, p. 18 – Grifo do autor) sobre esse aspecto político:

Estudo magnificamente documentado e coincidindo, embora a partir de orientação sociológica diversa, com o de Josué de Castro — na verificação da

influência decisiva e recíproca de fatores sócio-econômicos e políticos na constituição da sociedade brasileira. Josué de Castro, estudando a situação sanitária e biológica da população, substancialmente viciada pela *Fome Física*: Gláucio Soares, estudando a situação política também viciada pela marginalização das maiorias, esmagadas pela *Fome Política*, isto é, pela passividade e pela imparticipação nos negócios públicos. O prof. Gláucio Soares, examinando as conseqüências da Revolução de 30 e da queda do Getulismo em 1945, mostra como a “política oligárquica não foi sucedida por uma política democratizada, com ampla participação de setores e classes menos privilegiadas. Seria ingênuo crer que o colapso da oligarquia foi total (com a queda da Primeira República, lembro eu), e que as estruturas sócio-econômicas que possibilitaram sua existência ruíram e que se abriu o caminho para a participação das classes populares na política, tanto no nível eleitoral quanto no nível de representação.

O elemento da seca será um dos cerne das disputas pelo poder político no interior da estrutura estatal dentro dos entes da federação, caso esse como o da Paraíba e dos demais Estados Nordesteiros afetados pela seca. Veja o que é dito por José Octávio (2001, p. 97): “já o mecanismo eleitoral das obras contra as secas, sem o qual não se pode entender a evolução política de Estados nordestinos como o Ceará, constitui questão de índole regional.” Esse mecanismo se irradia para as outras áreas de influência também do poder político, visto que a máquina estatal naquele momento da histórica política da Paraíba foi o meio viável para a montagem das estruturas de serviços públicos para a população. Dessa forma, José Flóscolo da Nóbrega (*apud* OCTÁVIO, 2001, p. 98) afirma que:

O caráter artificioso das eleições”, “ausência de espírito público, falta de motivações coletivas e indiferença pelo interesse comunitário”, privatismo da organização político-social brasileiro, massa de votantes como “a mesma plebe opaca dos tempos coloniais” e “rede ganglionar de fazendas” onde “cada clã parental semelha uma pequena monarquia”. Consoante o raciocínio de Flóscolo, tudo isso trouxe como conseqüência “a dissolução dos partidos por exemplo. Na realidade nunca houve entre nós Partidos Políticos.

Um dos principais órgãos criado para o combate à seca no Nordeste será a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE. Tinha como função sanar os problemas da seca, nas regiões do Nordeste. As regiões afetadas eram chamadas de polígono da seca. Vale mencionar que o período populista na Paraíba se dá entre 1945 a 1964, conforme nos apresenta José Octávio (2001, p. 71): “Durante dez

anos, de 1986 a 1996, dediquei-me à História político-eleitoral do populismo na Paraíba, ou seja, o interstício situado entre 1945 a 1964”. Nesse aspecto, a UDN²⁶ era o partido de maior força política de oposição aos Populistas e dominantes na Paraíba. Assim afirma José Octávio (2001, p. 99) sobre a UDN: “a supremacia política da Paraíba, de 1947 a 1990, coube à União Democrática Nacional (UDN), de cujas fileiras saíram, direta e indiretamente, todos os governadores [...]”.

Isso demonstra que a Paraíba politicamente estava se digladiando, lutando e camuflando os interesses próprios dos grupos políticos para se manter no poder do Estado. Esse mecanismo de poder político era estruturado conforme os arranjos tradicionais das grandes famílias sob as oligarquias que já se estabeleceram nas disputas políticas paraibanas. Observe como é apresentado esse período político paraibano como junção entre coronelismo e populismo por José Octávio (2001, p. 103):

[...] o líder de massas recorrerá ao aparelho de Estado e capital financeiro das construtoras para cooptar as populações periféricas, agora adensadas nas favelas e cabeças-de-porco dos centros urbanos, inchados em razão da intensificação das migrações campo/cidade, subseqüentes à década de 70. [...] Em verdade, coronelismo e populismo assemelham-se a faces de uma mesma moeda – a da dominação das estruturas de poder pelas elites, mais ruralizadas no primeiro caso, e acompanhando a urbanização da sociedade, no segundo.

Durante a Ditadura Militar o poder se tornara centralizado e unilateral, visto que quaisquer diálogos de idéias consideradas de “Esquerda” ou Socialista-Comunista eram reprimidos e banalizados pelo regime. Só posteriormente, em fins da década de 1980, é que os ideais Socialistas passam a fazerem parte dos diálogos e debates políticos por melhores condições da sociedade civil paraibana, e passam a ter aceitabilidade partidária e política de “Esquerda”. A Paraíba saíria do ciclo simbiótico entre Estado e

²⁶ A UDN - União Democrática Nacional – foi criada em 7 de Abril de 1945 para fazer oposição a Getúlio Vargas. É extinta em 1964 pelos militares. Muitos dos indivíduos partidários que pertenciam a UDN migram para a Aliança Renovadora Nacional (ARENA) no período da Ditadura Militar a partir de 1965, para dar apoio e sustentação política aos militares. Nesse período da Ditadura Militar, formou-se o bipartidarismo, tinha-se o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) – bloco de “oposição” e ARENA – “bloco de situação” e sustentação dos militares. Vale destacar que isso ocorreu com o AI – 2 (Ato Institucional Nº 2) em 27 de Outubro de 1965.

povo²⁷, ou seja, a sociedade civil paraibana voluntária e conscientemente constituiria as bases da organização de seus problemas sociais, políticos e econômicos sem precisar do aparelhamento do Estado, de forma que historicamente a sociedade esteve ligada ao Estado em uma relação mútua e vantajosa que se consolidou num estado de inter-relação dinâmica e ininterrupta de associação íntima entre o Estado e a sociedade civil formado por todas as pessoas trabalhadoras que faziam parte dessa base da população ativa da paraibana.

2.2 - Aspectos socioculturais do sertão paraibano

A vida da sociedade sertaneja estava, no período de 1920 a 1990, sob a cultura patriarcalista²⁸, coronelista²⁹, clientelista³⁰ e populista, já que a maior parte de seus representantes no poder público incorporava esses artifícios em práticas político-

²⁷ O termo simbiose entre Estado e povo está aqui posto para fazer referência a uma condição de forte dependência e ligação de camaradagem e favores em que o povo e os seus representantes políticos paraibanos se interagem social e politicamente. Dessa forma, o povo paraibano era extremamente pobre, analfabeto e inconsciente de seus próprios direitos e deveres civis, essa vulnerabilidade era propícia a criação de um ambiente político de submissão em troca de benefícios para atingir meios de subsistência. Esse termo também pode ser encontrado no seguinte endereço eletrônico, Significado de Symbiose, disponível em <<https://www.significadosbr.com.br/simbiose>> acesso em 31/10/2016. Assim como no dicionário eletrônico, Symbiose, disponível em <<https://www.dicio.com.br/simbiose/>> acesso em 21/11/2016. Vale ressaltar que, esse termo foi usado pela primeira vez pela Bióloga Lynn Margulis, referindo-se a interação entre os seres vivos e os organismos simples e complexos. Lynn Margulis, disponível em <[https://www.infopedia.pt/\\$lynn-margulis](https://www.infopedia.pt/$lynn-margulis)> acesso em 19/02/2017.

²⁸ Cultura que tinha como reverência a figura central do chefe da família, pessoas mais velhas que dava toda a ordem, instrução e tinha grande autoridade entre os seus familiares. Era uma cultura que a autoridade centrava-se na figura do pai, chefe de família, e que era irrevogavelmente incontestado e desobedecido.

²⁹ Vejamos o que é conceituado no dicionário Houaiss (2011, p. 741): Política. Regionalismo: Brasil. “Prática de cunho político-social, própria do meio rural e das pequenas cidades do interior, que floresceu durante a Primeira República (1889-1930) e que configura uma forma de mandonismo em que uma elite, encarnada emblematicamente pelo proprietário rural, controla os meios de produção, detendo o poder econômico, social e político local”. Este conceito é encontrado também no dicionário eletrônico, Populismo, disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=&t=&palavra=populismo>> acesso em 06/11/2016.

³⁰ Agora vejamos também o que é dito sobre o conceito de Clientelismo segundo dicionário Houaiss (2011, p. 200): Regionalismo: Brasil. Prática eleitoral de certos políticos que consiste em privilegiar uma clientela ('conjunto de indivíduos dependentes') em troca de seus votos; troca de favores entre quem detém o poder e quem vota. Ver também no dicionário eletrônico, Clientelismo, disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=clientelismo>> acesso em 21/11/2016. Para saber mais sobre esse conceito de Clientelismo, ver: Norberto Bobbio; Nicola Matteucci; Gianfranco Pasquino. *Dicionário de política*. Brasília: UnB/Linha Gráfica, 1991.

administrativas que propiciavam a criação e a formação de ciclo de dependências econômicas e políticas, as quais se manifestavam entre a sociedade civil e o grupo dos que se firmavam no cenário político como seus representantes, fortalecendo um modo de ser da cultura e da sociedade ao longo dos anos do século XX.

Era comum entre os grupos ligados às famílias sertanejas o uso do poder através do aparelho de Estado de forma clientelista (resquícios do coronelismo), reduzido a poucas pessoas, para dar prosseguimento social aos ditames dos interesses desses grupos, pois o pauperismo da maior parte das famílias sertanejas as tornava vulneráveis e submissas a esses grupos, ludibriadas com a sua prática populista no interior paraibano. Isso favorecia a manutenção do poder das oligarquias locais. Para termos uma ideia desse mecanismo de poder estabelecido sob esse ambiente sociocultural do poder local, veja o que afirma José Octávio (1994, p. 137-138, grifo do autor):

A montagem do sistema oligárquico teve origem nessa circunstância. Por meio dele, grupo restrito, tradicionalista e de base agrária, escorado no poder de umas poucas famílias, dominantes em seus municípios, apropriou-se do aparelho de Estado e dos poderes representativos deste – Executivo, Legislativo e Judiciário, agora teoricamente autônomos. Constituições preparadas com esta finalidade sancionaram o chamado *poder oligárquico*, que principiava pelo município onde os coronéis do grupo majoritário controlavam o Conselho Municipal. Ao mesmo tempo, esses coronéis, através de deputados por eles eleitos, trabalhavam junto ao Presidente do Estado, que era o Governador, a quem apoiavam. Em troca, a presidência concedia aos coronéis amplos poderes nos territórios da respectiva jurisdição política. Esses poderes principiavam pela nomeação de funcionários estatais da confiança e, não raro, do próprio clã do coronel – diretores de Mesas de Renda e fiscais de tributos, juízes, promotores, delegados de polícia, professores, etc. Em alguns municípios, até sacerdotes integravam esse elenco.

Note que toda a estrutura social estava em torno do líder político, o qual ia fazendo todo o acordo e arranjo para com a sociedade em que ele vivia, e administrava o Estado consoante ao interesse do grupo restrito de oligarquias remanescentes, transmitindo uma cultura do poder com todo seu grupo de domínio para com grande massa populacional, conforme as conveniências peculiares ao grupo elitizado e camuflado no poder do Estado. Nessa conjuntura, as famílias se sujeitavam aos clãs políticos em um processo de dependência e corporativismo, numa espécie de

hierarquização da simbiose política³¹ no habitat sociocultural de política de massas amórficas³² instituídas no sertão paraibano.

A maior parte das famílias paraibanas era trabalhadora do campo, e viviam sob assentamentos agrícolas e das riquezas produzidas no campo. Com o processo crescente de urbanização e os elementos da modernidade chegando à Paraíba como: telégrafo, rádio, imprensa, trem e outros, novos serviços passam a fazer parte da vida social paraibana, criando um novo setor, nesse caso, o setor de serviços administrativos do Estado em meados da década de 1950. Contudo, o terceiro setor da produção que deveria melhorar a vida da população fora também obra do forte clientelismo e populismo que faziam parte da arquitetura sociocultural da população sertaneja. Esse modelo político, social e cultural do populismo, que predominou no sertão, se tornou num pensamento mais presente e repercutiu com maior força entre as pessoas, deixando transparecer uma imagem de uma cultura política e social sertaneja como fenômeno em que os líderes se conclamavam de benfeitores, protetores e servidores das massas populacionais. Sobre isto, veja o que afirmar José Octávio (2001, p. 107-108):

Por outro lado, no populismo, afluía certo comprometimento ideológico e de reivindicações entre os líderes populistas e o eleitorado. Era o que ocorria no relacionamento entre Getúlio Vargas e Ademar de Barros com as camadas populares do Rio de Janeiro e de São Paulo. Esse pensamento aproxima-se de autores como Boris Fausto [...] para os quais o populismo contemporâneo representa sistema de articulação político-social gerado pela América Latina, quando da crise das oligarquias agroexportadora, o que explicaria o batismo no Uruguai, aprismo no Peru, cardenismo no México, varguismo no Brasil e peronismo da Argentina. [...] Isso porque, constituindo o populismo fenômeno de articulação do poder na sociedade bastante

³¹ Essa simbiose política está relacionada aos arranjos políticos entre o dito representante do povo, no caso o político, e o povo que se vinculava de forma restrita a esse político, na busca de benefícios próprios. Com isso, formava-se uma simbiose, ou seja, uma interação em que ambos se beneficiam, de forma que a camaradagem e associação de ambos procuram se situar permanentemente nesse vínculo de dependência seja proporcionalmente ou não no que diz respeito aos benefícios alcançados. Essa prática de simbiose política pode ser identificada a partir do momento que se formou as práticas políticas coronelistas, populistas, clientelista e assistencialista em início e meados do século XX, dado que nesse caso da simbiose o poder é camuflado no associativismo beneficente entre o representante político e o povo.

³² O termo massas amórficas está aqui posto para me reportar ao tipo de sociedade que vigorava nesse período, ou seja; a grande maioria das pessoas por serem analfabetas e sem nenhum tipo de instrução tornava-se vulneráveis e alheias ao que de fato a classe política da época pretendia. Dessa forma, a maior parte das pessoas era desinformada, sem acesso aos conhecimentos que lhe permitissem enxergar o mundo de uma forma crítica tornando-se capaz de contestação (o voto de cabresto reflete muito isso), dado que as pessoas incorporavam a forma política e social de acordo com as vontades e interesses dos líderes políticos, os quais em sua maioria pertenciam à classe dominante.

complexo, deve-se nele identificar dimensão macropolítica, que nos remete aos planos continental e nacional, marcada por aqueles ismos, e variante micropolítica, associada a lideranças regionais, estaduais e mesmo locais.

Essa personificação do populismo na formação sociocultural da população sertaneja é marcante, visto que agregara valores às ações políticas realizadas por determinadas figuras políticas que advinham de uma classe mais alta, ou seja, pertenciam às famílias historicamente constituídas pelo poder econômico sustentado pelas condições financeiras e monetárias mais sólidas, opulentas e estratificadas. Pois o poder político estava posto e ordenado em níveis sociais diversificados, consoante os interesses dessas oligarquias, e legitimados também pela presença da Igreja, nas figuras dos párocos e religiosos. Da mesma forma, as políticas de saúde pública, filantrópica, de caridade e as políticas que se voltavam para as camadas sociais inferiores, assumiam o aspecto do populismo, mandonismo e tinham iniciativa da ordem que vinham de cima para baixo na hierarquia social.

Toda essa estrutura e mecanismo de arranjo sociocultural permaneceram enraizados na organização do poder político dentro da população sertaneja, a qual possuía essa característica sociocultural de cultuar tais ações de lideranças políticas, na ordem verticalizada do poder político. Isso mostra que a sociedade sertaneja estava alheia à participação direta nos poderes constituídos do Estado, visto que essa sociedade vivia conforme os arranjos e articulações unilaterais dos interesses das lideranças que usavam o poder estatal para extrair suas forças e poderes políticos de forma assistencialista. Observe o que diz José Octávio (2001, p. 120):

[...] em relação a estruturas como a da Paraíba, onde a sociedade civil não reuniu, historicamente, consistência e autonomia para fazer face ao aparelho do Estado, principalmente quando este, como aconteceu em 1958, e em escala bem maior de 1966 a 79, inclinou-se por equivalência entre os planos federal, estadual e municipal.

Note que todas as estruturas de poder estabelecidas a nível nacional, estadual e municipal estavam voltadas para um poder político que se incorporou na sociedade paraibana legitimado por essa prática sociocultural dos que se apresentavam como

benfeitores, numa expressiva simulação do atendimento dos interesses coletivos, sociais e públicos.

Todos os poderes historicamente constituídos no Brasil e em suas regiões foram costurados, remendados e arrumados consoantes aos interesses de classes. Vale destacar que, no período de 1930 a 1980, a Paraíba passara por robusta intervenção de consorte do Estado, dado que nesse período os governos paraibanos intensificaram as políticas de modernização, desenvolvimentismo e progressismo nas áreas produtivas da economia paraibana. E isso se torna em mais um elemento das intensas disputas políticas, bem como num elemento fundamental da autopromoção dos governos populistas, e que marca a herança sociocultural da relação do Estado populista oligárquica com a sociedade civil emergente, enquanto avançava em direção à superação de um modelo social político e econômico, visto que o Estado brasileiro fora constituído no decurso de sua própria história de forma autocrática, enquanto a população paraibana continuava altamente analfabeta, pobre e vulnerável aos caprichos desse grande projeto político autoritário, interventor e simbiótico.

As consagradas políticas públicas eram muito restritas e condicionantes, consoantes as próprias forças oligárquicas de cada região. Note que até mesmo o ensino superior na Paraíba ficava dependente da influência dessas oligarquias, e quando se realizava um fato de trazer o ensino superior para uma localidade, ora gerava um grande contentamento, ora uma grande divergência entre aqueles que não estavam à frente dessas iniciativas. Veja o que afirma Humberto Nóbrega (1980, p. 56):

[...] temos o Recife, ali pertinho, com uma Universidade. Entretanto não devemos viver eternamente na dependência do Recife. Carecemos de independência cultural. Recife é grande porque os seus filhos são arrojados, procuram libertar-se dos grandes centros científicos e culturais. E não podemos seguir o mesmo caminho? Podemos, sim. Como? Resolvendo os próprios problemas, embora com lutas e sacrifícios. E o que, nós paraibanos, já conseguimos até hoje, senão com lutas e com sacrifícios?

Os ginásios da Paraíba, da capital e do interior, despejam anualmente centenas de jovens que deixam o seu Estado por falta de instrução superior. Vão para o Recife, para a Bahia, para Minas, Rio ou São Paulo. Nesses Estados é grande, é enorme, a colônia paraibana. E aí ficam quase todos. [...] O Estado da Paraíba apresenta francas

possibilidades econômicas e culturais em relação a muitos outros Estados da Federação.

Esse era o quadro sociocultural, político-econômico e também da situação de existência em que viviam os indivíduos do Estado da Paraíba em quase todo o século XX.

2.3 - A questão da saúde em Sousa

Ao tratar dos aspectos políticos e econômicos na história da Paraíba dentro do contexto de como se configurou a saúde pública na grande região do Nordeste, aqui como ponto crucial que dá base de compreensão ao andamento do setor saúde na Paraíba, fora algo imprescindível levar em conta o entendimento dos arranjos políticos e econômicos hegemônicos durante esse período que viveu o povo paraibano. Considere-se, pois, que, neste contexto, a sociedade civil era a que mais sofria com a desordem, o mandonismo e a hipertrofia do poder estatal, visto que o próprio Estado não atendia nem expressava os interesses da classe trabalhadora.

Dessa forma, os dirigentes e “representantes” estavam focados em se manter na máquina de Estado, disseminando essa cultura de alienação e *síndrome do associativismo representativo compensatório*.³³ Ou seja, as pessoas aceitavam os

³³Como exposto acima nesse texto sobre esse termo, refiro-me ao aspecto das pessoas aceitarem os recebimentos de privilégios, benefícios e proveitos próprios em detrimento de outras pessoas que não se vinculava a determinados ideais partidários ou políticos. Nesse sentido podemos encontrar os vários arranjos sociais, políticos e econômicos que permeavam a vida social e cultural que se apresentava por meio das velhas práticas coronelistas, populistas, clientelista e de camaradagem na Paraíba, visto que os grupos pequenos compostos pela grande maioria da população, a massa populacional se interligava pelo poder político de grupos grandes no sentido do poder político, social e econômico, tendo em vista a troca recíproca de favores e interesses de ambos, seja no aspecto proporcional nos ganhos dos benefícios ou não entre os envolvidos. Era um ambiente que prevalecia o corporativismo por meio das velhas praticas de se manter no poder através da troca de benefícios de serviços ou bens por apoio político. Podemos identificar que praticamente na área de saúde, nota-se uma grande expansão de criação em todo o país de hospitais e demais estabelecimentos de saúde como entidades filantrópicas de natureza fortemente vinculadas ao associativismo, dado que o próprio Estado estava ausente no que diz respeito a cobrir a demanda de saúde pública. Para mais detalhes ver: Maria Rita Bertolozzi. Rosângela Maria Greco. *As políticas de saúde e no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais*. Disponível em

acordos agremiados dos líderes políticos em troca de permanente benefício, favor e proveito desses grupos em detrimento de outras pessoas que não se vinculavam a determinados ideais partidários ou políticos. Assim sendo, as famílias dos trabalhadores paraibanos acabavam se servindo apenas do que se poderia chamar de “migalhas” em termos de serviços públicos prestados pelo Estado, sobretudo no que diz respeito à saúde. Portanto, recebiam poucas ações governamentais em relação ao aumento da eficiência e capacitação dos trabalhadores paraibanos, assim como das condições de sobrevivência que eram precárias. Quase não existiam estabelecimentos de educação e saúde, e a maior parte das famílias do sertão viviam a maior parte do tempo trabalhando no campo para sobreviver. Veja o que afirma Paulo Gadelha (1990, p. 46):

Em 1940, o nordeste representava 35% do total da população brasileira. Em 1970, caía para 30% e, em 1978, conforme dados oficiais, ficava em apenas 29,6% da população, total do país. As taxas de mortalidade infantil e de analfabetismo espantam os setores responsáveis da UNESCO e da Organização Mundial da Saúde. Para fazer frente a este estado de coisas, o governo tem que instrumentalizar recursos para o nordeste. Tem que devolver a SUDENE o que ela pertence, sem olvidamente dos compromissos contidos no artigo da constituição federal liberal de 1946, que mandava o governo aplicar 3% da renda tributária nacional numa política global de desenvolvimento para o nordeste.

Assim sendo, dentro do setor saúde como fator de políticas públicas na Paraíba, também não será diferente a feição desses mecanismos de simbiose política e econômica, vinculados aos grupos políticos que se incorporam ao Estado (máquina do poder político, Estado como reminiscência burguesa, montado historicamente para atender interesses particulares). O espectro político, o dito de “esquerda” não, era bem visto no arraial das políticas regionais e locais. Assim, “por volta de março de 1964, na Paraíba”, segundo um analista (*apud* Octávio (2001, p. 204), “as esquerdas iam ficando isoladas e, mais do que isso, atiradas na órbita da ilegalidade em que seriam flagradas em 1º de abril, quando da consumação de fatos mais ou menos delineados no dia 3 de março”.

No Estado da Paraíba, as políticas voltadas para a saúde pública eram um grande problema, já que os governantes de meados do século XX priorizavam os investimentos das receitas do Estado em modernizar as estruturas estatais (sujeito ao projeto nacional Desenvolvimentista), objetivando fortalecer os vínculos de poder político por meio dos intermediários dos interventores populista da Paraíba.

Pode-se constatar que havia poucos investimentos e envolvimento político na área da saúde pública na maior parte dos municípios sertanejos, existiam casas de caridades e misericórdias, hospitais filantrópicos, e a própria medicina era bastante precária. No Estado da Paraíba, e, sobretudo em seus municípios interioranos, essa carência de serviços de saúde pública era extrema. A medicina era escassa, pois não havia nem mesmo instituição educacional superior de medicina até o início da década de 1950 na Paraíba, e médicos eram difíceis de encontrar. Observe o que diz Humberto Nóbrega (1980 p. 32-33) sobre isso: “A Paraíba necessita de mais doutores; a nossa população está beirando os dois milhões, mais do que a de algumas pequenas Repúblicas das Américas. [...] onde apenas existem cento e sessenta e nove (169) cultores das ciências de Hipócrates [...]”

Em toda essa conjuntura de descaso social e político onerado pelo poder das oligarquias regionalizadas, tornava a capacidade da iniciativa do poder público restrito a desenvolver uma política de saúde pública ampliada e eficiente as demandas da população; ressalvadas apenas aos grandes centros urbanos e Estados estratégicos da federação brasileira, para a criação de centros de ensino, faculdades de medicina e estabelecimentos de saúde. Como exemplo, pode-se citar que em Recife já existia uma faculdade de medicina, bem como de vários hospitais e clínicas. No Estado da Paraíba, a faculdade de Medicina da Paraíba só passaria a existir em 1953. Veja o que é dito por Humberto Nóbrega (1980 p. 21-22) sobre a situação da Paraíba nesse contexto:

Planejamos, inicialmente, que se faria por etapa o intento, ou melhor, instituiríamos três cursos: farmácia, odontologia e, finalmente medicina. Quanto à enfermagem, a filial paraibana da Cruz Vermelha Brasileira havia enviado à UNESCO circunstanciado projeto visando dotar o Estado de um estabelecimento de alto nível formador desses profissionais. Aquela prioridade considerava dois fatores: primeiro, a carência de profissionais no Estado; segundo, o problema de complexidade de instalações das diversas disciplinas e cursos. A disponibilidade de pessoal da área de saúde na Paraíba

era como dissemos, impressionante: poucos médicos, menos dentistas e ainda menos farmacêuticos. Quanto à enfermagem, havia carência quase que absoluta, pois tínhamos apenas três enfermeiras diplomadas em todo o Estado.

Observe que eram grandes as dificuldades em toda a Paraíba no que diz respeito ao setor da saúde, bem como as políticas de saúde pública, dado que era muito custoso e caro implantar faculdades, hospitais e profissionais de saúde. Na cidade de João Pessoa já havia grupos políticos de muita influencia na política nacional, visto que isso poderia facilitar a instalação de estabelecimento de ensino de saúde, como a faculdade de medicina e a criação de hospitais e clínicas de saúde. A forte concentração de poder político no Sudeste e Sul do país colocava quaisquer empecilhos que daria autonomia aos demais Estados da federação, de forma que isso se repercutia em Estados mais pobres em recursos financeiros, como era o próprio caso da Paraíba. Vejamos novamente o que afirma Nóbrega (1980, p. 57) a respeito da iniciativa de instalar uma faculdade de medicina para a Paraíba:

A escola será moralizada, criará nome, conquistará um lugar destacado no Nordeste e no Brasil. O nosso Estado dispõe de apreciáveis fontes de produção e cada cidade do interior, dentro de alguns anos, terão médicos e casas de saúde, dentistas e não charlatães, farmacêuticos hábeis. Assim, só assim, teremos independência. Seremos livres. Novos hospitais serão criados a fim de atender as necessidades da faculdade de medicina e do meio que dia a dia se civiliza e se instrui.

Assim a Paraíba se destacava e se apresentava diante dos outros Estados da federação, como pequenina, pobre e mantendo um rígido clientelismo pulverizado e com poucas mobilizações em prol da sociedade civil paraibana. Mas alguns relutavam em acreditar na melhoria e avanço nas condições de existência da população paraibana, através da instalação do ensino médico na Paraíba. Nessa perspectiva, veja o que afirma Humberto Nóbrega (1980, p. 256):

Pelas estatísticas e cálculos oficiais, expostos no chamado Plano Salte plano e meta do governo federal Dutra, o Brasil necessita de 52.000 médicos e, no

entanto, só dispunha de 18.000. Nesse particular, era o nordeste a região mais sacrificada, de vez que, abrigando 24% da população nacional, viviam lá apenas 9,5% dos esculápios do país. E se restringirmos nosso estudo à Paraíba, - Estado densamente povoado – com 3,5% do efetivo demográfico nacional, verificamos que ela era servida tão somente por 0,9% dos discípulos de Hipócrates!

Em trabalho que realizamos em 1950, evidenciamos que naquela unidade da Federação, habitada por 1.685.400 almas, exerciam atividades profissionais apenas 169 clínicos. Donde a proporção de 1 médico para cada grupo de 9.704 paraibanos! Tal situação ainda é mais vexatória se acrescentarmos que enquanto 72% daqueles médicos moravam e trabalhavam na capital, 78% da população, vivem no meio rural.

A quase ausência de profissionais habilitados para a assistência médica-sanitária ao homem nordestino, expressa-se de modo convincente nos levantamentos estatísticos concernentes a nosologia regional.

A região possui o triste privilégio de exibir os mais altos coeficientes de mortalidade infantil e materna do país. Há lá, igualmente, o primado nacional da maior mortalidade por tuberculose. A esquistossomose está se alastrando no Brasil, as causas das migrações internas do Nordeste.

Em meio a todo esse contexto, podemos situar Sousa, um dos municípios da Paraíba, que está localizado no alto sertão paraibano, estendendo-se por uma área territorial de 842 km². É o terceiro maior município em extensão territorial da Paraíba. Possui uma população, de acordo com o censo de 2010 do IBGE, de 65.930 indivíduos. A cidade de Sousa tem como referência esse nome em homenagem ao seu fundador, Pe. Bento Freire de Sousa.

Até meados do século XX a considerada “grande região de Sousa”, compreendia até fins de 1950, os seguintes municípios: São José de Lagoa Tapada e Nazarezinho, ao Sul; Vieirópolis, Santa Cruz e Lastro, ao Norte; São Francisco e Aparecida, ao Leste; São João do Rio do Peixe e Marizópolis, ao Oeste. Atualmente, todas essas localidades são emancipadas de Sousa, embora a população de cada município citado faça uso da assistência médico-hospitalar sousense, devido à cidade possuir um maior número de estabelecimentos médicos, bem como de competentes profissionais da saúde, que realizavam serviços de boa qualidade em Sousa.

Quanto ao número de estabelecimentos de saúde no município de Sousa, atualmente temos os seguintes dados:

TABELA II:

Variável	Sousa	Paraíba
Federais	0	6
Estaduais	2	57
Municipais	39	1.762
Privados	36	797

Tabela 5: Fonte: IBGE. Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Esse quadro mostra a situação atual no que diz respeito à assistência médico-hospitalar, assim como a quantidade de instituições de saúde distribuídas por entidades da federação que ofertam serviços de saúde, seja público ou privado. Podemos notar um número elevado de instituições que oferecem serviços de saúde no setor privado, como também uma quantidade expressiva de estabelecimentos clínico-hospitalar no âmbito do público, especialmente dos serviços de saúde ofertados pelo poder municipal.

No período de 1930 a 1990, o município de Sousa concentrava forças políticas em famílias tradicionais, sendo as mais conhecidas na atuação política dentre estas: Gomes de Sá, Abrantes, Mariz, Gadelha, Pires e Sarmiento, que davam as iniciativas de políticas públicas de saúde. Nessa perspectiva, observe como em Sousa as estruturas de poder político estavam divididas, conforme os grupos ligados às famílias tradicionais, logo após a queda do governo Vargas, em 1945, conforme nos aponta Paulo Gadelha (2007, p. 23): “Dentro de tal moldura, as famílias Gadelha, Mariz, Pinto de Oliveira e Abrantes formam a União Democrática Nacional – UDN. Do outro lado, por sua vez, as famílias Pires e Sá estruturam o Partido Social Democrático – PSD”.

Os projetos políticos voltados para a saúde pública local advinham de disponibilidade dos líderes locais darem atenção às grandes demandas de saúde pública ao município de Sousa, consoante a disponibilidade da máquina do Estado, isto é, toda a estrutura burocrática e hierárquica do funcionalismo estatal.

Diante do exposto no que diz respeito ao quadro social, político, econômico e cultural da Paraíba, ao grande município de Sousa também estava inserida nessa conjuntura de acontecimentos que permearam os tempos populismo, assistencialismo e

clientelismo que marcaram a história da medicina de Sousa. O período que aqui compreende a história da medicina em Sousa, no aspecto sociopolítico entre 1949 a 1990, com poucas exceções, ficara sob o poder da classe política dominante e uma população socialmente dependente desses líderes políticos, já que eram pouquíssimos os feitos políticos voltados para a criação de estabelecimentos de saúde pública na cidade. Nesse momento, as figuras políticas passam a aparecer geralmente ligadas ao empresariado local, e a saúde pública é vista e percebida como elemento relevante para fortalecer a camaradagem entre povo necessitado e a classe política que os ressalvam das calamidades públicas. Nessa perspectiva, as políticas de saúde pública foram se tornando prioridade na vida da população sousense à medida que a própria população ia aumentando, assim como o aumento das carências e penúrias de sobrevivência.

Dessa forma, a situação de carência por saúde ia sendo afluída em ações e atitudes de políticas públicas voltadas para o sanitarismo, higienização e assepsia da cidade; ou seja, as precárias e péssimas condições da assistência médico-hospitalar da cidade até 1950 não davam conta das necessidades básicas para servir de aporte às famílias mais pobres de Sousa. Por exemplo, muitas gestantes não tinham adequadamente um acompanhamento obstétrico, pediátrico e pré-natal. Só com a instalação de espaços médico-hospitalares como maternidades, hospitais e outras unidades médicas, foram sendo possível o melhoramento da saúde pública sousense a partir da década de 1970.

Quase todo o século XX, até meados de 1970, a sociedade sousense estava dependente do poder político hierarquizado, e isso era uma característica predominante em todos os entes da República Federativa do Brasil. Em todas as regiões havia resquícios de poder político centralizador, sobretudo em pequenos municípios. Assim, do ponto de vista histórico, nossas gerações antecessores estavam sob os resquícios da *síndrome do associativismo representativo compensatório*, isso desde a União do poder público até os municípios da federação. No caso de Sousa, esta característica de fazer política se tornara altamente presente.

O setor da saúde pública em Sousa era muito precário e rudimentar. Poucos eram os estabelecimentos de saúde que existiam na cidade, desde o início do século XX a 1970, especificamente. Pois, com a administração municipal de Felinto da Costa

Gadelha (político de uma família tradicional de Sousa), a saúde pública de Sousa começara a se modernizar, alinhar-se e projetar-se para as políticas Desenvolvimentistas e Progressistas que ocorriam a nível nacional.

Na região de Sousa, o destaque da força política era o meio que possibilitava incrementar políticas de saúde pública, visto que o setor da saúde, em Sousa, percorria os tempos sob aos passos de insuficiência, infausto e com pouca cientificidade. Já vimos que em toda a Paraíba tínhamos poucos profissionais de saúde, devido até mesmo não termos centros de ensino e universidades voltados para as ciências médicas. A situação era ainda pior nesses municípios interioranos (como Sousa) que não possuíam uma fonte de renda estável, sólida e diversificada para gerir profissionais das ciências médicas. A economia sousense era muito restrita ao setor primário da produção, e não dava para subsidiar instituições de ensino médico.

A cidade de Sousa no aspecto econômico era muito pobre e se delimitava a esse pauperismo de serviços, sem muitas atividades produtivas, e a maior parte da população vivia apenas das riquezas produzidas no setor primário da economia. A maior parte dos sousenses não tinha representatividade que era exposta nos discursos políticos. As próprias demandas de saúde pública da população sousense ficavam sob o ocaso da própria sorte, e muitas vezes da boa vontade de alguns poucos médicos que viviam em Sousa. Estes faziam de forma benevolente e caritativa o que podiam para sanar as enfermidades e doenças da população.

O poder público só estava presente para o que já estava determinado na própria Constituição brasileira da época, negligenciando os serviços de saúde em relação a um percentual destinados das riquezas produzidas no país para os setores da saúde e educação. Foram poucas as reivindicações atendidas para melhorar a área da saúde, principalmente no Estado da Paraíba, e muito mais difícil no interior paraibano. Só para termos uma noção das extremas dificuldades que eram para conseguir amenizar os problemas sociais da população paraibana, em especial no que diz respeito à área da saúde. A propósito disto, veja o que afirma Humberto Nóbrega (Grifo do autor 1980, p. 20) sobre essa conjuntura:

A Constituição Federal de 1946 determinava que certo percentual do orçamento da República se destinasse especificamente à educação. Daí o surto desenvolvimentista que, a partir de 1947, se observa na educação nacional. Outra iniciativa inserida na carta magna de 1946 era que o Governo obrigava-se a entregar aos Municípios interioranos um *quantum* da arrecadação do Imposto de Rendas. E a grande maioria dos chefes de executivos mirins de nosso Estado desejava aplicar parte desse auxílio em despesas de assistência médica.

A assistência médico-hospitalar era ofertada exclusivamente em sua maior parte por casas de caridades ou santas casas, hospitais filantrópicos (iniciativa particular e voluntária), postos de vacinação e higiene. Os recursos enviados eram insuficientes para cobrir as grandes demandas de saúde da população paraibana, bem como os poderes vindo de cima impossibilitavam essa realização. Assim o povo paraibano vivia ao “bel-prazer” desses ditames, e a população sousense estava inserida nessa conjuntura dos problemas da Paraíba, sobretudo no setor da saúde.

Em Sousa, não existia nenhuma hospital e maternidade voltado para práticas médicas especializadas até 1949. As parteiras, cachimbeiras, curandeiros e charlatões faziam as ações e práticas da arte e ciência de Esculápio. Dessa forma, a questão da saúde, em Sousa, passara a ser mais um caso de descaso social e político, e naquele momento essa ação se tornou um elemento a mais das iniciativas políticas locais.

A cidade de Bento Freire de Sousa estava desfigurada no que diz respeito às políticas pública de saúde. A classe política local era muito ausente, e o aparelho de Estado era muito centralizado nas mãos de velhas oligarquias de poder das classes altas e média do Brasil, com isso a população do município de Sousa estava sujeita ao desamparo, desassistidos e sem cuidados médico-hospitalares mais sofisticados, especializados e preventivos. A medicina sousense se mostrava rudimentar, não científica, débil e com poucas ações profiláticas e preventivas.

Os conhecimentos científicos da medicina estavam restritos apenas a alguns médicos filhos de empresários sousenses, os quais, quando concluíam seus ensinamentos médicos fora de sua cidade natal, visto que não havia ensino superior de medicina em Sousa, alguns voltavam para exercer a prática médica na carente e pequenina cidade de origem. Com isso, Sousa foi sendo um espaço onde a história de sua medicina começara a brotar à medida que iam chegando os recém-formados

médicos naturais da cidade de Sousa, os quais instruídos na ciência de Esculápio saíam pela grande região de Sousa se exercitando e pondo em prática; casa a casa, as atividades da medicina. Assim, a saúde pública em Sousa vai sendo construída e erguida sob o próprio caos de dificuldades que povo souzense, do início do século XX a meados de 1970, vivenciou em sua história.

3 - Maternidade Lídia Meira: da fundação ao fechamento

[...] a parte mais apaixonante do trabalho do historiador consiste em levar as coisas silenciosas a se tornarem expressivas (Prost, 2001, p.77).

3.1 - Motivações para a fundação da maternidade Lídia Meira

Ao trazer à luz do conhecimento da história um elemento repleto de sentido e significado para a sociedade, como também para a historiografia, neste caso aqui, o objeto em análise é uma maternidade que serviu também como primeiro nosocômio para o povo sousense em um passado recente da história de Sousa. Com isso, se faz necessário mencionar do ponto de vista histórico o que é refletir sobre o passado de alguma coisa e sua repercussão política, econômica e psicossocial dentro dessa sociedade, com todas as suas mudanças, modificações, propósitos e encadeamentos que esse objeto trouxe ao povo dessa cidade. Geralmente, tomamos o conhecimento histórico apenas como algo que se volta e retorna ao passado, seja para glorificar, exaltar pessoas, louvar feitos, rememorar, monumentalizar os fatos do passado; porém, mais do que isso, a história aqui posta tem por função manifestar os entrançamentos afetivos e materiais que os indivíduos criam e estabelecem consoantes as interações com o ambiente e os outros indivíduos que compõem uma sociedade política, assim como entender as relações históricas de cada indivíduo dentro dessa sociedade.

Até meados da década de 1940, Sousa carecia bastante de estabelecimentos de saúde, como também de profissionais de saúde qualificados e instruídos na ciência médica. Não tínhamos médicos e enfermeiras, assim como os mais variados profissionais e programas de saúde que atualmente existem na área da saúde; muito menos locais específicos que tratassem de enfermidades, doenças e agravos físicos à população sousense. As pobres mulheres sousenses tinham seus filhos acompanhados

apenas de umas poucas e compassivas parteiras e cachimbeiras³⁴ e isso quando podia tê-las à beira do parto; caso contrário, estavam sob o jugo da própria sorte e dos conhecimentos sobrenaturais daqueles que estavam ao seu redor. Essas atividades desvinculadas de um conhecimento médico adequado e científico se sobressaíam em todos os municípios do sertão paraibano. Para termos uma noção dessas práticas, os quais eram comuns em todo o sertão paraibano veja o que afirma o médico Cajazeirense, Luiz de Gonzaga Braga Barreto (1995, p. 13):

A história da assistência à saúde aos moradores da cidade de Cajazeiras, remonta aos tempos em que lá chegaram os seus primeiros habitantes. Provavelmente, como ocorreu nas mais antigas povoações, até o aparecimento de uma medicina científica, os habitantes de Cajazeiras foram tratados através de procedimentos intuitivos, empíricos ou “sobrenaturais”. Muitos destes procedimentos chegaram aos nossos dias, fazendo parte do acervo cultural do nosso povo, e convivendo, embora que marginalmente, com o que se poderia chamar de medicina científica. O uso das ervas medicinais, dos tratamentos com águas quentes ou frias, os purgantes, as homeopantias, as rezas para expulsar enfermidades e demônios ou espíritos dos mortos, a assistência ao parto por cachimbeiras ou parteiras curiosas, tudo isto faz parte do patrimônio cultural transmitido de geração a geração.

Outro problema também relevante relacionado às práticas médicas era a pouca cientificidade que a própria medicina tinha na época, ou seja, existia uma medicina curativa e voltada apenas para a cura pragmática de doenças e enfermidades, sem levar em conta o caráter preventivo e interativo do corpo humano como elemento bioquímico e dependente de uma boa nutrição para a boa saúde do corpo, principalmente das gestantes que não tinham aconselhamento médico para a gestação. E isso deixava as gestantes submetidas a uma geração de indivíduos ao ocaso e sem os mínimos cuidados prévios da formação do feto. A preocupação da medicina naquele momento se limitava a combater apenas epidemias e endemias. Nessa perspectiva, observe o que diz Alberto Peribanez Gonzáles (2008, p. 51):

³⁴ Esse termo se refere a pessoas menos instruídas no trabalho de parto. Está assim conceituado no dicionário virtual no endereço eletrônico: Parteira sem instrução formal, mulher que ajuda no parto; No interior do nordeste, precisamente do Ceará, esse nome é dado às parteiras praticas que militam nas fazendas e sítios trabalhando sem nenhum preparo formal. Não sei se por as mesmas sempre carregarem o seu cachimbo de barro, derivou-se dele esse nome. Cachimbeiras, Disponível em <<http://www.dicionarioinformal.com.br/significado/cachimbeira/6759/>> acesso em 20/09/2016.

Há um século, os estudos em nutrição tinham importância secundária à Medicina e estavam voltados para avaliações de deficiências qualitativas e quantitativas na dieta. Hoje, no alvorecer do novo milênio, a ciência médica rende-se ao fato de que a nutrição tem impacto decisivo na saúde, na recuperação e na prevenção de doenças. Cada geração aparentemente vem se tornando mais fraca que a anterior. Os bebês adquirem ou perdem sua imunidade ainda no corpo de suas mães, durante a gravidez, e após o nascimento, com o aleitamento materno (ou a falta dele). Certos distúrbios autoimunes podem ter início ainda na vida placentária. Torna-se óbvio que desequilíbrios na saúde da mãe resultem em debilidades que vão se transmitindo de uma geração a outra.

Diante deste quadro, Felinto da Costa Gadelha, conhecido na cidade como Tozinho Gadelha, propôs a fundação de um hospital em Sousa, que pudesse servir também como maternidade. Para isto, juntando-se a outros cidadãos sousenses, fundou a Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Sousa,³⁵ que, posteriormente, adquiriu o terreno em que foi, de fato, construída a Maternidade Lídia Meira, inaugurada em 1949.

Inicialmente, a Maternidade foi fundada e aberta ao público em um terreno cedido pelo Senhor André Avelino de Paiva Gadelha, mais conhecido como Zabilo, que, logo depois, no dia 29 de outubro de 1952, vendeu à Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Sousa. Nesse contexto também foi realizado, após a construção da Maternidade, a formação de uma Sociedade³⁶ que manteria vínculo com o poder público para a manutenção da Maternidade, bem como da organização da mesma.

³⁵ Esse fato está registrado conforme documento oficial lavrado no 1º Cartório da comarca de Sousa, Estado da Paraíba. Livro de notas nº 64. Folhas 92 a 93. Escritura pública de compra e venda de um terreno que em notas fazem como vendedores – André Avelino de Paiva Gadelha e sua esposa Maria Raquel Pinto Gadelha, e como compradora a Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Sousa.

³⁶ Essa Sociedade tinha o objetivo de manter social, financeira e administrativamente o funcionamento da Maternidade. Tendo o registro oficial no 1º Cartório da Comarca de Sousa, o qual se encontra no livro de registro sob Nº 54, nele consta nas folhas 16 a 17 concedendo a Certidão de Pessoa Jurídica a Sociedade Mantenedora da Maternidade Lídia Meira, bem como o reconhecimento jurídico de toda sua finalidade social, segundo o Estatuto que regularizaria toda estrutura administrativa e funcional da Maternidade e o destino do patrimônio caso a Sociedade se dissolvesse. Inicialmente a Sociedade foi formada a partir de uma associação de pessoas naturais de Sousa composta pelos seguintes indivíduos: Felinto da Costa Gadelha (Presidente); Salé Meira Fortes; Ananias Pordeus Gadelha (Filho de Tozinho); Artur Xavier Garrido; José Pereira de Queiroga; Geronimo Abrantes Sarmento; Clotário de Paiva Gadelha; Francisco Pereira Gadelha; Pedro da Costa Gadelha; Francisco Gonçalves da Silva; Armando Nobre Pordeus; Francisco da Costa Gadelha; José Gadelha Camarão; Nelson Meira Garrido; José Pordeus Gadelha; Miguel Cordeiro Neto; José Pires Braga; Antônio Nóbrega de Figueiredo; Murilo Guedes Pordeus; Luiz Pereira de Oliveira; Antonio de Paiva Gadelha; Ananias da Costa Gadelha; Francisco Fontes Gadelha e Otaviano Marques Fontes. Todas essas pessoas citadas faziam parte da Sociedade Mantenedora da Maternidade até o fechamento. Alguns deles, com o passar do tempo, vieram a falecer, e consequentemente a Sociedade foi perdendo seus associados.

Em 30 de Dezembro de 1959, foi lavrada uma Ata da Assembléia Geral Extraordinária da Sociedade de Protecção à Maternidade e à Infância de Sousa, para deliberar assuntos próprios de sua organização e manutenção. Assim com a aprovação do regimento interno, toma-se conhecimento de omissões verificadas no quadro social, aprovação das contas do corrente exercício entre outras coisas³⁷. O presidente da Sociedade Mantenedora da Maternidade era Felinto da Costa Gadelha. A área ocupada pela Maternidade comportava as seguintes medidas: 40 (quarenta) metros de largura (Norte a Sul) e 60 (sessenta) metros de comprimento a fundo (nascente a poente, Leste a Oeste). Abaixo podemos ver uma imagem da Maternidade Lídia Meira logo após a abertura.



Figura 1 - Maternidade Lídia Meira em sua origem

³⁷ Todos esses fatos estão registrados em documentos oficiais em arquivo privado concedidos a mim em que foi realizado a Ata de Assembléia Geral Extraordinária da Sociedade de Protecção à Maternidade e à Infância de Sousa. Caderno de Ata, Pags. 1 a 4.

No município de Sousa-PB,³⁸ a medicina era bastante precária e deficiente, pois nos anos que precederam à existência da Maternidade Lídia Meira a população dessa cidade padecia muito de serviços médico-hospitalares. Naquele momento, alguns poucos cidadãos(ãs) tinham condições financeiras de ir à capital da Paraíba – João Pessoa –, à Campina Grande ou à cidade vizinha de Cajazeiras, que já possuía naquela época um Hospital Regional,³⁹ para buscar melhores cuidados médicos. Embora, também em Cajazeiras, não houvesse maternidades ou hospitais especializados, apenas possuía esse Hospital Regional com uma estrutura mais compatível para atender certas demandas da população da época, já que era regionalizado.

Em Sousa, havia apenas um Posto de Vacinação e Higiene ou Posto Médico Municipal, ligado ao Departamento de Saúde do Estado (DSE), que havia sido administrado pelo Dr. Joaquim Mendes Filho, e posteriormente pelo Dr. José Sarmento Junior, que foi nomeado pelo Prefeito da época, Felinto da Costa Gadelha (Administração municipal entre 1955-59). Contudo, esse estabelecimento de saúde era nas décadas de 1930 e 1940, bastante decadente e pouco eficiente. Esse Posto Médico Municipal vinha sendo restaurado, e tornou-se disponível aos mais carentes através do poder público municipal, o qual viabilizou verbas próprias ao melhoramento da funcionalidade do mesmo. Nesse estabelecimento de saúde, só se realizava vacinação, consultas simples e não havia internação. Posteriormente, também passou a existir um Posto de Puericultura,⁴⁰ o qual também se limitava muito à prática de uma medicina baseada em terapêutica simples e curativa, delimitada e com reduzida cobertura de atendimentos médicos à população de Sousa.

A baixo está uma imagem do Posto de Puericultura, construído na administração do prefeito Tozinho Gadelha (1955-59). Podemos perceber que era bastante simples, mas serviu muito ao povo sousense.

³⁸A respeito da história do município e da medicina de Sousa, recomenda-se a leitura do livro de Julieta Pordeus Gadelha, intitulado: *Antes que ninguém conte*. Sousa: A União, 1986.

³⁹ Trata-se aqui do antigo Hospital D. Alice de Almeida, que atualmente chama-se Hospital Dr. José de Souza Maciel, e que é conhecido simplesmente como Hospital Regional de Cajazeiras.

⁴⁰ Esse termo é conceituado segundo o dicionário médico dessa forma: Puericultura ramo da pediatria que visa assegurar o bom desenvolvimento físico, mental e moral das crianças desde a sua concepção, através da aplicação sistemática dos princípios da medicina preventiva, da higiene e da boa educação. Puericultura, disponível em <<http://www.xn--dicionriomdico-0gb6k.com/puericultura.html>> acesso em 12/08/2016.



Figura 2 - Antigo Posto de Puericultura - Atualmente funciona o Materno-infantil

Vale destacar que o terreno onde foi construído o Posto de Puericultura foi uma doação de um comendador por nome Alves de Brito, que dou ao município de Sousa. Na época da doação, só tinha as paredes erguidas, e o poder municipal através do prefeito da época, Tozinho Gadelha, decide criar mais um lugar paliativo de assistência médica. Mas ainda não existia hospital em Sousa.

Os meios de transportes eram outro fator de dificuldade para a população de Sousa. De forma que se deslocar para outra região era muito difícil, devido às poucas condições econômicas do povo, o poder público municipal não dispunha de veículos públicos para a locomoção das pessoas para um hospital mais próximo de Sousa, como por exemplo, o Hospital Regional de Cajazeiras, citado acima. A educação a comunicação eram raras, difíceis, e estavam também restritos a uma parcela da população. A prioridade nos setores da administração pública do Estado brasileiro estava restrita às políticas de modernização do Brasil a todo custo, e não em estratégias políticas de melhorias da saúde pública que ficava em segundo plano nas pautas políticas. Podemos refletir isso também em Sousa, que se deslocava lentamente na linha do projeto do Desenvolvimentismo Populista, e especialmente na área da saúde pública, que teve bastante negligência, e eram poucas as iniciativas que se preocupavam com a saúde pública.

Em Sousa, a iniciativa que levou como pioneira as atividades médico-hospitalares foi à existência da Maternidade Lídia Meira, bem como da saúde pública, para com a população sousense. Essa Maternidade foi uma instituição de saúde pública que

ampliou e melhorou a saúde em geral, já que os calamitosos e pendentes postos de assistência médica da saúde pública da grande Sousa eram insuficientes. Com isso, a Maternidade inicialmente foi construída pelo empreendimento privado e subsidiada pela Sociedade Mantenedora composta pela associação de médicos, políticos, empresários, comerciantes e quaisquer sousenses que quisessem contribuir com manutenção da dela.

O objetivo de abrir uma Maternidade em Sousa estava condicionado naquele momento a melhorar os atendimentos médicos ao povo sousense, como também servir as regiões circunvizinhas orientando-se pela ideia de progresso e desenvolvimento das cidades. Isso contribuiria para a própria repercussão política do município de Sousa, como na qualidade de vida dos sousenses, dando mais ajuda médica especializada e obstétrica às mulheres pobres de Sousa e a todas as pessoas que procurassem ajuda médica especializada, já que a grande região que compreendia este município englobava todos os municípios circunvizinhos. A própria Maternidade Lídia Meira serviu de hospital público, espaço da saúde pública e Maternidade do povo, pois era filantrópico,⁴¹ e manteve convênio com o poder estatal até o fechamento, sendo conservado, mantido e subsidiado pelas ajudas financeiras da Sociedade Mantenedora.

A Maternidade Lídia Meira foi construída com vista a atender a demanda da saúde pública da região, especialmente aos mais carentes, os quais necessitavam incessantemente de cuidados de saúde, visto que não existiam outros meios de cuidados médicos. A Maternidade estava à disposição, seja em decorrência de pequenas manifestações virais, assim como realizações cirúrgicas e ambulatorios, principalmente o atendimento direcionado à gestante e às mães de Sousa que não podiam pagar por um acompanhamento médico e perinatal. O nome Lídia Meira foi dado para preitar uma tradicional parteira de Sousa, a Senhora Lídia Meira que havia realizado muitos partos nas casas das pacientes, era mãe de Nelson Meira, um dos líderes do Diretório municipal da UDN em Sousa. Foi um robusto articulador político sousense e presidente da UDN no município de Sousa.

⁴¹ Para que a Maternidade cumprisse seus objetivos sociais e que demonstrasse sua finalidade humanística de caráter não lucrativa, foi concedido a ela o Certificado de Filantropia. Esse Certificado era renovado a cada 2 (dois) anos, e disponibilizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Esse documento oficial também me foi concedido por particulares de arquivo privado que comprova os fins filantrópicos que a Maternidade deveria seguir e cumprir.

Construir e disponibilizar uma Maternidade ao povo sousense foi algo histórico, visto que poucas eram as ações políticas voltadas para a saúde pública na época, e isso foi bastante audacioso e pioneiro por parte de Tozinho que deu essa iniciativa mais modernizante para Sousa. Veja o que diz Luiz Barreto (1995, p. 10) sobre isso: “Parto em maternidade é fato relativamente recente na historia da medicina”. Mas, Sousa através de forte influência política, econômica e social da própria figura de Tozinho Gadelha e o Grupo que formara a associação deu esse passo a mais na modernização e desenvolvimento para a cidade sousense. Vale destacar que o Brasil vinha desde 1930 nessa linha de projeto Desenvolvimentista e Populista para modernizar o país. Um dos primeiros políticos sousense a colocar Sousa nessa diretriz Desenvolvimentista foi Tozinho.

Tozinho foi comerciante, tabelião e político da ala Gadelhista, e um nato partidário da UDN – União Democrática Nacional –, desde a criação do partido em 7 de abril de 1945. Fora interventor da Paraíba via portaria nº 1013. Foi prefeito de Sousa por duas vezes, a primeira em 1939 a 1940, a segunda vez de 1955 a 1959. Nesse período, seu filho Ananias Pordeus Gadelha fora também eleito vereador de Sousa pela UDN. Tozinho tentou mais uma vez ser eleito prefeito de Sousa nas eleições de 1963, porém, disputou uma das eleições mais acirradas da história política de Sousa, tendo como opositores Antônio Marques da Silva Mariz (Antônio Mariz) pelo PTB, enquanto o PSD lança o médico sousense Laércio Pires de Sousa. Nessa disputa histórica, o vencedor nas urnas fora Antônio Mariz com uma diferença de apenas 10 votos, mas houve recusa do resultado por parte da UDN. Com isso houve uma recontagem dos votos que caiu de 10 para 7 votos de diferença. Mariz naquele momento fora o político que quebrara a ala Gadelhista em toda a história política de Sousa desde os primeiros militantes e líderes políticos Gadelhista.

A medicina em Sousa pode ser dividida em dois momentos: uma, que estava em vigor antes da existência da Maternidade Lídia Meira, ou seja, até 1949, visto que as atividades médicas eram feitas de forma rudimentar, presunçosa e não científica⁴², e a

⁴² Aqui o termo científico está colocado para fazer referência ao desenvolvimento das práticas médicas baseadas nos conhecimentos experimentais e complexos, como por exemplo, o desenvolvimento da microscopia de campo escuro não existia no Brasil nesse período, só recentemente é que esse método de pesquisa está sendo utilizado na medicina. Na maior parte do século XX, a medicina estava voltada ao que era praticado de forma supersticioso e sobrenatural, creditados por inexperientes e charlatões da

que aparece com o surgimento da Maternidade, onde as práticas médicas passam a ser mais especializadas, científicas e direcionadas mais ao setor da saúde pública, já que não havia locais específicos voltados para a assistência médica-hospitalar. Observe o que diz Julieta Gadelha(1986, p. 85) a respeito da realização dos partos quando não existia a Maternidade:

Nos tempos antigos, as mulheres davam a luz em casa, sob os cuidados de uma parteira leiga ou comadre que usava de todos os artifícios, mágicas e superstições quando o parto se apresentava difícil, aplicando desde as pastas de farinha com óleo quente, que espalhavam na barriga da paciente, até as pedras na cabeça ou ainda amuletos pendurados no pescoço.

A criação pioneira da Maternidade Lídia Meira ampliou em Sousa o rumo da saúde pública e trouxe novos meios de cuidados médicos à população. Após a criação dela, veio o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMDU, criado na administração do então prefeito Augusto Gonçalves de Abrantes. A seguir está uma imagem que mostra o SAMDU.

ciência médica, especialmente do ponto de vista clínico do paciente naquele período, o qual ficava totalmente a mercê desses indivíduos sem ciência e conhecimento médico. Não havia preocupação de causa e sinergia para os aparecimentos das doenças, enfermidades e males que alimentavam a dor humana e a morte. Muitos morriam sem nem saber a causa. Os partos não tinham acompanhamentos clínicos e perinatal. Para saber mais a respeito desse aspecto recomendo ver: Humberto Nóbrega. *História da Faculdade de Medicina da Paraíba*. João Pessoa, Universitária, 1980. Roy Porter. O que é doença. In: Porter, Roy. *O que é doença*. Cambridge História Ilustrada da Medicina. Trad. Geraldo Magela Gomes da Cruz e Sinara Mônica Leite Miranda. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, p. 82-117. Josué de Castro. *A geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço*. 10. ed. Rio de Janeiro: Antares., 1984.

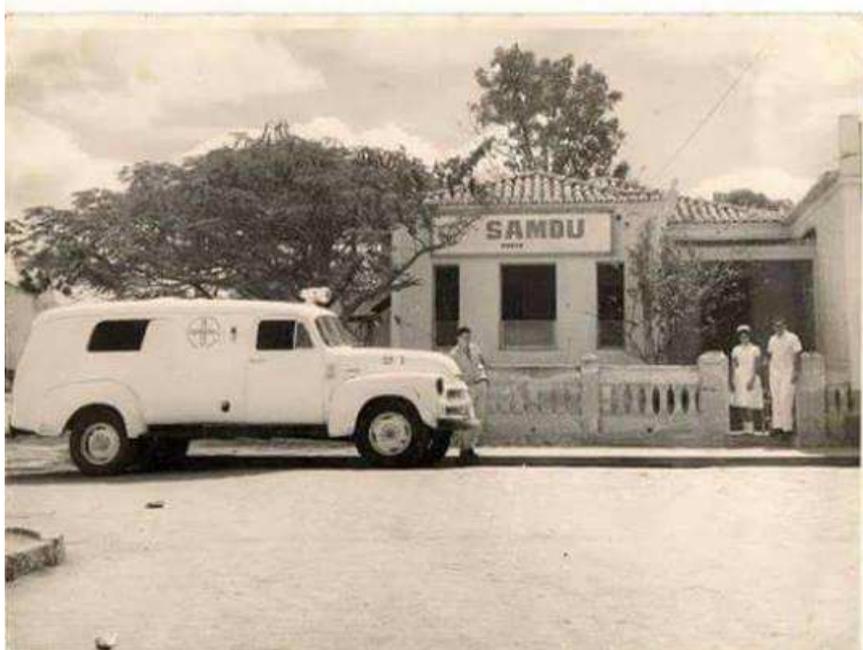


Figura 3 - SAMDU na década de 1950. Desativado na década de 1980

A partir daí, novos centros de saúde vão aparecendo em Sousa, juntamente com novos estabelecimentos de saúde. Portanto, veja o que Nicodemos Gadelha, conhecido como “Dr. Cozinho”, afirma sobre isso em entrevista que me foi concedida:

Após a criação da Maternidade Lídia Meira, veio um grupo de pessoas composto por quatro médicos: Dr. Clarence Pires, Dr. Orlando Xavier, Dr. Sales Pinto e Sinval Mendes, os quais fundaram a Casa de Saúde Nossa Senhora dos Remédios, e que funcionou por muito tempo.

Essa Casa de Saúde foi criada na década de 1970, após muitos anos da fundação da Maternidade Lídia Meira. Isso evidencia que a saúde pública em Sousa começara a ser visível e percebida nas pautas das políticas públicas no setor saúde no município de Sousa. A partir da existência da Maternidade se pode notar um estopim para novas reivindicações no setor da saúde pública do município, bem como a instalação de novos estabelecimentos de saúde pública que propiciavam a fixação de profissionais da saúde em Sousa.

Há relatos descritos no livro de Julieta Gadelha de médicos pesquisadores em Sousa, mas na cidade não tinha recursos suficientes e nem estabelecimentos de saúde que favorecesse a permanência de médicos e demais profissionais disponíveis à

população em geral, no período anterior à Maternidade Lídia Meira. Em virtude disso, era comum a passagem de médicos que apareciam em Sousa temporariamente para prestar serviços voltados para o combate a doenças infecto-contagiosas de caráter endêmico ou epidêmico. Exemplo disto é o caso referido pela autora acima citada, ocorrido ainda no final do século XIX:

Em 1863 chegou a Sousa o médico Fausto Nominando Meira de Vasconcelos, [...] munido de carta Patente de Capitão Cirurgião Mor do Comando Superior da Guarnição Nacional dos municípios de Sousa, Catolé do Rocha, Pombal, Patos e Piancó, aqui exercendo a profissão com muito sucesso. (GADELHA, 1986, p. 87)

O fato é que ainda muitos médicos e outros profissionais da saúde ficavam sob a dependência das políticas públicas do governo federal, assim como a grande carência de estabelecimentos específicos de saúde, os que existiam eram bastante restritos, precários e insuficientes, o que impossibilitava a fixação de profissionais habilitados de saúde. Com isso, os municípios mais pobres e de pouca força política eram os que mais sofriam e relutavam com essa demanda. Veja o que afirma Luiz de Gonzaga Braga Barreto (1995, p. 55) sobre esse contexto:

Foram muitos os locais em que se praticaram os tratamentos dos pacientes. Como ainda acontece atualmente, a maioria das doenças eram tratadas a nível domiciliar. Em determinadas épocas, mesmo os pacientes com patologias graves eram assistidos em suas residências por inexistência de locais específicos.

Na cidade de Sousa como em toda a Paraíba, não existia nem mesmo Faculdade de Medicina, como também centros de ensino superior voltados para área da saúde e a ciência médica. Muitos sousenses iam para outras regiões do Brasil, e traziam o seu conhecimento para a cidade de origem. Isso foi ampliando a chegada de médicos, assim como propiciando a criação de estabelecimentos próprios de saúde. Todos os médicos que trabalharam na Maternidade Lídia Meira, foram buscar conhecimento em outros lugares do país, devido à própria Paraíba carecer de Faculdade de Medicina. Dessa forma, a população sousense de forma geral ficava a mercê da própria sorte de existir,

sem nenhum cuidado médico, pois a saúde pública era quase inexistente; só havia ciência médica institucionalizada em São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, e na década de 1920, em Recife-PE. Esses eram os lugares mais próximos na busca pelo conhecimento médico, e para lá iam apenas os filhos dos comerciantes, usineiros e industriais que possuíam condições econômicas melhores para dar formação médica aos filhos desses empresários.

Com todas as dificuldades e agravos sociais de saúde pública encontrados pela falta de assistência médica-hospitalar, os quais se disseminavam em toda a Paraíba, Sousa se inseria dentro desse condicionamento que toda a Paraíba lhe dava e proporcionava, pois a situação não era diferente em outras partes do Estado, principalmente pela falta da institucionalização da área da saúde. Dessa forma, começara a haver uma iniciativa política na década de 1950 para procurar amenizar essa demanda de saúde pública. A partir disso foi sendo possível a concretização das instalações de Faculdades de Medicina, hospitais e maternidades, os quais serviam para descobrir as causas das doenças e melhorar a saúde da população em toda Paraíba. Veja o que afirma Humberto Nóbrega (1980, p. 15) sobre a luta para trazer e instalar a Faculdade de Medicina da Paraíba:

À Faculdade de Medicina deve à Paraíba as implantações das pesquisas científicas promovidas por meio de inquéritos epidemiológicos, assim na capital como em áreas interioranas. A ela deve os nossos serviços médicos assistenciais o aprimoramento de suas técnicas e o aumento de suas unidades integradas.

É interessante notar que esse processo de trazer o conhecimento médico é similar ao que ocorrera em outras regiões do Brasil, como também havia acontecido em outros países que sofreram com o aumento das epidemias e endemias em vários lugares. Por parte do poder público, a prioridade do Governo era garantir a produção e ampliar as partes estratégicas para melhorar a economia. Veja o que afirma Zenaide Neto Aguiar (2011, p. 20):

As ações e programas de saúde visavam ao controle das doenças epidêmicas, principalmente nas áreas fundamentais para a economia agrária exportadora (área dos portos) [...]. Assim, as ações de saneamento básico e infra-estrutura eram realizadas, prioritariamente, nos espaços de circulação de mercadorias, especialmente, nos portos de Santos e Rio de Janeiro.

Podemos perceber que a criação de estabelecimentos de saúde tinha mais um objetivo, além de oferta de serviços de saúde pública à população, mas também aumentar a produtividade da população na área econômica em todo o país que era muito pobre em termos econômicos. Assim pouco a pouco novos hospitais, maternidades e casas de saúde passaram a fazer parte da vida da população, seja para buscar melhor qualidade de vida, dá assistência médica adequada, garantir uma natalidade positiva em decorrência do elevado número de mortalidade infantil e de recém-nascidos, saber os motivos que causaram determinadas doenças, enfermidades e mortes. E também podemos compreender a necessidade de criar esses estabelecimentos como forma de garantir a sobrevivência e o combate de doenças que afetava a população economicamente ativa.

Nessa perspectiva, considerando o sertão paraibano, onde compunha a grande Sousa e as cidades vizinhas, como Cajazeiras, considerando esse contexto de saúde pública da criação de estabelecimentos de saúde, vejamos o que afirma o médico Luiz Barreto (1995, p. 9):

[...] trabalho sistemático de indagação sobre os esforços de assistência à saúde despendida por dedicadas curandeiras, rezadeiras, benzedoras, parteiras e cachimbeiras, naquele distante rincão paraibano, antes da penetração da medicina institucional e científica ou mesmo em concomitância com ela, como ainda hoje acontece nos grandes centros metropolitanos. Parteiras ou cachimbeiras eram aquelas mulheres simples, mas de algum conhecimento empírico, que com muito poucas letras, analfabeta ou semi-analfabeta, quando chamadas iam atender as parturientes, no calor ou no frio, de dia ou noite, em seus lares ou no lugar onde se encontrassem. O nome de cachimbeira parece designar aqueles agentes de saúde, mais humildes, cuja clientela era, também, mais pobre. Pobre ajudando pobre, uma mão lavando a outra.

A Maternidade Lídia Meira serviu à população da grande Sousa em um determinado momento que a saúde pública estava sob ausência de oferecer recursos e

desprovida de dar assistência médico-hospitalar a toda à população, já que a saúde pública praticamente não existia; ficando a maior parte da população dependente dos poucos estabelecimentos de saúde, conforme citado acima, como: Posto de Higiene ou Puericultura, SAMDU e as parteiras e cachimbeiras cuidavam dos trabalhos de partos.

A referida Maternidade surgiu em um período que favoreceu a população sousense mais pobre, de forma que a saúde pública estava limitada a pequenas ações médicas de combate a epidemias e endemias em todo o Brasil.⁴³ Dessa forma, a saúde pública daquele momento se restringia ao combate de doenças infectocontagioso e procurava garantir à maternidade de mães carentes, bem como prestar assistência médica ao nascimento de crianças mais saudáveis; evitando uma grande mortandade de recém-nascidos devido à extrema pobreza em que as pessoas viviam. Com isso, a Maternidade foi uma alternativa fundamental e pioneira em abrir naquele período um espaço para a assistência médico-hospitalar para Sousa, como também de políticas públicas voltadas para o setor da saúde pública.

Nessa perspectiva, veja o que afirma o médico sousense Nicodemos de Paiva Gadelha, quando foi por mim entrevistado ao relaciona a abertura da Maternidade e a saúde pública de Sousa:

Naquele tempo, tinha poucos médicos, e as mulheres davam à luz (com a presença e auxílio de parteiras. O objetivo de abrir a Maternidade era melhorar os atendimentos médicos, dando mais ajuda médica especializada e obstétrica às mulheres de Sousa. A ideia foi de Tozinho Gadelha.

Agora veja também o que diz nessa mesma perspectiva o médico Antônio Queiroga Gadelha, mais conhecido como “Dr. Toinho Queiroga”, sobre o surgimento da Maternidade:

Não tinha nada aqui, o que havia de doentes, de operações e internações, ia para o Hospital Regional de Cajazeiras. Mas lá, também, só tinha um

⁴³ Para saber mais sobre a História da saúde pública do Brasil, ver: CatalinaEibenschutz. *Política de saúde: Público e Privado*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1996. Zenaide Neto Aguiar. *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo; Martinari, 2011.

cirurgião, que era Leonardo Cartaxo. Quando surgiu a Maternidade, a partir desse momento, lá (na Maternidade Lídia Meira) não faltava nada, todos eram atendidos. Só veio a faltarnos últimos anos, quando tudo era sacrificado. Foi o primeiro hospital em Sousa, e ela estava aberta ao povo.

Veja também o que diz mais uma sousense que trabalhou na Maternidade Lídia Meira, a respeito da abertura da instituição, a Senhora Francilda Batista Fernandes:

Não tínhamos hospital e Maternidade em Sousa, nada tinha aqui, só tínhamos o Posto de Higiene, e, mesmo assim, era fraco e estava quase sempre fechado. Existia um hospital em Cajazeiras e o povo procurava lá, e isso era para quem tinha condições financeiras. Só com a iniciativa dos fundadores da Maternidade é que melhorou aqui em Sousa, e sanou os problemas de saúde do povo.

3.2 - Atuações da maternidade Lídia Meira

A Maternidade Lídia Meira, quando fora aberta em 1949, possuía um aparelhamento técnico e médico de boa qualidade para a época, e foi disponibilizado para seu funcionamento, em casos de clínica médica, ambulatório, urgência e cirurgias em gerais, além das obstétricas, pediátricas, ginecológicas e partos. A referida Maternidade foi aberta com bons equipamentos para o seu funcionamento, contudo ficou dependendo de recursos financeiros para a sua manutenção, os quais deveriam ser disponibilizados pelo poder público, fosse municipal; estadual ou da União, bem como da Sociedade e Proteção a Maternidade e a Infância de Sousa (representada pelo presidente da Sociedade Felinto da Costa Gadelha), sua mantenedora, e de todos aqueles particulares ou terceiros que quisessem contribuir voluntariamente com esta Sociedade. Considere-se, pois, que os recursos a ela disponibilizados aplicavam-se integralmente na manutenção dos objetivos institucionais, sociais e filantrópicos que lhe eram próprios, consoante o próprio regimento interno e seu estatuto que estabelecia esse princípio.



Figura 4 Maternidade Lídia Meira na década de 1970

A Maternidade Lídia Meira era reconhecida como de utilidade pública Federal, Estadual e Municipal que fornecia serviços médico-hospitalares a quaisquer pessoas que precisassem de seus serviços. Era também uma entidade filantrópica registrada e reconhecida no Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS, criado em 1943, e que, posteriormente, no ano de 1993, passou a se chamar Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. Tratava-se, pois, de um órgão estatal criado no governo de Getúlio Vargas, com o propósito de conceder ajuda fiscal e financeira a entidades sem fins lucrativos, seja de educação ou saúde.

A Maternidade funcionava com bons equipamentos médicos, recursos humanos e materiais o suficientes para cobrir a demanda daquele momento. Todos os atendimentos eram assegurados pela capacidade técnica e humana que a Maternidade disponibilizava à população. Abaixo isso fica demonstrado numa tabela que mostra a estrutura em termos de recursos humanos e matérias que havia na Maternidade:

TABELA I:

Recursos Materiais		Recursos Humanos
33 – Leitos	01 – Copa	01 – Secretária
12 – Apartamento	01 - Cozinha	01 – Auxiliar de Administração
05 – Enfermaria	01 – Sala de Esterilização	01 – bioquímico sem

		vínculo empregatício
01 – Sala de Curativo	01 – Posto de Enfermagem	06 – seis médicos sem vínculos empregatícios
01 – Sala de Partos	04 – Consultórios Médico	06 – Enfermeiras
01 – Sala de Cirurgia	01 – Farmácia	02 – Auxiliares de Enfermagem
01 – Repouso para Enfermeiras	01 – Berçário	04 – Auxiliares de Serviços
01 - Rouparia	01 – Ambulância	02 – Lavadeiras e Cozinheiras
01 – Almojarifado	01 – Lavanderia	01 – Vigilante

Tabela 6: Disponibilidade de recursos humanos e materiais da Maternidade Lídia Meira

Esse era o quadro estrutural dos recursos humanos e materiais da Maternidade Lídia Meira após a abertura. Com o passar do tempo, na década de 1960, especificamente a partir no dia 21 de novembro de 1966 quando foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS –, a Maternidade vinculou-se, através de convênio, a esse Instituto, que repassava recursos para o atendimento dos conveniados. O Sistema da Previdência cobria a produção médica por meio das AIHs – Autorização de Internação Hospitalar. Com a ampliação e crescimento de atendimentos e de contribuintes na Previdência Social, isso em todo o Brasil, a assistência médica em todo território brasileiro passou a ser auxiliado pelo *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS* –, que era uma autarquia federal, vinculada ao Ministério da Saúde, criado em 1974, e que era responsável pelo atendimento médico-hospitalar às pessoas que contribuía com a Previdência Social. Essas pessoas que contribuía possuíam uma carteira do INAMPS, que lhes assegurava toda a cobertura médica e farmacêutica, tipicamente como um plano de saúde.

A Maternidade Lídia Meira estava à disposição de toda a população carente de Sousa, assim como das demais pessoas que moravam em cidades vizinhas, e inclusive de pessoas de outros Estados circunvizinhos, como por exemplo, o Rio Grande do Norte, que fizeram uso dos serviços da referida Maternidade, uma vez que estava à

altura da cidade de Sousa em termos técnicos e médicos. Os médicos que atuavam nela, quando não atendiam no próprio local de trabalho, eram chamados para prestar serviços nas localidades vizinhas, devidos aos reconhecimentos dos serviços ofertados por ela e boa qualidade dos médicos que estavam vinculados a ela.

A propósito disto, veja o que diz o médico Nicodemos de Paiva Gadelha, também conhecido como o “Obstetra sorriso” em entrevista a mim concedida:

Difícilmente na Maternidade Lídia Meira não passava uma noite para que não tivesse um parto, e outros atendimentos específicos. Em um dia, me recordo, na Maternidade Lídia Meira, fiz nove partos e três cesarianas, inclusive um parto fiz em uma canoa, quando vinha de Aparecida, na travessia do Rio Piranhas; daí a mulher pariu o filho na canoa.

A medicina passa ser uma referência em Sousa a partir da qualidade dos serviços prestados pela Maternidade Lídia Meira, ao tempo em que a sua imagem se difunde em toda região associada aos bons trabalhos desenvolvidos pelos médicos que nela atuavam. Ou seja, Sousa torna-se referência em atuações médicas. Muitas pessoas podiam agora recorrer aos atendimentos ofertados na maternidade. A propósito disto, podemos ver o que o que diz o médico Nicodemos Gadelha ao ser por mim entrevistado:

Fazíamos atendimento de clínica médica, cirurgia geral, obstétrica e várias outras. Teve um Raio-X, sala de parto, sala de cirurgia, fóton portátil, e todo tipo de cirurgia fazíamos; abdominal, partos, proctológicas e gerais. Sousa era muito grande, pertencia a Sousa os municípios atuais de Marizópolis, Nazarezinho, Aparecida, Santa Cruz, Vierópolis e São Francisco, as pessoas procuravam a Maternidade. Trabalhei muito tempo na Maternidade, por mais de 20 anos. [...] fazíamos uma média de 100 consultas por dia. Eu praticamente morava lá dentro da Maternidade. Todos os dias fazia cirurgia. Às vezes eu atendia pela madrugada, gente que chegava a minha casa eu atendia, quando não dava para atender em minha casa, eu mandava para a Maternidade, e atendia lá.

Observe o que afirma também o médico Anestesista Antonio Queiroga Gadelha sobre os vários procedimentos médicos realizados na referida Maternidade:

Todo o tipo de doença era tratado e diagnosticado lá. O que tínhamos como mais frequente, além de partos, é claro, era a diarreia de crianças, pneumonia, apendicite aguda. Tinham muitas destas cirurgias de apendicite. Fazíamos cirurgias de vesícula, Esterectomias, obstrução intestinal. Clinicávamos, e todo o tipo de cirurgia fazia frequentemente. Era um hospital de alta resolução, mas, infelizmente, foi ficando decadente, sendo preciso retirar do quadro de realizações cirúrgicas do programa de atendimentos da Maternidade.

Com o surgimento da Maternidade Lídia Meira, o fluxo de médicos na cidade aumentou bastante, assim como também o aumento da taxa de natalidade, de expectativa de vida, e houve uma diminuição da mortalidade, visto que as pessoas estavam subsidiadas pela assistência médico-hospitalar da dessa Maternidade. Os médicos que trabalharam permanentemente nela eram estes: Antônio de Paiva Gadelha, chamado por “Dr. Lêlela”, Dr. Marcondes Iran Benevides Gadelha, Dr. Nicodemos de Paiva Gadelha, “Dr. Cozinho”, Antônio Queiro Gadelha, “Dr. Toinho Queiroga”, Laércio Pires de Sousa, Francisco Nóbrega Gadelha, “Dr. Titi”, e Cesar Gadelha Camarão. Muitos outros também trabalharam nessa Maternidade por pouco tempo, como Dr. Romário Rocha, Dr. Hélio Cipriano, Dr. Edmundo de Carvalho, Dr. Valdemar Sena e a Dra. Maria do Socorro Braga.

Podemos constatar que a Maternidade Lídia Meira surge para cobrir uma das principais carências e demandas de saúde pública da população local, que era a cirurgia de partos. Muitas outras intervenções cirúrgicas eram realizadas, mas o parto cesariano foi bem frequente. Podemos ver isso no próprio registro de anotações dos serviços médicos realizados pelo médico Dr. Cozinho, conforme o exposto nas imagens abaixo:

22 Outubro

DATA	DEBITO	CREDITO	D/C	SALDO
30/09	Operacão de Harellein	1500 R\$		
30/09	Operacão de Harellein 2a	800 R\$		
03/10	Operacão de Harellein 3a	800 R\$		
06/10	Parto de lei - C-Trap	600 R\$		
08/10	Operacão de Harellein 4a	600 R\$		
06/10	Operacão de Harellein 5a	1500 R\$		
08/10	Operacão de Harellein 6a	600 R\$		
08/10	Operacão de Harellein 7a	1500 R\$		
08/10	Operacão de Harellein 8a	600 R\$		
08/10	Operacão de Harellein 9a	600 R\$		
08/10	Operacão de Harellein 10a	600 R\$		
08/10	Operacão de Harellein 11a	1500 R\$		
08/10	Operacão de Harellein 12a	600 R\$		

23 Outubro

DATA	DEBITO	CREDITO	D/C	SALDO
11/10	Operacão de Harellein 13a	300 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 14a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 15a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 16a	1500 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 17a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 18a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 19a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 20a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 21a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 22a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 23a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 24a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 25a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 26a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 27a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 28a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 29a	600 R\$		
12/10	Operacão de Harellein 30a	600 R\$		

Figura 5 - Caderno de Anotações de Procedimentos Médicos

54 66 Setembro

DATA	DEBITO	CREDITO	D/C	SALDO
27/09	Operacão de Harellein 31a	600 R\$		
02/10	Operacão de Harellein 32a	1000 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 33a	1500 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 34a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 35a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 36a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 37a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 38a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 39a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 40a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 41a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 42a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 43a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 44a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 45a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 46a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 47a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 48a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 49a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 50a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 51a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 52a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 53a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 54a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 55a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 56a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 57a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 58a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 59a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 60a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 61a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 62a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 63a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 64a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 65a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 66a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 67a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 68a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 69a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 70a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 71a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 72a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 73a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 74a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 75a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 76a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 77a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 78a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 79a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 80a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 81a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 82a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 83a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 84a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 85a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 86a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 87a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 88a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 89a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 90a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 91a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 92a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 93a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 94a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 95a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 96a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 97a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 98a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 99a	600 R\$		
07/10	Operacão de Harellein 100a	600 R\$		

67 Outubro

DATA	DEBITO	CREDITO	D/C	SALDO
03/10	Operacão de Harellein 101a	400 R\$		
04/10	Operacão de Harellein 102a	600 R\$		
04/10	Operacão de Harellein 103a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 104a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 105a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 106a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 107a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 108a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 109a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 110a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 111a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 112a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 113a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 114a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 115a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 116a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 117a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 118a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 119a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 120a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 121a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 122a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 123a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 124a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 125a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 126a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 127a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 128a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 129a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 130a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 131a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 132a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 133a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 134a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 135a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 136a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 137a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 138a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 139a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 140a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 141a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 142a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 143a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 144a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 145a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 146a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 147a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 148a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 149a	600 R\$		
05/10	Operacão de Harellein 150a	600 R\$		

Figura 6 - Os cadernos de anotações registravam diariamente todo tipo de atendimento médico

Podemos visualizar com maior frequência esse tipo de procedimento médico do parto Cesariano, assim como da atividade médica de Cirurgia Geral.⁴⁴ Na Maternidade,

⁴⁴ A Cirurgia Geral é uma especialidade médica que tem como função as cirurgias abdominais e de traumas em gerais, como também é um pré-requisito para especialização de outros tipos de cirurgias

por exemplo, casos de apendicectomia eram realizados com assiduidade. Contudo, em todo o caderno de registro de “Dr. Cozinho,” nota-se um número maior de cirurgias Cesarianas em relação às outras cirurgias. Vale destacar que, esses procedimentos cirúrgicos cesarianos eram mais custosos e lucrativos para as instituições conveniadas com a Maternidade, como o INPS e INAMPS.

Certificamo-nos de que a Maternidade Lúdia Meira disponibilizava bastantes serviços de cirurgias à população sousense em convênio com o INPS, tenho como referência documentos conforme a imagem reproduzida abaixo. Por este documento, podemos também saber como as mulheres recebiam os serviços da parturição, assim como as demais pessoas podiam receber outros tipos de atendimento.

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
AGÊNCIA EM SOUSA - PB

A T E S T A D O

Atesto, sob as penalidades da Lei, para fins de requerimento de "AUXÍLIO-NATALIDADE", junto ao I.N.P.S. (Instituto Nacional de Previdência Social), que assisti a Sra _____, espôsa do segurado Sr. _____ e declaro que a mesma deu a luz, no dia ____/____/1.9____, a _____ criança(s) do sexo(s) _____ com _____ meses de gestação, de nome(s) _____ cujo parto ocorreu em _____ residência ou nome da Maternidade: _____

Sousa-Pb, ____/____/1.9____

Figura 7 - Ficha de Auxílio-Natalidade aos segurados do INPS e INAMPS

Tudo que era realizado na Maternidade Lúdia Meira era registrado, conforme os parâmetros vinculados e estabelecidos com o INPS e a Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Sousa, sejam em decorrência de cirurgias em gerais, internações, ambulatórios e atendimentos clínicos. Esses registros marcavam o

desde a mais simples a uma mais complexa, tornando o médico especializado em uma área específica de cirurgia. O médico Nicodemus Gadelha, por exemplo, era especialista em cirurgias proctológicas e obstétricas.

percentual de cada atendimento feito no hospital e maternidade para que depois o médico recebesse um valor dado pelo INPS por cada atendimento realizado. Da mesma forma, funcionava com o INANPS. A diferença era que, nesta autarquia, os serviços médico-hospitalares eram mais particularizados com aqueles que podiam pagar. Nessa perspectiva, para melhor entendermos esse mecanismo de funcionalidade entre os dois institutos, veja o que diz Zenaide Neto Aguiar (2011, p. 32):

Em 1977, efetivou-se uma nova reordenação burocrático-administrativa do sistema de saúde com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Esse sistema era composto pelos órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – direcionado para o pagamento de benefícios aos segurados; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – encarregado da prestação de assistência médica individual e curativa por meio dos serviços privados contratados e conveniados aos trabalhadores urbanos e rurais [...].

Assim funcionava a estrutura de serviços da Maternidade Lídia Meira, até o fechamento, vinculada aos poderes públicos, bem como à Sociedade Mantenedora e de particulares ou terceiros que contribuíam diretamente com a mesma, sendo um dos seus serviços mais frequentes a realização de partos cesarianos, conforme mais uma imagem abaixo evidencia uma paciente assistida na Maternidade após o parto:



Figura 8 - Paciente atendida na Maternidade após a realização de um parto em 1986

3.3 – Desativação da Maternidade Lúcia Meira

Na década de 1970, a Maternidade Lúcia Meira correspondia expectativa da população da grande Sousa em quase tudo em relação à assistência médico-hospitalar, conforme as exigências do Ministério da Saúde e órgãos vinculados a esse Ministério, como INPS e INAMPS. Contudo, os recursos financeiros desses órgãos liberados para a essa Maternidade estavam dando sinais de insuficiência, pois a demanda por atendimento era grande e começaram a existir novos estabelecimentos de saúde em Sousa, tanto públicos como privados, e em vários municípios circunvizinhos.

As décadas de 1970 e 1980 foram um período muito peculiar, pois em todo o Brasil estava sendo idealizado um projeto de saúde pública que se pautava em princípios tais como: Descentralização, Universalização, Integralização, Equidade e uma hierarquização dos serviços de saúde. Ou seja, os recursos financeiros da saúde pública não se concentrariam em algumas autarquias da União responsáveis pela saúde que distribuiriam para os demais Estados. Mas as três entidades políticas (Federal,

Estadual e Municipal) se responsabilizariam em arcar com as receitas para a assistência médico-hospitalar de sua população regional e local. O próprio conceito de saúde estava sendo repensado e redefinido no Brasil desses anos.

Os serviços de saúde deveriam ser organizados com responsabilidades específicas desde a União e Estados membros da federação, passando pelos municípios, com foco na questão da Municipalização desses serviços de saúde. Inúmeros eram os fatores que dificultavam a promoção e prevenção da saúde da população, e isso foi refletido em Sousa, pois a Maternidade Lúcia Meira era exclusiva em oferecer serviços de saúde pública à população souseense até fins da década de 1980.

A medicina estava doutrinada e conceituada naquele momento como medicina curativa, hospitalocêntrica e centralizada no indivíduo, sem levar em conta outros fatores que desencadeiam as doenças e enfermidades, tais como o meio físico (a água e alimentação), o meio socioeconômico e cultural (educação e renda financeira) e fatores genéticos e biológicos. A medicina de quase todo o século XX era caracterizada como curativa e hospitalocêntrica, sobretudo do ponto de vista da saúde do indivíduo, que era vinculado apenas à cultura médica do curativismo. Assim as medidas preventivas e promocionais de saúde iam ficando de lado e abandonadas. Nessa perspectiva, manter um estabelecimento tal como um hospital e maternidade para o poder público, naquele momento, eram muito custosos do ponto de vista econômico e político, já que a demanda por serviços excediam a capacidade de operacionalização dos estabelecimentos de saúde.

A medicina estava dependente de um aparelhamento hospitalacêntrico centralizadora, o que deixava muito a desejar a assistência médica à população em geral. O modelo de assistência médica, adotado até fins da década de 1980, dava sinais de crise e decadência. Assim, para compreendermos melhor essa questão, veja o que afirma Sérgio Arouca (*apud* Paim, 2008, p. 75):

O setor saúde encontra-se em uma crise de realização decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento médico. [...] A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato

médico se transfigura na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional. [...] O setor saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, e centra suas ações sobre o “o complexo de efeitos”, reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos.

Essa crise se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população.

As instituições de saúde que dependiam de recursos financeiros das autarquias da União começaram a se prejudicar, devido principalmente a permanência desse modelo de assistência médico-hospitalar de concentração de recursos dependentes e vinculados à Previdência Social.

Para termos uma noção desse acontecimento, veja o que nos tem a dizer Paim (2011, p. 87): “A crise financeira da Previdência Social, divulgada no início da década de oitenta, não surpreendeu aos estudiosos da política social que vinham alertando sobre o seu aprofundamento e consequências”. Seguindo com esta mesma ideia de Paim (2008, p. 89-90), conclui que:

Na verdade, a crise estrutural da Previdência não se limitava ao desequilíbrio entre receita e despesas, mas resultava do conjunto de políticas desastrosas que tinham a ver com toda a situação que enfrentava a economia, entre os quais: 1) desemprego crescente e redução do valor real dos salários, face a inflação; 2) redução significativa do número de contribuintes autônomos; 3) diminuição da parcela de contribuição do governo (10% no início da década de 70 e 3,4% em 1981); 4) sonegação das empresas, cujas dívidas acumuladas quando pagas, eram parcelas sem juros nem correção monetária.

O fechamento da Maternidade Lídia Meira se incluía nesse ciclo de decadência recorrente por falta de financiamento e recurso do Estado brasileiro para com a saúde pública, conforme se observa no que afirma o médico Dr. Cozinho, o qual trabalhou na nessa Maternidade até a sua desativação, em 2002. Em entrevista concedida a mim:

O que causou a desativação da Maternidade foi a situação financeira dela, pois era filantrópica para atender a pobreza, e o governo Federal e Estadual na época não estavam mais repassando verbas, dificultando a manutenção

da Maternidade, e a Maternidade com isso passou a ser CAPs através do poder municipal. Ela deveria ter continuado aberta como Maternidade. Serviu muito as pessoas pobres. Foi um erro muito grande desativá-la.

Vejamos também o que aponta mais um dos médicos que trabalharam na Maternidade Lídia Meira até o momento do fechamento da mesma em 2002, “Dr. Toinho”, sobre a sua desativação da Maternidade:

A Maternidade deveria ter ficando aberta até hoje! Nós estamos trabalhando ali num hospital atualmente que não tem estrutura adequada, a qual antes naquela época quando a Maternidade funcionava tinha uma boa estrutura e bons atendimentos. Ali, onde fica a Maternidade, tem terreno grande, tinha bons apartamentos, tinha de tudo! Era para ter continuado como setor filantrópico e aberto até atualmente. Mas por disputas e perseguições políticas dos governos, tirando as AIHs de lá da Maternidade, acabou fechando. Quando Zé Maranhão assumiu, nós tínhamos quase duzentas AIHs. Com seis meses depois, só tínhamos oitenta AIHs, ou seja, uma queda enorme, tanto para o hospital, quanto para os médicos e os pacientes que precisavam ser atendidos. O fechamento foi uma causa financeira, por conta de uma política pública do Governo estadual que interveio com políticas públicas que repassavam recursos para outras instituições, e a Maternidade era deixada de lado; com isso não podia mais cobrir a procura por atendimentos. Em 1993, a Maternidade já estava praticamente falida.

Vale destacar que, conforme foi posto em capítulo deste trabalho, entre 17 a 21 de março de 1986, fora realizada a 8ª CNS – Conferência Nacional de Saúde, a qual estabelecia um novo modelo de saúde pública para o país, sendo inclusive o Relatório Final dessa Conferência usado como fonte de referência que pautava os princípios da saúde pública para se elaborar os artigos 196 a 200 da Constituição brasileira de 1988.

Com novos debates e reflexões sobre a saúde pública brasileira, foi aprovada a nova Constituição Federal brasileira em 1988, e com ela se estabeleceu um novo sistema de saúde pública, o Sistema Único de Saúde – SUS. Este novo sistema de saúde foi todo doutrinado e elaborado conforme o Relatório Final da citada Conferência, tendo como doutrinas fundadoras do sistema os princípios da Universalização, Integralização e Equidade, bem como os princípios organizativos, ou seja, os princípios da Descentralização, Hierarquização e Resolubilidade nos serviços de saúde pública. Contudo, o SUS nasce sobre um mar de problemas financeiros, sendo o financiamento

da saúde o principal empecilho para o seu funcionamento desde a sua instalação e funcionamento, especialmente em toda década de 1990, fazendo com que essa carência repercutisse até os dias atuais. Só para exemplificar isso, em 1995, o Governo Federal criou a Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira – CPMF, que visava aumentar as receitas do Estado para custear os gastos em saúde pública. No ano de 2000, é também promulgada a Emenda Constitucional nº 29, que procurou estabelecer e definir políticas públicas de financiamento da saúde pública. Mesmo assim, o SUS vem enfrentando fortes dificuldades de estabilidade para por em prática seus princípios.

Todas as medidas econômicas adotadas para regular as receitas do Estado brasileiro repercutiu no funcionamento da Maternidade Lidia Meira, a qual estava se retalhando com essas políticas de restrição econômica do Estado brasileiro. A década de 1990, fora uma momento peculiar para o fechamento da Maternidade, a política econômica do Governo estava se contraindo, principalmente para conter a inflação e os desequilíbrios macroeconômicos na sociedade brasileira produzidos pelo modelo de política econômica de anos posteriores e que continuavam presentes naquele momento da década de 1990.

Na década de 1990, a Maternidade estava “sobrevivendo” apenas de ajuda financeira do poder municipal que disponibilizava recursos financeiros através de subvenções e convênios para o cumprimento de suas finalidades sociais, assim como da ajuda do SUS, que sempre vinha enfraquecido. Também havia a própria força política do presidente da Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Sousa, o Senhor Tozinho, o qual lutou pela manutenção financeira da Maternidade, até o ano do seu falecimento em 1994. Contudo, não conseguiu êxito. Podemos visualizar uma imagem abaixo quando a Maternidade tinha convenio com o SUS.



Figura 9 - Maternidade Lídia Meira na década de 1990

Na imagem podemos ver da esquerda para a direita José Pordeus Gadelha (Zé de Tozinho, filho de Felinto da Costa Gadelha), o médico Cezar Gadelha Camarão e, ao lado, um cidadão que, no momento, se encontrava no recinto. Pode-se ver também a placa ilustrando o nome *SUS*, bem como a referência ao nome da Sociedade Mantenedora da Maternidade.

Quando Tozinho, Presidente da Sociedade Mantenedora faleceu, aos 09 de abril de 1994, seu filho José Pordeus Gadelha assumiu a Diretoria da Maternidade, mas ela estava em um momento delicado e sem recursos financeiros, porquanto o Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária e o Conselho Federal de Medicina passaram a intervir no funcionamento dela. Dessa forma, a Maternidade foi sendo informada e notificada que ela não tinha mais condições estruturais e técnicas para ofertar assistência médico-hospitalar. Muitas exigências dessas instituições de saúde foram sendo impostas, gerando grande dificuldade na manutenção financeira da Maternidade, até mesmo porque, em Sousa, em fins da década de 1980, já havia o Hospital Regional de Sousa. Em meados da década de 1990, vários Postos de Saúde e Programas da saúde da Família – PSFs – foram criados, assim como várias clínicas particulares e especializadas foram construídas. Casas de saúde particulares, como exemplo, a Casa de Saúde Bom Jesus, o Hospital Santa Terezinha, que era particular, foram construídos. Mas também

esses estabelecimentos de saúde passaram a ter convênio com o SUS, ao passo que muitos outros estabelecimentos de saúde foram surgindo em Sousa.

Em fins da década de 1990, a Maternidade Lídia Meira praticamente já não atendia mais como nos anos em que fora criada, quando estava a todo vapor em atuações. A capacidade de assistência médico-hospitalar já não tinha mais a mesma estrutura técnica de aparelhagem. Em 1993, o INAMPS havia sido extinto pelo Governo de Itamar Franco, e foi criado o Programa da Saúde da Família – PSF. Nessa perspectiva, para melhor ilustrar falência progressiva da Maternidade, veja o que afirma o Dr. Toinho tem a dizer:

Aconteciam muitas coisas erradas para com a Maternidade. A vigilância sanitária chegou lá, e notificou a Maternidade, pois estava usando ainda estufas horizontais, e não era mais para ser usada. Seu “Zé de Tozinho (José Pordeus Gadelha)” fez o maior esforço para montar esse aparelho que exigiram, fizemos uma grande reforma na Maternidade para adaptar esse aparelho, mas quando eles (o pessoal da vigilância) chegaram novamente no prazo de 30 dias, que haviam solicitado, disseram que estava errado, não era o horizontal, e sim o vertical. Foi quando eu entreguei os trabalhos da diretoria da Maternidade, e disse: sabe o que vocês são muitos? Comilões de bolas das fabricas! Está aqui o papel que foi notificado por vocês para modificar o aparelho, e eles retrocederam dizendo que tinha sido um engano, eu repliquei novamente com bastante raiva, dizendo: que engano de nada! E levantei-me e fui embora.

Pode-se afirmar que, com todas as dificuldades que foram surgindo, o principal problema que levou à desativação da Maternidade Lídia Meira foi arcar com a manutenção financeira dos recursos da mesma, especialmente manter atualizados os materiais de funcionamento dessa Maternidade. Novas aparelhagens, dificuldade de pagamentos de médicos do antigo INPS e INAMPS, servidores e a própria manutenção filantrópica da mesma, já que os recursos financeiros não absorviam a demanda dos atendimentos filantrópicos. Vejamos também o que aponta e afirma o jurista João Marques Estrela e Silva, a respeito do fechamento da Maternidade:

Acredito que tem sido problemas de administração ao longo dos anos. Houve também por parte do Governo federal uma retração ao enviar recursos, a implantação do novo sistema de saúde, repercutindo na municipalização da saúde, a estadualização da saúde; assim como a dificuldade dos hospitais

filantrópicos de se manterem, no caso, da Maternidade Lídia Meira que era uma da Sociedade de Proteção à Maternidade e à Infância de Sousa também veio a sofrer com isso. Estava sob condições de uma entidade filantrópica, a qual enfrentou dificuldades de repasses financeiros naquele momento, ocasionando o fator principal para o fechamento. A Maternidade fora administrada e organizada politicamente pelo grupo Gadelha em Sousa, tendo um grande preponderante nome e atuante, o senhor e ex-deputado e ex-senador Marcondes Gadelha, bem como teve médicos famosos atendendo lá, como Hélio Cipriano, Dr. Nicodemos Gadelha e muitos outros. No entanto, politicamente a Sociedade pertencia à família Gadelha. O senhor Zé de Tozinho também foi muito importante para a Maternidade.

Nessa conjuntura, as forças políticas locais não passaram por fora do problema, visto que o próprio poder municipal também não se dispunha a rever a situação da Maternidade, dificultava o repasse de verbas e recursos materiais para a sua manutenção. De 1988 até 2002, data de fechamento da Maternidade, ficava a critério do poder municipal repassar recursos financeiros para lá; pois o municipal tinha responsabilidade de manter apenas o que estava ao seu alcance, conforme o que estava determinado pela Constituição Federal, pois o município tinha um percentual do quanto devia gastar com saúde pública a nível local.

Assim, definitivamente no ano de 2002, no Governo municipal de Salomão Benevides Gadelha, a Maternidade Lídia Meira deixou de existir para o povo de Sousa, saindo do seio da sociedade sousense e da história da medicina irrevogavelmente, passando a ser Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Vale destacar que, da Maternidade Lídia Meira muitíssimos sousenses vieram à vida pela existência dessa instituição de saúde, a qual trouxe a possibilidade de uma assistência médico-hospitalar especializada às gestantes naquela época. Vejamos abaixo imagens das novas instalações que passaram a ocupar o lugar da Maternidade, no caso, a CAPS:



Figura 10 - CAPS - Tozinho Gadelha – Entrada principal, ano 2010

O atual CAPS – Tozinho Gadelha – é destinado aos cuidados de pessoas com problemas neurológicos, psiquiátricos e psicológicos. É um local mantido pelo poderes públicos. É administrado pelo poder municipal de Sousa.

CONCLUSÃO

Este trabalho se deteve a identificar e compreender os arranjos políticos, econômicos e sociais a partir da análise da história da medicina de Sousa-PB para a compreensão da Maternidade Lídia Meira, do seu surgimento ao seu desaparecimento, constituindo-se esta objeto de estudo. Para isso, evidenciamos a predominância de uma estrutura de poder centralizador e estatal, já que o aparelhamento de Estado brasileiro foi montado para um grupo político que permanentemente estava voltado para o interesse do capital. Dessa forma, a política de saúde pública adotado pelo Governo ao longo do século XX expressava o modelo de medicina em todo o Brasil de natureza curativa, hospitalocêntrica, estatal e privatista.

Por outro lado, no Brasil, especialmente no Sul e Sudeste do país, em fins da década de 1970, a sociedade civil organizava-se através de atores do movimento da Reforma Sanitária Brasileira na busca para instalar uma modelo de medicina mais justa, preventiva, promocional e que pautava-se no sistema de saúde baseado em princípios democráticos, o que repercutiu na criação do SUS em 1988, sistema esse de saúde existente até os dias atuais.

A maior parte dos programas de saúde naquela época estava vinculada ao poder estatal, se intensificando de maneira autocrática nas décadas de 1930 a 1960, e se tornou mais centralizado no período da Ditadura Militar (1964-1984), sendo exclusividade do Estado brasileiro o monopólio dos serviços de assistência médica-hospitalar comprados pela previdência social do setor da saúde privada. Os principais institutos da previdência eram o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Já os estabelecimentos de saúde certificados como filantrópicos eram vistoriados também por órgãos do Estado, como o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Esses órgãos estatais concediam parcerias com a iniciativa privada por meio da filantropia, dando-lhes incentivos fiscais, dispensa de tributos e outros benefícios.

Assim, em nosso estudo, foi possível dar conta de diferentes questões por que passa o entendimento do contexto político, social e econômico, seja do Brasil ou da

Paraíba de uma forma mais específica, onde podemos situar, tanto a questão da saúde pública, em sentido mais geral, como as razões que levaram à fundação e desativação de um hospital e maternidade, como fora o caso da Maternidade Lídia Meira.

Seguindo com este entendimento, em um primeiro momento, vimos que quase todo o século XX, permeava o fisiologismo dos interesses da classe dirigente que guiava o Estado e a grande população paupérrima e desinformada desse aparelhamento de Estado, sobretudo a forma como a saúde pública era administrada e disponibilizada a população. Podemos notar que nesse contexto social, econômico e político, existia uma extrema negligência de saúde pública, já que nesse momento surge como alternativas de escape e auxílio para população muitos hospitais e maternidades filantrópicas, as quais se tornam estabelecimentos exclusivos da grande demanda da população por assistência médica-hospitalar. E praticamente, as organizações de todas essas iniciativas filantrópicas nesse período do setor da saúde surgem por meio de associações da sociedade civil, sendo formadas por pessoas em sua maioria com destaque econômico no meio social nem que vivem. A maior parte dessas pessoas que formavam essas sociedades ou associações naquele momento eram empresários, políticos e comerciantes. Isso pode ser constatado em Sousa-PB, o que possibilitou a construção da Maternidade.

Com vistas nisso, podemos identificar e entender que a população paraibana carecia até mesmo de estabelecimentos de ensino superior voltados para a saúde, assim como de políticas públicas que pudesse melhorar a situação socioeconômica da população em geral que era muito pobre. Em toda a Paraíba, especialmente no sertão paraibano, tínhamos ao longo dos anos uma herança sociocultural de subordinação e dependência, sob a influência política do coronelismo, populismo e clientelismo em todos os setores da administração pública em relação com a sociedade e, sobretudo, nesse caso aqui analisado, no setor da saúde pública, visto que praticamente não existia quase nada de profissional de saúde no sertão, bem como da preocupação governamental de instalar e oferecer à população uma medicina promocional e preventiva de saúde.

Podemos evidenciar que o cuidado com a saúde pública já vinha planejada de forma centralizada, unilateral e verticalizada, no sentido da hierarquia dos poderes da

República brasileira. Os cuidados com a saúde pública nos Estados brasileiros, sobretudo na Paraíba, se restringiam mais aos combates de endemias e epidemias da sociedade paraibana.

Por fim, constatamos que a Maternidade Lídia Meira aparece como alternativa da iniciativa privada para com a saúde pública, conveniando-se ao poder público para ofertar serviços médico-hospitalares à população sousense, visto que a demanda por assistência médico-hospitalar era grande naquele momento, bem como a ausência de políticas públicas de saúde eram bastante centralizadas, autoritárias e restritivas às carências locais. Com isso, tomando o que acontecia a nível nacional e regional, percebemos uma forte influência política consubstanciada do projeto Populista e Desenvolvimentista em curso, assim como a subordinação e dependência política, econômica e social que chamei de síndrome do associativismo representativo compensatório. Ou seja, isso significava que essa síndrome do associativismo manifestava o vínculo de interesses políticos, econômicos e sociais entre o povo e os representantes políticos, numa espécie de ambiente que propiciava a camaradagem, populismo, clientelismo e a paralisia de uma melhora social da população em geral.

Considere-se, pois, que, em Sousa, não existia praticamente nenhum estabelecimento que pudesse oferecer assistência médico-hospitalar à população, especialmente de partos, de modo que a grande maioria das mães não tinha cuidados de saúde adequados. Não havia também os cuidados as próprias gestantes e nem de seus filhos, ou seja, não havia os cuidados pré-natais e exames periódicos que atualmente existem, tanto para a criança como para a mãe. Dessa forma, venho ressaltar que a medicina de Sousa era muito precária, cadente e rudimentar, o que refletia o descuido com a saúde pública desde o âmbito nacional, regional e local. Com o surgimento da Maternidade, a medicina ganhou bastante espaço e avanço nessa região, tendo posteriormente as criações de várias clínicas e hospitais que atualmente funcionam em Sousa.

Desde os anos iniciais a fins da década de 1990, a Maternidade pode trazer conforto médico, aumento da expectativa de vida, prestando serviço à população mais carente, inclusive auxiliando com medicamento e alimentação, além do atendimento médico especializado, cirurgias em gerais, aumento da natalidade, já que eram

realizados exames e atendimentos perinatais e a cobertura pioneira da assistência médico-hospitalar à população em geral. Podemos constatar também que, com o aparecimento da Maternidade, diversos estabelecimentos de saúde foram surgindo em Sousa, bem como um grande número de profissionais da saúde começaram se fixar na cidade. Contudo, com o aumento da população da grande Sousa e a procura cada vez maior por atendimentos médicos na Maternidade, a demanda por recursos financeiros e funcionais para a manutenção da estrutura da Maternidade em fins da década de 1990, começara a dar sinais de insuficiência e perda de sua funcionabilidade. Vale destacar que havia, naquele período de 1970 a 1990, um grande debate a respeito do sistema de saúde do Brasil, inclusive discutido na *VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)*, e a disseminação de um novo modelo de assistência médico-hospitalar em todo o país, tendo por base princípios democráticos, e não mais o modelo previdenciário autoritário, centralizador e restritivo, o qual passava por forte crise financeira na década de 1980.

O modelo de saúde pública adotado pelo SUS em 1988 acolheu os princípios tais como: Descentralização, Universalização, Integralização, Equidade e uma hierarquização dos serviços de saúde. A partir disso, o INAMPS foi extinto em 27 de julho de 1993, criou-se o Programa da Saúde da Família (PSFs) e uma série de outras medidas governamentais baseados nos princípios doutrinários do SUS foram sendo inclusos em todo o país.

A estrutura em que a Maternidade foi projetada e montada começou a desmoronar em fins do século XX, chegando ao seu desaparecimento definitivo em 2002, devido ela depender financeiramente das autarquias da União de forma exclusiva, estando vinculada à Previdência Social, ao tempo em que sua natureza filantrópica apresentava-se com vínculo estatal, pois era responsabilidade do Estado na época à fiscalização e regulação das diretrizes de funcionamento da filantropia da Maternidade.

Assim, houve nas décadas de 1980 a 2002, a diminuição do financiamento federal, estadual e municipal, restrições de investimento em infraestrutura e aparelhagem na Maternidade. Essas entidades promoveram verdadeiras culturas clientelistas, as quais geravam grandes gastos ao Governo. Com isso, os recursos financeiros desses órgãos liberados para a Maternidade estavam dando sinais de insuficiência e decréscimo em investimento, uma vez que a demanda por atendimento

era grande e começaram a existir novos estabelecimentos de saúde em Sousa, tanto público como privado, assim como em vários municípios circunvizinhos.

Podemos também visualizar no decorrer desse trabalho a construção de toda uma estrutura conceitual, política e econômica voltada para um modelo de medicina enraizado e dependente de um aparelhamento hospitalacêntrico centralizador, autoritário e vinculado apenas à cultura médica do curativismo. Portanto, naquele momento, era de altíssimo custo do ponto de vista econômico e político a permanência de uma estrutura como a Maternidade Lídia Meira baseado nesse modelo, já que a demanda por serviços só aumentava e excediam a capacidade de operacionalização dos estabelecimentos de saúde na grande Sousa. Dessa forma, o conteúdo dessa pesquisa permite uma abertura, aprofundamento e diálogo reflexivo cada vez mais com as perspectivas de se discutir um projeto político e econômico que vise uma ampla melhoria da saúde pública, bem como um modelo de medicina que procure medidas preventivas, promocionais e homeopática; as quais se manifestam como alternativas inovadoras de uma saúde pública mais democrática, científica e com resultados eficazes para a população em geral.

Também procuramos relutar neste trabalho por resultados mais reais e objetivos que levaram a desativação da Maternidade, os quais foram apresentados. Contudo fica aberto para as demais pessoas interessadas no tema a refletir, indagar, analisar, tendo em vista aprofundar questões que não apareceram aqui, caso o leitor as visualize. Vale destacar que esta pesquisa buscou encontrar resultados concretos a respeito de algo que ultrapassam a materialidade da existência da Maternidade tendo em vista um projeto de medicina que torne melhor a saúde pública e das condições de saúde da população.

Referência

- AROUCA, Antonio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista:** contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora: FIOCRUZ, 2003.
- BARRETO, Luiz de Gonzaga Braga. **História da medicina em Cajazeiras.** Recife: Editora Universitária/UFPE, 1995.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil.** 2001, p. 24. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>>. Acesso em 27 de Junho de 2016.
- CASTRO, Josué de. **Geografia da fome:** o dilema brasileiro: pão ou aço. 10 ed. Rio de Janeiro: Antares, 1984.
- CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados:** o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1987
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3, 1963, Rio de Janeiro. **Anais:** Situação Sanitária da População Brasileira: Ministério da Saúde, 1992. 246 p.
- FAORO, Raymundo. **Os donos do poder:** formação do patronato político brasileiro. 3. ed. Rio de Janeiro: Globo, 2001.
- FAUSTO, Boris. **História do Brasil.** 2 ed. São Paulo: Edusp, 1995.
- FERRAZ, Augusto; MELO, Marcilio Mariz; GADELHA, Julio Cesar Nóbrega. **Além do Rio:** uma fotografia da paisagemurbana Sousa-Paraíba. 2. ed. 2011.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** Tradução Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. Tradução de: Naissance de la clinique.
- PORTER, Roy. _____. O que é doença. In: _____. **Cambridge História Ilustrada da Medicina.** Tradução de Geraldo Magela Gomes da Cruz e Sinara Mônica Leite Miranda. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, p. 82-117.
- GADELHA, Julieta Pordeus. **Antes que ninguém conte.** Sousa: A União, 1986.
- GADELHA, Paulo Benevides. **A rosa e a frança.** Fortaleza: BNB, 1990.
- GADELHA, Paulo Benevides. **História política de Sousa (1945-2004).** Recife: CEPE, 2007.
- GONZÁLES, Alberto Peribanez. **Lugar de médico é na cozinha.** Cura e saúde pela alimentação viva. São Paulo: Alaúde, 2008.

MARTINS FILHO, Amilcar Vianna. **A economia política do café com leite: 1900-1930**. Belo Horizonte: UFMG/PROED, 1981.

MELLO, José Octávio de Arruda. **Sociedade e poder político no Nordeste**, o caso da Paraíba (1945/1964). João Pessoa: EdUFPB, 2001.

MELLO, José Octávio de Arruda. **História da Paraíba**. Lutas e resistência. João Pessoa: A União, 1994.

NETO AGUIAR, Zenaide. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

NÓBREGA, Humberto. **História da faculdade de medicina da Paraíba**. Vol. 1. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1980.

BOBBIO, Norberto. **O conceito de sociedade civil**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Tradução de João Ferreira. 11 ed. Brasília: UnB, 1998.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a sociologia da saúde**. 2. São Paulo: HUCITEC, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PROST, Antonie. **Doze lições sobre a história**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

SILVA, Barbara Bezerra Siqueira. **A política paraibana nos anos 1930**: José Américo de Almeida e a formação do americanismo (1930 – 1934). Encontro Estadual de História - ANPUH-PB > XVI Encontro Estadual de História (v. 16, n. 1, 2014). Disponível em <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/anpuhpb/XVI/paper/view/2495>> acesso em 27 de junho de 2016.

VIANA, Nildo. **Estado, democracia e cidadania**. A Dinâmica da Política Institucional no Capitalismo. Rio de Janeiro: Achiamé, 2003.

Anexos

MODELO do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: História da Medicina
 Pesquisador Responsável: Lidiana Estrela da Silveira
 Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UFPA
 Telefones para contato: (83) 91841084 - () - ()
 Nome do voluntário: Antonio Amorim P. Costa
 Idade: 73 anos R.G. 1567750
 Responsável legal (quando for o caso): XX
 R.G. Responsável legal: XX

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa "História da Medicina" (nome do projeto), de responsabilidade do pesquisador Lidiana Estrela da Silveira (nome).

Especificar, a seguir, cada um dos itens abaixo, em forma de texto contínuo, usando linguagem acessível à compreensão dos interessados, independentemente de seu grau de instrução:

Apresentação resumida da pesquisa: Este projeto tem por objetivos colher informações sobre os fatos pertinentes a história da medicina na cidade de Sousa - PB, sobretudo, o que diz respeito a maternidade Lida Maria.

Justificativa/relevância social da pesquisa: Este projeto busca contribuir para o meio acadêmico e social, através do registro historiográfico da existência da Maternidade Lida Maria em Sousa - PB, durante os anos de 1953 a 2002.

Metodologia (explicar como serão realizadas as entrevistas, o processo de transcrição e devolução da cópia impressa para o entrevistado, explicar se serão realizadas entrevistas gravadas em vídeo):

As entrevistas serão realizadas todas em áudio, sendo posteriormente transcritas para serem usadas como fontes de informações da pesquisa, e uma cópia da entrevista será dada ao entrevistado.

- esclarecer que a participação é voluntária e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo
- esclarecer que a pesquisa não tem finalidade comercial ou político-partidária, apenas acadêmica e científica
- garantir a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa.

OBS: O documento deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, uma deverá permanecer com o entrevistado e outra permanecerá com o pesquisador

MODELO do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Dados de identificação**Título do Projeto: HISTÓRIA DA MEDICINAPesquisador Responsável: ILDONAR ESTRELA DA SILVEIRAInstituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UFCCTelefones para contato: (83) 91841084 - () - ()Nome do voluntário: Zenaida Fernando BottoIdade: 73 anos R.G. 2775031Responsável legal (quando for o caso): XXR.G. Responsável legal: XX

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa
 “ HISTÓRIA DA MEDICINA ” (nome do projeto),
 de responsabilidade do pesquisador ILDONAR ESTRELA DA SILVEIRA (nome).

Especificar, a seguir, cada um dos itens abaixo, em forma de texto contínuo, usando linguagem acessível à compreensão dos interessados, independentemente de seu grau de instrução:

Apresentação resumida da
 pesquisa: Este projeto tem por objetivo colher informações e fatos pertinentes a história da medicina de Sousa - PB, através do objeto de estudo desta pesquisa, a maternidade Ubecherka.

Justificativa/relevância social da pesquisa:
Este projeto busca contribuir para o meio acadêmico e social, por meio do Arquivo Histórico da Maternidade Ubecherka, na cidade de Sousa - PB, durante os anos de 1953 a 2002.

Metodologia (explicar como serão realizadas as entrevistas, o processo de transcrição e devolução da cópia impressa para o entrevistado, explicar se serão realizadas entrevistas gravadas em vídeo):

As entrevistas serão feitas apenas em áudio, sendo depois transcritas para serem usadas como informações da pesquisa, sendo uma cópia dada a quem for entrevistado.

- esclarecer que a participação é voluntária e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo
- esclarecer que a pesquisa não tem finalidade comercial ou político-partidária, apenas acadêmica e científica
- garantir a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa.

OBS: O documento deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, uma deverá permanecer com o entrevistado e outra permanecerá com o pesquisador

MODELO do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Dados de identificação**Título do Projeto: História da medicinaPesquisador Responsável: Idemar Estêvão de S. WeiraInstituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UFCC

Telefones para contato: (83) 91841084 - () - ()

Nome do voluntário: Luiz Carlos da Silva PereiraIdade: 73 anos R.G. 222841-1-PBResponsável legal (quando for o caso): xxR.G. Responsável legal: xx

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa "História da medicina" (nome do projeto), de responsabilidade do pesquisador Idemar Estêvão de S. Weira (nome).

Especificar, a seguir, cada um dos itens abaixo, em forma de texto contínuo, usando linguagem acessível à compreensão dos interessados, independentemente de seu grau de instrução:

Apresentação resumida da pesquisa: Este projeto tem por objetivo colher informações sobre os fatos pertinentes à história da medicina na cidade de Sousa-PB, sobretudo, o que diz respeito a Maternidade D. Lúcia Maria.

Justificativa/relevância social da pesquisa: Este projeto busca contribuir para o meio acadêmico e social, através do registro histórico dos fatos da existência da maternidade D. Lúcia Maria em Sousa-PB, durante os anos de 1953 a 2002.

Metodologia (explicar como serão realizadas as entrevistas, o processo de transcrição e devolução da cópia impressa para o entrevistado, explicar se serão realizadas entrevistas gravadas em video):

As entrevistas serão realizadas em áudio, sendo partici-
-vamente transcritas para serem usadas como fontes de infor-
-mação a pesquisa, e uma cópia da entrevista será dada ao entrevistado.

- esclarecer que a participação é voluntária e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo
- esclarecer que a pesquisa não tem finalidade comercial ou político-partidária, apenas acadêmica e científica
- garantir a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa.

OBS: O documento deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, uma deverá permanecer com o entrevistado e outra permanecerá com o pesquisador